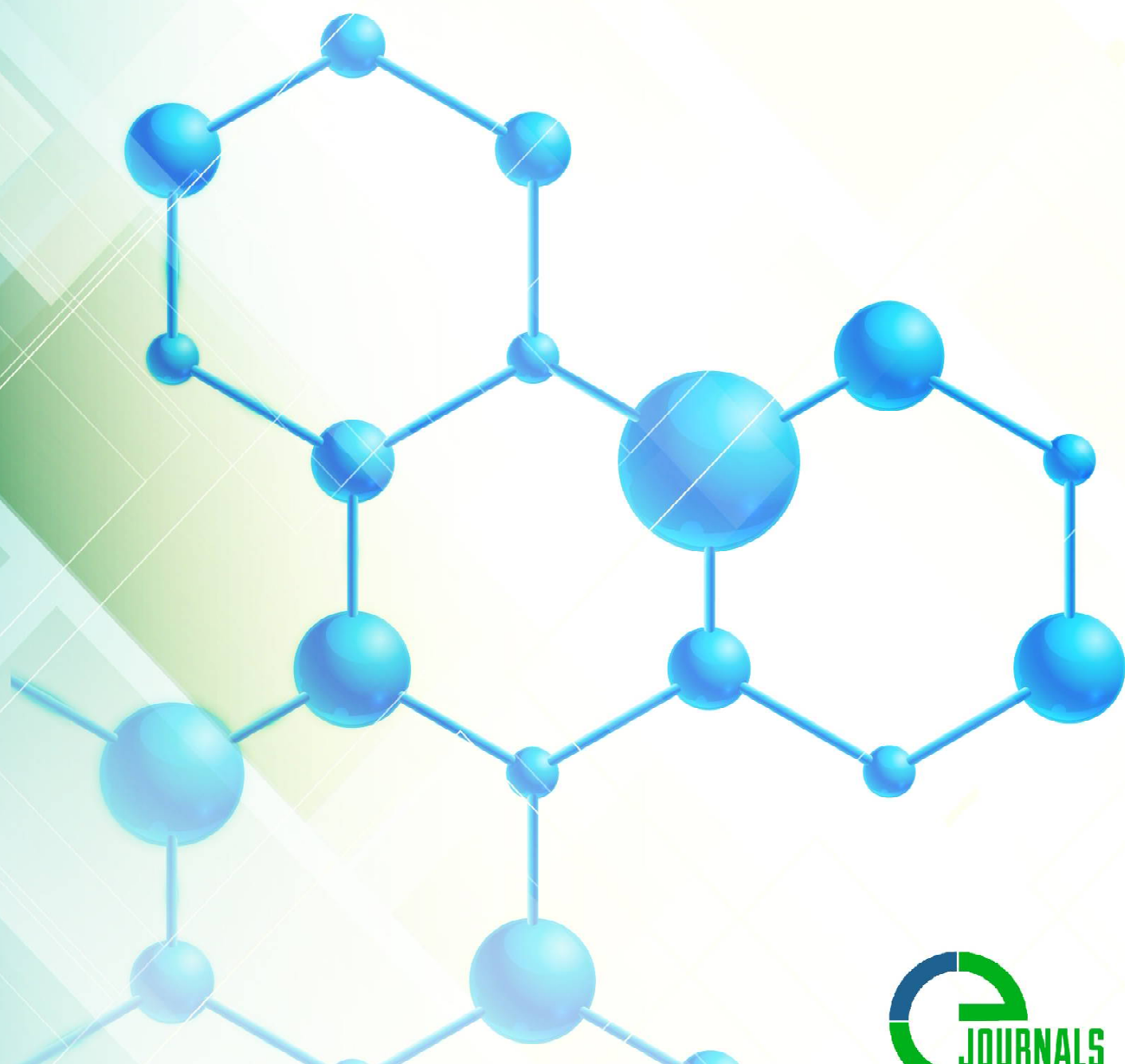


EUROPEAN JOURNAL OF
MOLECULAR MEDICINE



European Journal of Molecular medicine

Volume 2 No. 6, December 2022

Internet address: <http://ejournals.id/index.php/EJMM/issue/archive>

E-mail: info@ejournals.id

Published by ejournals PVT LTD

DOI prefix: 10.52325

Issued Bimonthly

Potsdamer Straße 170, 10784 Berlin, Germany

Requirements for the authors.

The manuscript authors must provide reliable results of the work done, as well as an objective judgment on the significance of the study. The data underlying the work should be presented accurately, without errors. The work should contain enough details and bibliographic references for possible reproduction. False or knowingly erroneous statements are perceived as unethical behavior and unacceptable.

Authors should make sure that the original work is submitted and, if other authors' works or claims are used, provide appropriate bibliographic references or citations. Plagiarism can exist in many forms - from representing someone else's work as copyright to copying or paraphrasing significant parts of another's work without attribution, as well as claiming one's rights to the results of another's research. Plagiarism in all forms constitutes unethical acts and is unacceptable. Responsibility for plagiarism is entirely on the shoulders of the authors.

Significant errors in published works. If the author detects significant errors or inaccuracies in the publication, the author must inform the editor of the journal or the publisher about this and interact with them in order to remove the publication as soon as possible or correct errors. If the editor or publisher has received information from a third party that the publication contains significant errors, the author must withdraw the work or correct the errors as soon as possible.

OPEN ACCESS

Copyright © 2022 by Thematics Journals of Applied Sciences

CHIEF EDITOR

Serikuly Zhandos PhD,

Associate Professor, RWTH Aachen University, Aachen, Germany

EDITORIAL BOARD

Bob Anderson

ImmusanT, *USA*

Marco Bruno

Erasmus Medical Center,
The Netherlands

Antoni Castells

Hospital Clinic
Barcelona, Spain

Giacomo Caio

University of Ferrara, *Italy*

Michael Farthing

St George's Hospital Medical
School, *UK*

Carmelo Scarpignato

University of Parma,
Italy

Geriatric Medicine

Ian Cameron

The University of Sydney,
Australia

Sutthichai Jitapunkul

Chulalongkorn University,
Thailand

Juulia Jylhävä

Karolinska Institute, *Sweden*

Kenneth Rockwood

Dalhousie University,
Canada

ELSEVIER



SSRN
European Research Portal

Universal
Impact Factor



ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ХЕЙЛИТ: ОТЧЕТ О СЛУЧАЕ

Камилов Х.П., Шералиева С.Ш
Нормуродова А.К., Номуродова Ф.Л.

Ташкенский Государственный Стоматологический Институт
Кафедра: Госпиталь терапевтической стоматологии
kobilovnaaziza@gmail.com

Аннотация. Эксфолиативный хейлит, одно из ряда заболеваний, поражающих красную кайму губ, встречается редко и не имеет известной причины. Однако с началом заболевания связаны такие факторы, как стресс и некоторые психические состояния. Это состояние приводит к инвалидности, поскольку нарушается эстетика и нормальные функции, такие как прием пищи, речь и улыбка. Отсутствие специфического лечения делает эксфолиативный хейлит хроническим заболеванием, кардинально влияющим на жизнь человека. В этом отчете предпринята попытка дальнейшего исследования клинического течения заболевания и представлены подробные иллюстрации циклического характера заболевания.

Хейлит - это общий термин, который относится к воспалению красной каймы кожи губы.1. Алая зона - это стык между кожей и слизистой оболочкой. Эта зона имеет толстый плоский эпителий и обильное капиллярное кровоснабжение в межпальцевых гребнях сетчатки и дермальных сосочках. Капиллярное питание делает зону красной. Хейлит, помимо косметического уродства, может поставить под угрозу повседневную деятельность, такую как прием пищи и речь.1

Хейлит классифицируется по различным типам: ангулярный хейлит, актинический хейлит, контактный хейлит, плазмноклеточный хейлит, glandулярный хейлит, гранулематозный хейлит, эксфолиативный хейлит и искусственный хейлит.2 Поражения губ могут быть проявлениями системных заболеваний, локализованным проявлением дерматологических заболеваний. или локализованное состояние губ.1 В большинстве случаев хороший анамнез, тщательное клиническое обследование и соответствующие исследования помогут клиницисту поставить диагноз.

Эксфолиативный хейлит, редкое локализованное заболевание, представляет собой хроническое поверхностное воспалительное состояние, характеризующееся регулярным отслоением поверхностного избыточного слоя кератина.1,3

Кровотечение может привести к геморрагическому корки.1 Люди с этим заболеванием могут иметь 1,3 некоторая степень боли и трудности с речью, едят или улыбаются.4 Из-за неприятного внешнего вида люди с эксфолиативным хейлитом могут избегать общения, искать периоды уединения и быть подвержены клинической депрессии.4

В этой статье описан случай пациента с эксфолиативным хейлитом и произошедших в течение 10 дней.

История болезни

18-летний Россиянин был направлен из отделения дерматологии в стоматологическую клинику. Основной жалобой больного были боли, изъязвление и образование корок на губах, которые были у него в течение 1 года. Поражение впервые появилось за неделю до выпускных экзаменов в средней школе. Пациент сообщил, что кожа над губой постепенно утолщалась в течение 2-недельного периода и впоследствии стала дряблой, вызывая дискомфорт. Как только он снял

разрыхленный слой, снова начал формироваться новый слой, без полного освобождения от симптома. Впоследствии пациент отказался от дальнейшего обучения, отстранился от любой общественной деятельности и большую часть времени проводил дома. Он также указал, что похудел за этот период из-за потери аппетита и трудностей с едой.

На момент обращения в стоматологическую поликлинику пациент регулярно принимал преднизолон 30 мг в течение 2 месяцев по назначению дерматолога. Он также прошел курс клотримазола и метронидазола. Результаты предыдущего орального мазка поражения показали нормальную оральную флору. У него не было симптомов желудочно-кишечных расстройств или других соответствующих заболеваний. Ни у кого из членов его семьи не было подобного заболевания. Он сообщил о периодическом прикусывании губ и о том, что до появления проблемы не использовал новые кремы, зубную пасту или косметические средства вокруг губ.

По результатам общего обследования выявлен худощавый молодой человек, весивший 42 кг. У него не было лихорадки, и он выглядел в целом хорошо. При осмотре головы и шеи не было обнаружено пальпируемых шейных лимфатических узлов. Большая часть его нижней губы и часть верхней губы были покрыты коркой, что ограничивало его способность открывать рот из-за боли .

Азиза, [02.11.2022 21:38]

Поверхностная корка на нижней губе была рыхло прилегающей, а при удалении обнажала однородную эритематозную область без трещин или папул . Пальпация не выявила подслизистых узелков. При внутриротовом осмотре выявлена неудовлетворительная гигиена полости рта: выраженный гингивит в переднем отделе, отложения камней в жевательных зубах, множественные глубокие кариозные поражения и остатки корней нижних первых постоянных моляров. В остальном слизистая оболочка полости рта в норме.

Результаты ряда тестов, включая полный анализ крови и функциональные пробы печени, пробу Манту и рентгенограмму грудной клетки, не показали никаких отклонений. Результаты мазка с губ на *Candida* были отрицательными. Клиновидная биопсия нижней губы выполнена под местной анестезией после удаления поверхностной корочки. При гистопатологическом исследовании выявлены паракератоз и небольшой акантоз кожи эпителия, лимфоплазмочитарная инфильтрация от легкой до умеренной степени в собственной пластинке и некоторая степень расширения сосудов и гиперемии в подслизистой оболочке. Воспалительные заболевания кишечника также были исключены после консультации с гастроэнтерологом. Общие результаты позволили предположить диагноз эксфолиативного хейлита.

Развитие поражения наблюдали в течение суток после удаления поверхностной желтовато-белой корки и последующей биопсии губы. Пациента попросили лечь в палату, чтобы он мог внимательно наблюдать за любой симулятивной деятельностью и развитием поражения. В течение первых 2 дней на стыке красной каймы губы и слизистой оболочки губ, выстилающей преддверие, появилось несколько везикулярных высыпаний . Эритема, по-видимому, уменьшилась к третьему дню , и над губой образовался тонкий слой кератина . К восьмому дню он постепенно утолщался и плотно прилегал к подлежащей слизистой оболочке. На десятый день показано поражение, как оно появилось.

Больному было назначено местное противогрибковое средство (клотримазол 2% крем), которое не улучшило его состояние. Поскольку при психиатрическом обследовании была выявлена выраженная депрессия, пациентке были назначены

антидепрессанты (флувоксамин 50 мг 1 раз в сутки). Это несколько улучшило его состояние, но не разрешило его полностью. Параллельно проведена тщательная профилактика и инструктаж по гигиене полости рта с последующим удалением сильно разрушенных зубов и восстановлением остальных зубов. Однако последующие визиты к стоматологу показали, что пациент не может поддерживать хорошую гигиену полости рта.

В настоящее время пациент использует вазелин для облегчения состояния и продолжает проводить время дома из-за своего состояния.

Обсуждение

Сообщается, что эксфолиативный хейлит чаще встречается у женщин.^{1,5} Однако Танигучи и Коно³ в обзоре описанных в литературе случаев эксфолиативного хейлита показали, что женщины поражаются лишь незначительно чаще, чем мужчины (13 против 11).). Включая наш случай и случай, описанный Лейландом и Филдом⁴, до сих пор в литературе сообщалось о равном количестве самцов и самок. Reichart и другие, однако, сообщили, что больные СПИДом с эксфолиативным хейлитом были преимущественно мужчинами. Большинство (62%) пораженных пациентов были моложе 30 лет, многие из которых были моложе 20 лет.³

Знания клиницистов о клиническом течении этого заболевания важны для постановки точного диагноза. Эксфолиативный хейлит - редко упоминаемое состояние; данные о течении этого заболевания недостаточны. В этом отчете подробно фиксируется клиническое течение болезни в течение 10 дней. На предоперационном у пациента видны толстое желтовато-белое покрытие на нижней губе и несколько рыхло прилипших двусторонних фрагментов кератина на верхней губе. Средняя часть верхней губы имеет тонкое покрытие из кератина и выглядит почти нормально. На 1-й день нижняя губа эритематозная после удаления рыхлого кератинового слоя; верхняя губа осталась нетронутой. Поскольку биопсия нижней губы была сделана после удаления кератинового слоя, на всех последующих изображениях видна рана биопсии в средней части нижней губы.

Азиза, [02.11.2022 21:38]

Тем не менее, последующие нормальные изменения, которые произошли, видны с обеих сторон раны при биопсии. Везикулярные поражения, наблюдаемые на стыке красной каймы и слизистой оболочки губ, могут быть связаны с травмой, вызванной удалением бляшки, если бляшка прилипла к этим участкам во время ее удаления; наличие акантоза в эпителии может быть способствующим фактором. В течение следующих 9 дней эритема постепенно уменьшается по мере утолщения кератинового слоя. Сравнение нижней и верхней губы показывает, что на 1-й день кератиновый слой верхней губы уже начал формироваться, а к 10-му дню кератиновый слой верхней губы казался более толстым, чем слой кератина нижней губы. Это наблюдение предполагает, что цикл протекает по-разному для верхней и нижней губы; некоторые области губ могут шелушиться, в то время как другие могут просто формировать кератиновый слой, создавая впечатление непрерывного шелушения губ.

Daley, Gupta⁷ и Brooke⁸ сообщили об аналогичной циклической картине активности болезни. Brooke⁸ упомянул 5-дневный период для завершения всего цикла. Наш пациент утверждал, что гиперкератотическая бляшка развилась и стала рыхлой в течение 2 недель, и что он регулярно отшелушивал бляшку, когда она становилась рыхлой, из-за связанного с этим дискомфорта. Затем накопление повторялось с течением времени.

Другие признаки и симптомы, связанные с этим состоянием, описанные в



литературе, включают ощущение покалывания, боль, болезненность во рту и горле, ощущение зуда, ощущение сухости, изъязвление, растрескивание губ и кровотечение. 7-9 У нашего пациента были боль и кровотечение, но никаких других симптомов не было. В большинстве зарегистрированных случаев 7-10, как и у нашего пациента, нижняя губа была поражена сильнее, чем верхняя губа.

Причина эксфолиативного хейлита неизвестна, хотя во многих сообщениях 7-12 предполагается симуляция активности; другие 3,4,9 сообщают об эксфолиативном хейлите без симулятивной активности. У нашего больного симулятивной активности не было, что подтверждается наблюдениями при его 10-дневном поступлении в стационар. На самом деле, он особенно старался избежать боли и кровотечения при движении губ. Однако возможность синдрома Мюнхгаузена нельзя исключать в тех случаях, когда пациент не дает никаких признаков симулятивной активности при допросе или наблюдении. 13

Начало состояния часто связано со стрессовым периодом в жизни человека, 3,9 как в случае с нашим пациентом. Расстройства личности, связанные с депрессией, были связаны со случаями эксфолиативного хейлита, и было обнаружено, что антидепрессанты уменьшают тяжесть заболевания. отсутствие полной ремиссии заболевания. Состояние нашего пациента улучшилось, когда он принимал антидепрессанты, но и у него не было полного облегчения.

Raede и др. 14 обсудили возможность хейлокандидоза. Он предполагает ослабленный иммунитет или наличие других явных предрасполагающих факторов, вызывающих кандидозное поражение губ. Авторы добились успешного разрешения таких поражений с помощью противогрибковой терапии. Однако у людей, у которых нет специфических предрасполагающих факторов, таких как наш пациент и другие 7,9, *Candida* не могла быть изолирована от поражения, и состояние не отвечало на противогрибковую терапию.

Оральная сепсис также рассматривался как причина эксфолиативного хейлита, поскольку он разрешился после соблюдения надлежащей гигиены полости рта. 8 У нашего пациента была очень плохая гигиена полости рта, но даже после стоматологической реабилитации ему было трудно поддерживать хороший уровень гигиены полости рта. гигиена. Его состояние может быть результатом многофакторных причин, таких как оральная сепсис, связанный со стрессом и усугубленный им, который привел к клинической депрессии.

Эксфолиативный хейлит может разрешиться спонтанно, 7,9 но если он стойкий, он обычно не поддается лечению и с трудом поддается лечению. 2-4,7,8 Наш пациент не ответил на системные стероиды. Другими неудачными вариантами лечения, опробованными другими, являются криохирургия 3,7 и кератинолитические препараты. 7,9,10

Заключение

Азиза, [02.11.2022 21:38]

Эксфолиативный хейлит преимущественно поражает лиц обоих полов в возрасте до 30 лет и обычно имеет циклическое течение, характеризующееся нормальными или эритематозными губами на одной стадии, которые постепенно утолщаются из-за устойчивого чрезмерного образования кератина, пока губы не отслаиваются и не покрываются коркой. Цикл завершается отслоением кератинового слоя с поверхности губ и происходит в разные дни на разных участках губ. Губы с толстым кератиновым слоем, подверженным воздействию воды, имеют тенденцию впитывать воду и, кажется, имеют толстый желтовато-белый налет. Продолжительность цикла может варьироваться среди пациентов.

Для этого состояния не было определено соответствующего лечения, поскольку

причина остается невыясненной. Кажется, что у пациентов нет другого выбора, кроме как ждать, пока это состояние пройдет само по себе.

Использованная литература.

1.Роджерс Р.С., Бекич М. Заболевания губ. Семин Кутан Мед Хирург 1997; 16(4):320-36.

2.Линч М.А., Брайтман В.Дж., Гринберг М.С., редакторы. Пероральная медицина Беркета: диагностика и лечение. 9-е изд. Филадельфия: Издательство Липпинкотт-Рейвен; 1994.

3.Танигучи С., Коно Т. Эксфолиативный хейлит: клинический случай и обзор литературы. Дерматология 1998; 196(2):253-5.

4.Лейланд Л., Филд Е.А. История болезни: эксфолиативный хейлит лечили антидепрессантами. Дент Обновление 2004; 31(9):524-6.

5.Тилдесли В.Р. Оральная медицина. Оксфорд: Оксфордские медицинские публикации; 1981. с. 65.

6.Райхарт П.А., Вайгель Д., Шмидт-Вестхаузен А., Поле Х.Д. Эксфолиативный хейлит (ЭК) при СПИДе: связь с кандидозной инфекцией. J Oral Pathol Med 1997; 26(6):290-3.

7.Дейли ТД, Гупта А.К. Эксфолиативный хейлит. J Oral Pathol Med 1995; 24(4):177-9.

8.Брук Р.И. Эксфолиативный хейлит. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1978; 45(1):52-5.

9.Постлетуэйт К.Р., Хендрикс Н.М. Случай эксфолиативного хейлита. Бр Дент Дж. 1988; 165(1):23.

10.Тилдесли, В.Р. Эксфолиативный хейлит. Бр Дж Орал Сург 1973; 10(3):357-9.

11.Кротти С.П., Диккен С.Г. Искусственная корка на губах. Арка Дерматол 1981; 117(6):338-40.

12.Рид П.С., Сим Р. Эксфолиативный хейлит - искусственное расстройство? Int J Oral Maxillofac Surg 1986; 15(3): 313-7.

13.Михаловски Р. Синдром Мюнхгаузена: новая разновидность кровоизлияния по типу самопроизвольных хейлоррагий и glandулярного хейлита. Дерматология 1985; 170(2):93-7.

14.Рид ПК, Рич Ам, Хэй К.Д., Радден Б.Г. Хейлокандидоз - возможная клиническая форма. Отчет о 5 случаях. Бр Дент Дж. 1982; 152(9):305-8.