

УДК 616. 317-002-08-053.3:616-084

Стремчук М.В., дитячий лікар-стоматолог  
Хмельницька міська об'єднана стоматологічна поліклініка  
Stremchuk M.V., Pediatric Dentist  
Khmelnyska Municipal United Dental Polyclinic

## ПОШУК ЕФЕКТИВНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЗАХОДІВ ЗАГАЛЬНОЇ І МІСЦЕВОЇ ДІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ХЕЙЛІТ

### Substantiation of Therapeutic Measures Complex of Systemic and Local Action in Treatment of Children with Atopic Cheilitis

Адреса для кореспонденції:  
Стремчук Марина Валеріївна  
e-mail: marina.stremchuk@gmail.com

**МЕТА:** Розробити методику комплексного лікування дітей хворих на atopічний хейліт у різні вікові періоди. **МЕТОДИ:** Обстежили 61 дитину з atopічним хейлітом у ранньому дитинстві (1–3 роки), першому дитинстві (4–7 років), другому дитинстві (8–12 років), підлітковому віці (13–16 років). **РЕЗУЛЬТАТИ:** Разом з базовою терапією дітям рекомендували місцеве застосування емульсії Топікрем («Laboratoires Nigy-Charlieu», Франція), ліпокрему Елідел («Novartis Pharma Production GmbH», Німеччина), а для нормалізації архітектоники губ призначали комплекс міогімнастичних вправ. **ВИСНОВКИ:** Завдяки міогімнастичним вправам у комплексній терапії atopічного хейліту можна досягти повного правильного змикання губ, а отже, усунути один з провідних місцевих факторів розвитку atopічного хейліту у дітей.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** atopічний хейліт, діти, комплексне лікування, архітектоніка губ.

**PURPOSE:** To develop the complex treatment method of children with atopic cheilitis at different age periods. **Methods:** There were examined 61 patients with atopic cheilitis at early years (1–3 years), first and second childhood (respectively 4–7 years and 8–12 years) and adolescence (13–16 years). **Results:** In addition to the basic treatment of children we recommended topical administration of Topicream Emulsion («Laboratoires Nigy-Charlieu», France), and Elidel Cream («Novartis Pharma Production GmbH», Germany) and prescribed the strengthening exercises for orbicular muscle of mouth to normalize the lips architectonics. **CONCLUSIONS:** Prescription of strengthening exercises for orbicular muscle of mouth at the treatment of atopic cheilitis makes it possible to achieve total correct lips closure and, therefore, eliminate one of the most important local factors of atopic cheilitis in children.

**KEY WORDS:** atopic cheilitis, children, complex treatment, lips architectonics.

#### Вступ

У сучасній педіатричній практиці спостерігають негативну тенденцію зростання алергічної патології, у структурі якої провідне місце нале-

жить atopічному дерматиту [4]. У третини дітей клінічний перебіг atopічного дерматиту характеризується чітко вираженим хронічним рецидивуючим хейлітом [11]. Скарги на запальний процес червоної облямівки

губ є найпоширенішими у дітей з atopічним дерматитом, або єдиним його клінічним проявом [10]. Недостатнє вивчення ролі місцевих та загальних факторів розвитку atopічного хейліту зумовлює невисоку

ефективність, а інколи навіть безуспішність стандартних підходів до лікування цього захворювання. Тому вивчення atopічного хейліту актуальне досі. Мета роботи – окреслити методіку комплексного лікування у дітей з atopічним хейлітом у різні вікові періоди.

## Матеріал і методи

Обстежили 61 дитину віком від 1 до 16 років, хвору на atopічний хейліт. Усіх дітей розділили на 4 категорії відповідно до схеми вікової періодизації Берзіня В.І. (2008): раннє дитинство (1–3 роки), перше дитинство (4–7 років), друге дитинство (8–12 років), підлітковий вік (13–16 років). У процесі дослідження, окрім клінічного обстеження дітей, визначали індекс SCORAD (для оцінки ступеня важкості atopічного дерматиту) [3], оцінювали стан архітекτονіки губ, функціональну активність малих слинних залоз, імунологічні показники сироватки крові, а також вплив atopічного хейліту на якість життя дітей та їхніх батьків. Аналіз отриманих результатів дослідження та визначення основних ланок розвитку atopічного хейліту дозволив розробити методіку його комплексного лікування.

## Результати та їх обговорення

Як базову терапію [2, 3, 9] усім хворим призначали елімінаційні заходи (виключення контакту з потенційними алергенами), антигістамінні (Еріус, «Schering-Plough Corporation», США) і мембраностабілізуючі препарати (Кетотифен, «Фармекс Груп», Україна), ентеросорбенти (Поліфепан, «Екосфера», Росія), пробіотики (Біо-Гая, «Farmasierra Manufacturing S.L.», Іспанія) та полівітамінні комплекси (Мульти-табс Малюк, Мульти-табс Юніор, «Ferrosan A/S», Данія).

Серед елімінаційних заходів провідною була дієтотерапія. Для збереження повноцінності харчування дитини після з'ясування причинного алергена (за результатами алергологічних тестів), забезпечували його рівноцінну заміну за харчовою цінністю та калорійністю. Рекомендували обмежити вживання продуктів з високим рівнем сенсibilізаційної активності (молоко, шоколад, яйця, риба, гриби, кава, горіхи, citrusові, мед, полуниця, диня тощо) та відмовитись від вживання м'ясних бульйонів, прянощів, кетчупів, томатних паст, майонезів, гірчиць, маринадів та консервованих продуктів. Молочні продукти (кефір, сметана, сир) необхідно вводити у раціон дитини не більше 200–400 мл на добу. З жирів рекомендували вживати вершкове масло та рослинну олію. Слід відмовитись від споживання смаженого, а обробку продуктів проводити парою, тушкувати або відварювати їх. Переводити дитину на звичайне харчування без суттєвих обмежень рекомендували через 10–12 місяців після повного зникнення проявів atopічного хейліту поступово, по-вільно та почергово вводячи заборонені продукти. У лікуванні atopічного хейліту важливу роль відіграє належна організація побуту дитини. Обов'язковим є проведення алергологічних тестів до побутових, епідермальних, хімічних, пилкових алергенів. Батькам рекомендували часто провітрювати помешкання, щоденно проводити вологе прибирання усіх поверхонь у дитячій кімнаті. Крім того, слід обмежити кількість килимів та м'яких меблів (як колекторів пилу) та забезпечити їх ретельне прибирання (бажано з використанням м'яких пилососів) 1–2 рази на тиждень. Також рекомендували використовувати гіпоалергенну постільну білизну, а всі пухові подушки, ковдри та вовняні пледи замінити на синтепонові і прати їх щотижня.

Неприпустимим є утримання у квартирі домашніх тварин і рибок, вирощування квітучих кімнатних рослин (особливо герані, примули). Важливим моментом у лікуванні atopічного хейліту є елімінація інфекції, оскільки вона може бути причиною загострення та посилення важкості перебігу atopічного хейліту. Тому всім пацієнтам рекомендували обов'язкову санацію хронічних вогнищ інфекції: лікування тонзилітів, гайморитів, ускладненого ка-рієсу, супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту, дегельмінтизацію. При виборі антигістамінних засобів у лікуванні atopічного хейліту, з міркувань ефективності та безпечності для дитячого організму, перевагу надали препарату Еріус («Шерінг-Плау Лабо Н.В.», Бельгія). Він є представником третього покоління антигістамінних засобів, має виражену протиалергічну і протизапальну активність завдяки селективному блокуванню H1-рецепторів і пригніченню різних ланок ранньої та пізньої фаз алергічної реакції. Дітям до 12 років рекомендували приймати препарат у вигляді сиропу: 1–5 років – по 2,5 мл (1,25 мг) 1 раз на добу, від 6 до 11 років – по 5,0 мл (2,5 мг) 1 раз на добу. Підліткам старшим за 12 років препарат призначали перорально по 1 таблетці (5 мг) 1 раз на добу незалежно від прийому їжі. Дітям з atopічним хейлітом також призначали мембраностабілізуючий препарат Кетотифен (ТОВ «Фармекс Груп», Україна). Гальмуючи надходження іонів Са в клітину, він стабілізує мембрани тучних клітин, стримує їх дегрануляцію і вивільнення медіаторів запалення, внаслідок чого блокується розвиток алергічної реакції [6]. Клінічний ефект від прийому Кетотифену спостерігається через 3–4 тижні, тому на перших етапах лікування його призначали у комплексі з Еріусом. Діти перших двох вікових категорій приймали

Кетотифен у формі сиропу двічі на добу: віком 1–3 роки по 0,0125 мг на 1 кг маси тіла, віком 4–7 років – по 0,025 мг на 1 кг маси тіла. Дітям і підліткам 8–16 років препарат призначали у таблетках по 1 мг 2 рази на добу. У гострому періоді atopічного хейліту з метою зниження абсорбції харчових алергенів у шлунково-кишковому тракті та зменшення антигенного навантаження використовували ентеросорбент Поліфепан («Сайнтекс», Росія). Призначали його внутрішньо дітям 1–7 років по 1 десертній ложці 3–4 рази на день, дітям старшим за 7 років – по 1 ст. л. 3–4 рази на добу за 1 год. до прийому їжі або інших ліків, розвівши у 50–100 мл води або запиваючи водою. Важливим компонентом базової медикаментозної терапії atopічного хейліту є застосування пробіотиків, оскільки мікрофлора кишківника є регулятором імунної відповіді та сприяє atopічній сенсibiliзації у ранньому дитинстві. Як пробіотик призначали БіоГая («Farmasierra Manufacturing S.L.», Іспанія). Препарат містить штами життєздатних бактерій *Lactobacillus reuteri Protectis*, що підтримують та регулюють фізіологічну рівновагу мікрофлори та процес травлення. *L.reuteri* сприяють розщепленню лактози і утворенню реутерину та інших антимікробних субстанцій, що антагонують з патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами шлунково-кишкового тракту. БіоГая має також імуностимулюючу дію завдяки можливості активізувати імунну систему кишківника як першу лінію захисту організму від інфекції. Окрім того, БіоГая є місцевим пробіотиком, оскільки при розжовуванні таблетки або прийомі крапель пробіотична дія препарату розпочинається з порожнини рота [5]. Дітям до 4 років БіоГаю призначали по 5 крапель 1 раз на добу. Діти старші за 4 роки приймали препарат по 1 таблетці на добу, незалежно від

прийому їжі, розжовуючи або розсмоктуючи. З метою покращення обміну речовин та загального зміцнення організму дітям з atopічним хейлітом призначали вітамінний комплекс Мульти-табс («Ferrosan A/S», Данія). Дітям до 4 років рекомендували Мульти-табс Малюк по 1 таблетці на добу під час або одразу після прийому їжі. Діти старшого віку приймали Мульти-табс Юніор по 1 таблетці на добу.

Невід'ємним етапом комплексної терапії у дітей з atopічним хейлітом є місцеве лікування. У гострому періоді запального процесу, що супроводжувався мокнуттям, пацієнтам призначали гіпоалергенну емульсію Топікрем («Laboratories NIGY», Франція). Її склад забезпечує глибоке і тривале зволоження шкіри: 2% сечовина підтримує оптимальний рівень зволоження та утримує воду в глибоких шарах епідермісу, 9,5% гліцерин пом'якшує шкіру, віск відновлює захисний ліпідний шар [1]. Дітям будь-якого віку рекомендували наносити Топікрем на шкіру обличчя і тіла 1–2 рази на добу (при дуже сухій шкірі – навіть частіше) після купання. Топікрем як пом'якшувальний і зволожувальний засіб призначали і в період ремісії atopічного хейліту для щоденного догляду за сухою шкірою. При гострому запаленні без мокнуття, а також у хронічній фазі запалення та на стадії ремісії atopічного хейліту дітям рекомендували ліпокрем Елідел («Novartis Pharma Production GmbH», Німеччина) – нестероїдний препарат на основі 1% пімекролімусу. Він є інгібітором кальційневрину, тому забезпечує блокування продукції запальних цитокінів та запобігає вивільненню медіаторів запалення з тучних клітин. Препарат відновлює функцію шкірного бар'єра, що запобігає ймовірній мікробній колонізації [1, 7]. Елідел призначали пацієнтам незалежно від віку, рекомендували наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 2 рази

на день перед використанням пом'якшувальних засобів. Після купання рекомендували застосовувати спочатку пом'якшувальні засоби, а потім – Елідел. При важкому загостренні atopічного хейліту упродовж 5–7 днів призначали Адвантан («Schering S.p.A», Італія) – препарат з групи топічних кортикостероїдів, рекомендували наносити тонким шаром на уражені ділянки шкіри 1 раз на день. Після зменшення запальних явищ на шкірі та червоної облямівці губ переходили до використання крему Елідел. Для антисептичної обробки порожнини рота, червоної облямівки губ та шкіри періоральної ділянки використовували Октенідол («Schulke Mayg», Німеччина) – антибактеріальний розчин на основі октенідину гідрохлориду. Призначали його у вигляді полоскань порожнини рота упродовж 30 с 2–3 рази на добу, а також аплікацій марлевих серветок, змочених у теплому розчині октенідолу, на поверхню червоної облямівки губ та шкіри навколоротової ділянки. Серветки рекомендували змінювати кілька разів упродовж 10 хв. Пацієнтам до 7 років розчин Октенідолу призначали у пропорції 1:10, дітям 8–16 років – 1:5. Після антисептичної обробки уражених поверхонь рекомендували наносити пом'якшувальний засіб Топікрем та крем Елідел. Для нормалізації архітектоники губ дітям призначали комплекс міогімнастичних вправ [8] щоденно по 7–10 хв. упродовж 1–1,5 місяця. Дітям пропонували виконувати такі вправи: надування повітря за нижню губу, почергове надування щік, витягування губ у вигляді «хоботка» та його зміщення у сторони, доверху, до низу. Усі вправи рекомендували виконувати обов'язково при щільно зімкнених губах. Усім дітям з виявленим ротовим диханням проводили дихальну пробу. У разі встановлення за її результатами вимушеного типу ротового дихання призначали консультацію отоларинголога для обстеження

та лікування. При виявленні патології прикусу призначали консультацію ортодонта.

## Висновки

Лікування дітей з atopічним хейлітом передбачає комплекс терапевтичних

заходів загальних і місцевих засобів дії. Поєднання елімінаційної дієти, антигістамінних препаратів і мембраностабілізаторів, ентеросорбентів, пробіотиків спрямоване на основні патогенетичні ланки atopічного хейліту. Місцева терапія, що містить рекомендації щодо застосування препара-

тів Топікрем та Елідел, відповідає вимогам гіпоалергенності та ефективності при лікуванні atopічного хейліту. Призначення міогімнастичних вправ дозволяє досягти правильного змикання губ, а отже, усунути один з провідних місцевих факторів розвитку atopічного хейліту у дітей.

## Список використаної літератури

1. Аряєв М.Л. Атопічний дерматит у дітей / М.Л. Аряєв, В.А. Клименко, А.І. Кожем'яка, В.О. Фьоклін. — Київ, 2006. — С. 46–74.
2. Бережний В.В. Діагностика та терапія atopічного дерматиту: стандарти діагностики і терапії / В.В. Бережний, О.П. Білозоров. — Київ, 2002. — С. 5–12.
3. Беш Л.В. Атопічний дерматит у дітей / Л.В. Беш // Здоров'я ребенка. — 2012. — № 2 (37). — С. 8–17.
4. Дроботько Л.Н. Атопічний хейліт у дітей. Современный подход к терапии / Л.Н. Дроботько, С.Ю. Страхова, М.В. Жевнова // Клиническая стоматология. — 2011. — № 4. — С. 24.
5. Зайков С.В. Нарушения микробиотоза полости рта и пробиотики / С.В. Зайков // Дельта Дайджест. — 2013. — № 1. — С. 2–3.
6. Зяблицев С.В. Синдромы atopической болезни / С.В. Зяблицев, Е.А. Бочарова. — Донецк: Новый мир, 2008. — С. 190–208.
7. Кутасевич Я.Ф. Элидел: новая стратегия лечения atopического дерматита / Я.Ф. Кутасевич, И.А. Олейник // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. — 2005. — № 2. — С. 37–41.
8. Максимова О.П. Лечение хейлита у детей и взрослых / О.П. Максимова // Клиническая стоматология. — 2001. — № 1. — С. 18–21.
9. Наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005 р. «Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей». Додаток № 5. Протокол діагностики та лікування дітей з atopічним дерматитом. — Київ. — 2005. — С. 25–30.
10. Соломонюк М.М. Принципы комплексной терапии atopических хейлитов у детей и подростков / М.М. Соломонюк // Ліки України. — 2004. — №5. — С. 115–118.
11. Торопова Н.П. Распространенность и клинические особенности хейлита у детей, больных atopическим дерматитом / Н.П. Торопова, Т.С. Лепешкова, С.Н. Теплова // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 4. — С. 60–65.

Стаття надійшла в редакцію  
10 вересня 2014 року