

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Красноярский государственный медицинский университет имени  
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра-клиника терапевтической стоматологии

# ХЕЙЛИТЫ

Выполнила ординатор  
Кафедры-клиники терапевтической стоматологии  
По специальности «стоматология терапевтическая»  
Хосуева Мадина Расуловна

Красноярск 2018 г.

# ЦЕЛИ

- Уметь установить предварительный клинический диагноз хейлитов и определить тактику ведения больного и принципов лечения заболевания.

# ЗАДАЧИ

- Изучить все виды хейлитов
- Разобрать этиологию, клинику, диагностику и лечение каждого вида

# АКТУАЛЬНОСТЬ

- В практике врача-стоматолога заболевания губ встречаются довольно часто. Они проявляются как самостоятельные заболевания губ разной этиологии, а так же их проявление как симптом других заболеваний СОПР, кожи, нарушение обмена и т.д.

- ⦿ **Хейлит (cheilitis)** - воспалительное заболевание губ с поражением как слизистой оболочки, так и красной каймы губ

# КЛАССИФИКАЦИЯ ХЕЙЛИТОВ

- Первичные (самостоятельные) хейлиты
  - Эксфолиативный.
  - Метеорологический.
  - Гландулярный.
  - Актинический.
- Вторичные (симптоматические) хейлиты, являющиеся следствием какого-либо заболевания.
  - Атопический (сочетание хейлита с атопическим дерматитом или нейродермитом)
  - Экзематозный (сочетание хейлита с экземой)
  - Контактный аллергический

# ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ХЕЙЛИТ

- Хроническое заболевание, при котором поражается исключительно красная кайма губ. Болеют чаще женщины в возрасте 20-40 лет. Большинство исследователей считают, что в основе заболевания лежат нейрогенные механизмы. У большинства больных выявляется различного рода психопатология (депрессивные реакции, невротические состояния). Имеется предположение о роли щитовидной железы в развитии эксфолиативного хейлита.
- Существует две формы эксфолиативного хейлита.

1) Экссудативная форма характеризуется появлением на красной кайме губ чешуйко-корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета, которые покрывают пластом красную кайму губы от угла до угла рта, начиная от переходной зоны слизистой оболочки полости рта (линии Клейна) до середины красной каймы губ. Иногда корки достигают значительных размеров и свисают с губы в виде фартука. Процесс никогда не переходит ни на кожу, ни на слизистую оболочку. Характерной особенностью заболевания является то, что полоска красной каймы губы, прилежащая к коже, а также комиссуры рта остаются непораженными. После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая, чуть влажная поверхность красной каймы губы, причем отличительной чертой эксфолиативного хейлита является отсутствие эрозий. Слизистая оболочка губ в зоне Клейна слегка гиперемирована и отечна. Постоянно образующиеся корки достигают максимального развития каждые 3–6 дней. У некоторых больных со значительно увеличенной проницаемостью капилляров после снятия корок на красной кайме в области линии Клейна появляется беловатый клейкий экссудат, который высыхает, образуя корки. Больных беспокоят жжение и болезненность губ, особенно при их смыкании, что затрудняет прием пищи и речь, поэтому рот у этих больных всегда приоткрыт.

# ЛЕЧЕНИЕ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ

- Местное лечение: 1) санация полости рта, профессиональная гигиена; 2) рациональная гигиена полости рта; 3) аппликации кератопластиков, а также солкосерил дентальной адгезивной пасты 3–4 раза в день; 4) аппликации кортикостероидных мазей – преднизоло-новой или гидрокортизоновой – 3–4 раза в день по 20 мин; 5) блокады 2% раствором лидокаина или 2% раствором тримекаина 2–3 мл по типу инфильтрационной анестезии в губу нижнюю и верхнюю через день, №7–10; 6) пограничные лучи Букки – по 200 R 2 раза в неделю, на курс лечения 1600–3000 R. Перед сеансом следует удалить корки, 1 курс в 6 месяцев. Общее лечение: 1) седативные и транквилизаторы, до полного выздоровления, дозы подбираются индивидуально; 2) психотерапия – гипноз, аутотренинг, электросон, релаксация; 3) иглотерапия; 4) поливитамины с микроэлементами – супрадин, юникап-М, пангексавит, глютамевит, олиговит и др.; 5) препараты, повышающие реактивность организма; 6) гамма-глобулин или гистаглобулин по 2 мл 2 раза в неделю

2) Сухая форма тоже характеризуется локализацией поражения исключительно на красной кайме одной или обеих губ. Поражение имеет вид ленты, тянущейся от угла до угла рта и от линии Клейна до середины красной каймы губ. Чешуйки серого или серовато-коричневого цвета плотно прикреплены в центре к красной кайме и несколько отстают по краям. Через 5—7 дней после появления чешуйки довольно легко снимаются, при этом обнажается ярко-красная поверхность красной каймы, причем эрозий на месте чешуек нет. Больных беспокоят сухость и небольшое жжение губ. Иногда красная кайма губ поражена только лишь в средней трети в виде нескольких небольших округлых светло-коричневых чешуек, довольно плотно прикрепленных в центре к красной кайме и отстающих по краям. В этих случаях чаще наблюдается поражение центральной части красной каймы верхней губы ближе к зоне Клейна (стертая форма). Остальная же часть верхней губы и нижняя губа остаются непораженными. Ряд больных отмечают некоторую сухость губ и привычку скусывать чешуйки.

# ЛЕЧЕНИЕ СУХОЙ ФОРМЫ

- Местное лечение проводится в комплексе с общим и включает в себя следующие процедуры: 1) санация полости рта, профессиональная гигиена; 2) гигиена полости рта; 3) рациональное протезирование; 4) аппликации кератопластических средств — 20 мин, 3 раза в день: витамин А в масле, витамин Е в масле, каратолин, масло шиповника, облепиховое масло, эмульсия Тезана, мазь Унна и другие; 5) при выходе на улицу используют индифферентные мази и кремы, которые наносятся на губы тонким слоем — "Восторг", "Детский", гигиеническая помада; 6) блокады 2% раствором новокаина 2 мл с экстрактом алоэ 1 мл по переходной складке, ежедневно №5—10. Общее лечение: 1) седативные средства и транквилизаторы в течение 3—4 недель (кассадан 0,25 — 2 раза в день, коаксил 12,5 мг 2 раза в день, 1— 2 месяца); 2) психотерапия — гипноз, аутотренинг, релаксация, электросон; 3) поливитамины с микроэлементами.



# МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

- Представляет собой воспалительное заболевание губ, причиной развития которого являются разнообразные метеорологические факторы: влажность, пыль, ветер, холод, солнечная радиация, кислотные дожди, а также высокие и низкие температуры, запыленность помещения и др. Заболевание чаще возникает у лиц с белой и сухой кожей (себорея, себорейная экзема, диффузный нейродермит). При метеорологическом хейлите поражается красная кайма губы, обычно нижней, на всем ее протяжении. Губа становится неярко гиперемизированной, сухой, часто покрывается мелкими чешуйками, больных беспокоит сухость или чувство "стягивания" губы, при этом многие больные облизывают губы, что приводит к увеличению сухости, шелушению, а затем и инфильтрации красной каймы. Кожа и слизистая оболочка губы не изменены.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Необходимо максимально ослабить или устранить действие факторов, явившихся непосредственной причиной заболевания. Из средств общего лечения наиболее эффективны витамины В2, В6, В12, никотиновая кислота. Внутрь назначаются седативные средства и транквилизаторы, антималярийные препараты (делагил, резохин, хингамин) по 0,25 г 3 раза в день, в течение 3–4 недель. Красную кайму губы необходимо смазывать губной помадой, препятствующей пересушиванию, или фотозащитными жирными кремами, мазями. При выраженных воспалительных явлениях в течение 7–10 дней рекомендуется применение 0,5% преднизолоновой мази, аппликаций витаминов А в масле, Е в масле, 10% соловой мази, солкосерил адгезивной пасты 3–4 раза в день.



# ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

- Развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции и нередко гетеротипии слюнных желез в области красной каймы губ и переходной складки. Различают первичный и вторичный простой glandулярный хейлиты.
- Первичный glandулярный хейлит представляет собой заболевание, которое многие авторы связывают с врожденной аномалией слюнных желез. Клинически эта аномалия проявляется в основном после окончания полового созревания, т.е. после 20 лет. Слюнные железы, расположенные в области зоны Клейна, под влиянием различных факторов гипертрофируются и начинают более интенсивно продуцировать слюну.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПГХ

- У мужчин он обнаруживается в 2 раза чаще, чем у женщин. Это заболевание наблюдается в 15% в возрасте 50–60 лет и обычно не проявляется у лиц моложе 20 лет. В области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы, а иногда и на красной кайме видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капельки слюны. Через 5–10 с после высушивания губы отчетливо заметно выделение слюны из устьев слюнных желез, причем выделяющаяся слюна, как капли росы, покрывает губу. Реже расширенные устья выводных протоков слюнных желез располагаются на небольших, величиной с булавочную головку, узелках, которые образуются вследствие гипертрофии железистой ткани. В связи с тем, что губа у больных glandулярным хейлитом периодически смачивается слюной, которая испаряется, красная кайма становится сухой, начинает шелушиться. На этом фоне могут развиваться трещины, эрозии.

# ВТОРИЧНЫЙ ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

- Вторичный glandularный хейлит является следствием хронических воспалительных заболеваний, при которых может быть поражена слизистая оболочка или красная кайма губ. В этом случае на фоне проявлений основного заболевания, чаще на слизистой оболочке губ в области переходной складки, видны расширенные устья слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны. Гистологически в глубоких отделах соединительнотканного слоя выявляются гипертрофированные слюнные железы с небольшой воспалительной инфильтрацией в основном вокруг их выводных протоков. Частое смачивание слюной каймы губ, при glandularном хейлите способствует увеличению сухости, мацерации и приводит к возникновению хронических трещин. В дальнейшем слизистая оболочка и красная кайма могут постепенно ороговеть. Вначале это происходит вокруг устьев выводных протоков слюнных желез, а затем — диффузно.

# ЛЕЧЕНИЕ

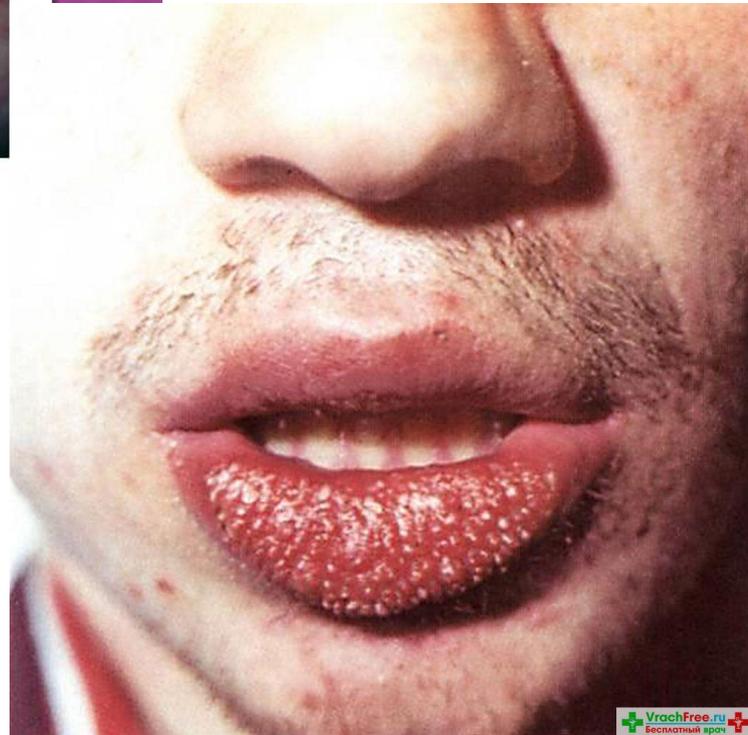
- Для лечения первичного glandулярного хейлита используют противовоспалительные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая, нафталанная и др.). Применяют электрокоагуляцию или иссечение гипертрофированных слюнных желез.
- Терапия вторичного glandулярного хейлита предусматривает в первую очередь лечение основного заболевания, его вызвавшего, местно проводят противовоспалительную терапию.

# ГНОЙНЫЙ ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

- Гнойный glandularный хейлит может развиваться в результате проникновения пиогенной инфекции в расширенные протоки слюнных желез, вызывая абсцедирование одной или нескольких желез. Жалобы — на косметический дефект, который сопряжен с увеличением губы одной или обеих, боль. Губа увеличена в размере, отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации. Из протоков желез выделяется слюна с гнойным экссудатом, устья выводных протоков могут быть закупорены, что приводит к множественному гнойному абсцедированию. При пальпации определяются плотные гипертрофированные, болезненные слюнные железы. Губа отечна, покрыта плотно фиксированными корками желто-зеленого или буро-черного цвета. В окружности устьев ectopированных выводных протоков локализуются эрозии и трещины.

- Местное лечение состоит из двух этапов:
- I этап: 1) противовоспалительная терапия; аппликации на губы 5% синтомициновой эмульсии 3–4 раза в день по 20 мин, 0,5% преднизолоновой мази, а также мази синалар и локакортен; 2) санация полости рта; 3) гигиена полости рта; 4) рациональное протезирование; 5) устранение вредных привычек; 6) лечение основного заболевания и устранение причины; 7) аппликации с ферментами (трипсин, химопсин, химот-риг син, лизоцим, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза) 1 раз в день на 15 мин; 8) орошение губ аэрозолями: пантенол, олазол, гипозоль, ливиан, оксиклозол, пропасол, левовинизоль 3–4 раза в день, длительность аппликаций не менее 20–25 мин, солкосерил дентальная адгезивная паста.
- II этап: электрокоагуляция гипертрофированных слюнных желез. Иссечение слюнных гипертрофированных желез хирургическим методом. Пограничные лучи Букки.
- Общее лечение: 1) седативные средства и транквилизаторы; 2) пантотенат кальция (витамин B5) по 0,1 г 3 раза в день, в течение 1 мес; 3) витамин А в масле 3,44% по 10 капель 3 раза в день в течение 1–2 мес; 4) поливитамины с микроэлементами, в течение 1–2 мес; 5) сосудистые препараты (танакан, кавинтон), 1–2 мес.

# ГЛАНДУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ



# АКТИНИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

- Основной причиной возникновения актинического хейлита является развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам. Актинический хейлит чаще встречается у мужчин в возрасте от 20 до 60 лет. Существуют экссудативная и сухая формы.

- В весеннее время года красная кайма нижней губы при сухой форме актинического хейлита становится ярко-красной, покрывается мелкими, сухими, серебристо-белыми чешуйками. Поражение захватывает всю поверхность красной каймы, верхняя губа и кожа лица поражаются редко. У ряда больных местами на красной кайме образуются участки ороговения, а иногда — веррукозные разрастания. Клиническая картина эксудативной формы актинического хейлита соответствует проявлениям острого аллергического контактного дерматита. При этом на фоне слегка отечной красной каймы губы возникают участки ярко-красной эритемы, появляются мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются корки. Больных беспокоят зуд, жжение, реже — болезненность губ. Гистологическая картина характеризуется выраженной гиперплазией эпителия с незначительным гиперкератозом. Соединительнотканый слой отечен, отмечается периваскулярная воспалительная инфильтрация, определяется скопление гомогенизированных эластических волокон. Заболевание отличается сезонностью течения, обостряется в весенне- летнее время и самопроизвольно регрессирует в осенне-зимний период

# ЛЕЧЕНИЕ

- Необходимо рекомендовать больному по возможности избегать инсоляции, изменить профессию, если она связана с длительным пребыванием на открытом воздухе, и т.п. Получены хорошие результаты при применении никотиновой кислоты, витаминов группы В в сочетании в некоторых случаях с синтетическими противомаларийными препаратами (например, делагил по 0,25 г 2 раза в день в течение 2–3 недель) и небольшими дозами кортикостероидов (преднизолон по 10 мг в день). Наружно с наилучшим эффектом используют кортикостероидные мази (0,5% преднизолоновая и др.). Показаны витамины А в масле, Е в масле, метилурациловая мазь в виде аппликаций 3–4 раза в день по 20 мин, мазь актовегин, солкосерил дентальная адгезивная паста.



# АТОПИЧЕСКИЙ

- чаще встречается у детей и подростков обоего пола в возрасте от 7 до 17 лет. В развитии заболевания несомненная роль принадлежит генетическим факторам, создающим предрасположенность к так называемой атопической аллергии. Аллергенами могут быть пищевые продукты, медикаменты, цветочная пыльца, бытовая пыль, микроорганизмы, косметические средства и др. Более редкими аллергенами являются физические и бактериальные факторы, а также аутоаллергены. При атопическом хейлите поражается красная кайма губ и непременно кожа, причем наиболее интенсивно процесс проявляется в области углов рта. Часть красной каймы, прилегающая к слизистой оболочке полости рта, остается непораженной, при этом процесс никогда не переходит на слизистую оболочку. Заболевание начинается с зуда и появления розовой эритемы с довольно четкими границами, иногда отмечается незначительная отечность кожи и красной каймы губ. У некоторых больных на месте расчесов образуются корочки. Довольно быстро острые воспалительные явления стихают, возникает лихенизация губ. Красная кайма инфильтрируется, шелушится мелкими чешуйками, вся ее поверхность как бы прорезана тонкими радиальными бороздками. Постепенно высыпания разрешаются, однако кожа в области углов рта длительное время остается инфильтрированной, что способствует образованию мелких трещин. Кожа больных атопическим хейлитом часто бывает сухой, слегка шелушится.

- Гистологическая картина характеризуется паракератозом, равномерным акантозом, в верхней части дермы обнаруживают умеренные периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов, эозинофилов, гистиоцитов. Атопический хейлит протекает длительно, обострения заболевания возникают преимущественно в осенне-зимний период, летом же наступает ремиссия. К окончанию периода полового созревания (к 19–20 годам) у большинства больных наблюдается самоизлечение, однако и у них в дальнейшем не исключены рецидивы заболевания, особенно в углах рта.

- **Общее лечение:** применяют неспецифическую десенсибилизирующую терапию, включая антигистаминные препараты. У ряда больных хорошее терапевтическое действие оказывают гистаглобулин, который назначают курсами по 6—8 инъекций подкожно 2 раза в неделю в возрастающих дозах, начиная с 0,2 до 1 мл, тиосульфат натрия 30% р-р по 10 мл внутривенно, седативные препараты и транквилизаторы по показаниям. Используют витамины В1, В6, В12, С, РР, поливитамины с микроэлементами. При упорном течении атопического хейлита на 2—3 недели можно назначить внутрь кортикостероиды: преднизолон или дексаметазон. Сосудистые препараты (танакан, кавинтон, стугерон).
- **Местное лечение:** с успехом применяют кортикостероидные мази, 4—5 раз в день по 20 мин. Хорошее действие оказывают лучи Букки. Из пищевого рациона следует исключить острую, соленую, пряную пищу, алкоголь, резко ограничить количество углеводов. Показаны аппликации кератопластических средств, витамины А, Е в масле, бальзам Шостаковского, эмульсия Тезана, мазь Унна, солкосерил дентальная адгезивная паста. Излучение гелиево-неонового лазера, ежедневно 5—10 раз.

Атопический хейлит



# ЭКЗЕМАТОЗНЫЙ ХЕЙЛИТ

- является проявлением общего заболевания, которое А.Л.Машкиллейсон определил как воспаление поверхностных слоев кожи нервно-аллергической природы, возникающее в результате действия внешних и внутренних раздражителей и клинически проявляющееся в основном краснотой и пузырьками, сопровождающимися зудом. 166  
Гистологически выявляется спонгиоз, образование пузырьков в шиповатом слое эпидермиса. При этом аллергенами могут быть самые различные факторы, например, микробы, пищевые вещества, различные медикаменты, металлы типа никеля и хрома, материалы, служащие для изготовления протезов, амальгама, применяемая для пломбирования зубов, зубная паста и др.

- Экзема губ, как и экзема вообще, может протекать остро, подостро или хронически. При этом поражение красной каймы губ может сочетаться с поражением кожи лица или быть изолированным. Клиническая картина острой экземы губ характеризуется полиморфизмом: последовательно возникают краснота, мелкие узелки, пузырьки, чешуйки и корочки. Процесс сопровождается значительным отеком губ. Весьма характерно, что даже в тех случаях, когда экзематозный процесс протекает изолированно на губах, он все же хотя бы немного захватывает прилежащую к красной кайме кожу. Процесс начинается с покраснения и отечности красной каймы губ (почти всегда поражаются сразу обе губы). Если в дальнейшем процесс не прогрессирует, то вскоре на красной кайме образуются чешуйки и начинается шелушение. В других же случаях на гиперемированной и отечной красной кайме образуются мелкие узелки, частично быстро превращающиеся в пузырьки, большая часть которых вскрывается и возникает мокнутие, сопровождающееся образованием корок, иногда довольно массивных. Такое состояние может развиваться очень быстро, иногда в течение нескольких часов. Больных при этом беспокоят зуд и жжение, им трудно открывать рот и разговаривать. В дальнейшем постепенно острые явления стихают, резко уменьшается мокнутие, отечность и гиперемия, но если действие аллергена не устранено, то за первой вспышкой следует вторая, третья и процесс на губах приобретает хроническое течение.

- При хроническом течении экзематозного хейлита клиническая картина меняется. Красная кайма губ и участки пораженной кожи вокруг рта уплотняются за счет образования воспалительного инфильтрата. Иногда инфильтрация сопровождается четко выраженным кожным рисунком. На таком основании местами располагаются небольшие группы мелких узелков, везикул, корочек, образуются чешуйки, иногда при обострении процесса возникает мокнутие. Такое состояние сопровождается образованием кровоточащих трещин. Больных беспокоит зуд. У части больных экзема возникает на совершенно неизмененных губах, значительно реже возникновению экзематозного процесса предшествуют длительно существующие микробные трещины. В этих случаях развивающуюся экзему губ принято рассматривать как микробную экзему. При микробной экземе губ вначале появляется микробная заеда или микробная трещина в центре губы, реже у крыльев носа. В результате сенсибилизации окружающей эти очаги кожи или красной каймы губ к бактериальным токсинам и аутотоксинам возникает микробная экзема. При этом красная кайма и окружающая кожа припухают, краснеют, затем образуются мелкие везикулезные элементы, быстро подсыхающие в желтоватые или желтовато-серые корочки. Экзематозная реакция особенно выражена вблизи микробного очага. Высыпания везикулезных элементов довольно быстро прекращаются, и возникает шелушение. В таком состоянии процесс может продолжаться длительное время. Но микробная экзема встречается редко.

# ЛЕЧЕНИЕ

- Патогенетическая терапия экземы заключается в применении десенсибилизирующих и седативных препаратов, транквилизаторов, гистаглобулина по схеме, поливитамины, сосудистые препараты. В тяжелых случаях назначаются кортикостероидные препараты. Местное лечение состоит в назначении мазей, содержащих кортикостероиды, а при мокнущей — аэрозолей с кортикостероидами и антибактериальными веществами (лоринден-С, дермозолон, оксикорт, флуцинар, олазоль, гипозоль) 4—5 раз в день по 20 мин. Используются кератопластические препараты — сок алоэ, сок каланхоэ, каротолин, облепиховое масло, мазь Унна, бальзам Шостаковского, эмульсия Тезана, витамины А и Е в масле, аекол, мазь актовегин, солкосерил дентальная адезивная паста. Излучение гелиево-неонового лазера, при плотности мощности 100 мВт/см<sup>2</sup>, №5—10, ежедневно.

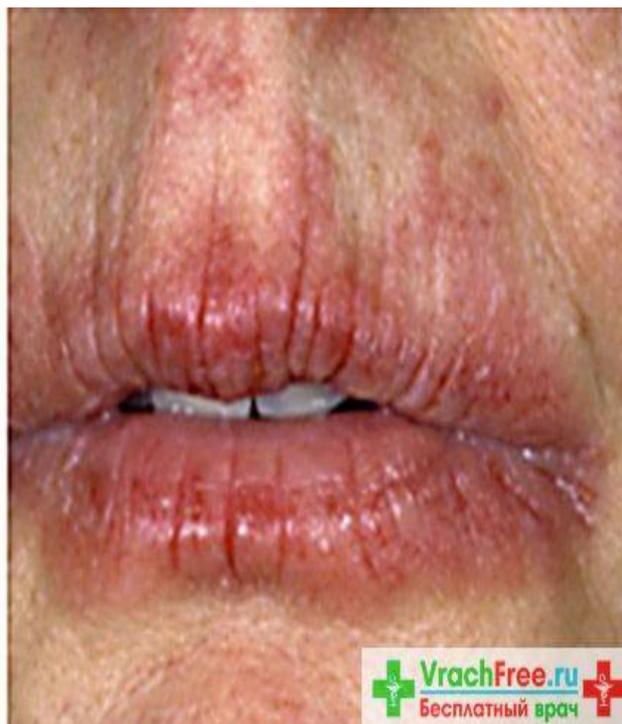


# КОНТАКТНЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ

- развивается в результате сенсибилизации красной каймы губ, реже слизистой оболочки и кожи губ к химическим веществам (косметические средства, зубная паста и другие средства гигиены). Абсолютное большинство больных аллергическим контактным хейлитом составляют женщины в возрасте от 20 до 60 лет. Это заболевание может иметь профессиональный характер.

- Период развития сенсibilизации чрезвычайно variabelen (от 5–7 дней до нескольких месяцев и лет) и зависит от предрасположенности к аллергическим реакциям, аллергической реактивности, состояния нервной, эндокринной и других систем организма. Обычно процесс локализуется на красной кайме губ, иногда он незначительно распространяется на кожу губ. Реже встречается поражение слизистой оболочки полости рта. Возможно изолированное поражение слизистой оболочки губ. На месте контакта с аллергеном развивается довольно резко ограниченная эритема и небольшое шелушение. При длительном течении заболевания красная кайма губ становится сухой, на ней появляются поперечные мелкие бороздки и трещины. У ряда больных заболевание протекает с выраженной островоспалительной реакцией, на фоне которой могут появляться мелкие пузырьки, быстро вскрывающиеся и образующие ограниченные мокнувшие участки. Больные жалуются на зуд и жжение губ.

- **Общее лечение:** 1) устранение причины, вызвавшей заболевание; 2) десенсибилизирующая терапия — фенкарол, супрастин, пипольфен, димедрол по 1 таблетке 2 раза в день в течение 1,5–3 недель, в зависимости от тяжести заболевания; 3) поливитамины с микроэлементами — супрадин, юникап-М и др.; пантотенат кальция (витамин В5) по 0,1 г 3 раза в день, в течение 2–3 недель; 4) препараты кальция в течение 1 мес; хлористый кальций 10% раствор по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 10 инъекций; 5) тиосульфат натрия 30% раствор по 10 мл внутривенно ежедневно, на курс 10–20 инъекций; 6) в тяжелых случаях назначаются кортикостероидные препараты: по 10–20 мг в сутки в течение 2–4 недель преднизолона и по 1,5–3 мг дексаметазона в течение 2–4 недель.
- Местное лечение:** 1) аппликации кортикостероидных мазей (преднизолон, преднизон, гидрокортизон, кортизон, фторокорт, флуцинар, локакортен, синалар, дермозолон) 6–8 раз в день по 20 мин на слизистую оболочку и кожу вокруг губ; 2) синтомициновая эмульсия 5% в виде аппликаций, 3–4 раза в день; 3) аппликации солкосерил адгезивной пасты 3–4 раза в день;



# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Было изучено: классификация, клиника, диагностика и лечение хейлитов

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- ◉ Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология
- ◉ Лукиных Л.М. «Заболевания слизистой оболочки полости рта»
- ◉ Луцкая И.К., Артюшкевич А.С. Руководство по стоматологии
- ◉ Николаев А.И., Цепов М.М. Практическая терапевтическая стоматология.
  
- ◉ Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ
  
- ◉ <http://uchebilka.ru/informatika/115530/index.html>
- ◉ [https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya\\_stomatology/heilit](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevaniya_stomatology/heilit)