

Термінологія	Визначення
Туберкульоз порожнини рота	- специфічне інфекційне захворювання, що розвивається на тлі зниженої резистентності при проникненні в організм мікобактерій туберкульозу. Туберкульозну вовчанку відносять до найбільш часто діагностуючих форму туберкульозу порожнини рота. Її виявляють у 18-35% хворих. Як правило, при туберкульозній мовчанці виникають поєднані ураження слизової, шкіри навколоротової зони, а також губ. Міліарний-виразковий туберкульоз порожнини рота діагностують у 1% пацієнтів. В інших випадках виявляють первинний туберкульоз порожнини рота і скрофулодерма. Захворювання частіше виявляють у представників чоловічої статі. Зниження опірності організму сприяє активізації умовно-патогенної мікрофлори порожнини рота, в результаті чого нерідко виникає додаткове бактеріальне інфікування виразкової поверхні. У 10% випадків туберкульозні виразки малігнізуються
Причини класифікація туберкульозу порожнини рота	і Туберкульоз порожнини рота виникає на тлі пригніченого імунного статусу. Збудником захворювання є паличка Коха. Як правило, вогнища ураження слизової мають вторинну природу, так як розвиваються в результаті поширення інфекційних агентів і їх токсинів з основних відкритих фокусів запалення по системі кровоносних або лімфатичних судин. Також при легеневій формі туберкульозу інфікування слизової порожнини рота може виникнути внаслідок проникнення мікобактерій, що знаходяться в мокроті. Туберкульоз порожнини рота діагностують рідко, так як в ротовій порожнині палички Коха швидко гинуть.

Чотири основні форми туберкульозу порожнини рота:	1. <u>Первинний туберкульоз порожнини рота.</u> У дорослому віці зустрічається рідко. Найчастіше захворювання діагностують у дітей. Основні шляхи інфікування - респіраторний, фекально-оральний. 2. <u>Туберкульозний вовчак.</u> У стоматології вовчакову форму туберкульозу порожнини рота виявляють найбільш часто. Люпозно-ерозійні елементи ураження локалізуються переважно на яснах. Захворювання схильне до хронізації. Зафіксовані випадки виникнення злоякісної пухлини, тривале не загоювання виразок. 3. <u>Міліарно-виразковий туберкульоз порожнини рота.</u> Виникає у ослаблених туберкульозом хворих. Мікобактерії, виділяючись з мокротою під час кашлю, проникають всередину слизової в місцях її пошкоджень. Найчастіше вражаються піднебіння і язик, рідше вогнища міліарно-виразкового туберкульозу порожнини рота діагностують в зоні маргінальних ясен, в області щік. 4. <u>Скрофулодерма.</u> Захворювання зустрічається переважно в дитячому віці. Клініка має деякі відмінності від інших форм туберкульозу порожнини рота. Спочатку виникає не горбик, а вузол досить великих розмірів, після розм'якшення і некрозу якого утворюються свищеві ходи. Загоєння виразкової поверхні відбувається з формуванням характерних торочкуватих рубців.
Симптоми туберкулезу порожнини рота	При первинному туберкульозі порожнини рота виявляють болючі виразки з рваними краями і щільною основою, покриті жовто-сірими нашаруваннями. Згодом ділянка виразки збільшується. Одночасно з цим збільшуються і об'єднуються в єдиний конгломерат лімфовузли. Часто спостерігається гнійний лімфаденіт. Первинними елементами ураження у пацієнтів з туберкульозною вовчанкою є горбики - безболісні утворення м'якоеластичної консистенції діаметром до

	3 мм червоного кольору. Люпоми збільшуються в розмірах і зливаються між собою, утворюючи великі вогнища ураження. Після бугоркової стадії вовчакова форма туберкульозу порожнини рота переходить в виразкову фазу, для якої характерна поява ділянок виразок. Виразки болючі, з рваними піднятими краями і ущільненим дном сіро-жовтого кольору. Іноді виразкові поверхні можуть бути покриті кровоточивою грануляційною тканиною. Під час 4 фази туберкульозу порожнини рота спостерігається рубцювання виразок. Можливо повторне утворення горбиків навколо рубців, що в подальшому призводить до формування грубої фіброзної тканини, що деформує слизову. При міліарно-виразковому туберкульозі порожнини рота спочатку утворюються дрібні люпоми, які дуже швидко розпадаються, в результаті чого виникають великі виразкові поверхні. Виразки болючі, неглибокі, з рваними краями. Дно виразки нерівне, часто вкрите грануляціями. Навколо осередку ураження утворюються мікроабсцеси. Присутня незначна гіперемія і набряклість навколишніх тканин. Найчастіше виразки локалізуються на щоках і піднебінні. Щілиноподібні виразки виявляють на Межі переходу нерухомої слизової в рухому, а також на язиці Лімфовузли при міліарно-виразковій формі туберкульозу порожнини рота болючі, спаяні, збільшені. При скрофулодерма виявляються вузли великих розмірів. Згодом вузли розпадаються, в результаті чого утворюються нориці великі виразкові поверхні. Рубцювання відбувається з формуванням грубої фіброзної тканини.
Діагностика туберкульозу порожнини рота	Постановка діагнозу туберкульозу порожнини рота базується на підставі скарг, даних анамнезу захворювання, результатів клінічного, цитологічного, бактеріоскопічного досліджень. Під час фізикального обстеження лікар-стоматолог

	виявляє невеликі піднесення на слизовій - горбики. При пальпації люпоми малоболючі, жовто-червоного кольору і м'якоеластичної консистенції, швидко збільшуються в розмірах і зливаються між собою, утворюючи малюнки різної конфігурації. Незабаром на їх місці виявляють неглибокі болючі виразки з зернистим жовто-сірим дном і рваними піднятими краями. Присутнє незначне перифокальне запалення. Лімфатичні вузли у хворих з туберкульозом порожнини рота стають твердими, горбистими, болючими при пальпації. Між поверхнею лімфовузлів і навколишніми тканинами утворюються спайки. Для діагностики туберкульозної вовчанки використовують 2 додаткових клінічних тести. <i>Методом диаскопії</i> при туберкульозі порожнини рота визначають симптом «яблучного желе» (від натискання на ділянку губ люпоми набувають світло-коричневоо відтінку), також спостерігається позитивний <u>феномен Поспелова</u> (при торканні кінчиком пуговчатого зонда горбика вершина люпоми руйнується, і зонд провалюється). Під час цитологічного дослідження зіскоба, взятого з ділянки виразки, при туберкульозі порожнини рота поряд з епітеліальними клітинами виявляють гігантські клітини Лангханса. За допомогою бактеріоскопічного методу у хворих на туберкульоз порожнини рота не завжди вдається виявити мікобактерії. Позитивний результат аналізу частіше спостерігається при міліарно-виразковій формі захворювання, рідше в разі туберкульозної вовчанки Диференціюють елементи ураження при туберкульозі порожнини рота з сифілісом, актиномікозом, травматичною декубітальною виразкою, злоякісним новоутворенням. Пацієнта обстежує стоматолог-терапевт. При підозрі на наявність туберкульозної інфекції
--	---

	хворого направляють на консультацію до фтизіатра.
Лікування туберкульозу порожнини рота	Лікування хворих з туберкульозом порожнини рота проводиться в спеціалізованому туберкульозному диспансері. Для запобігання приєднання бактеріальної інфекції місцево призначають антисептичні ванночки. З цією метою використовують препарати на основі хлоргексидину біглюконату. Для знеболення застосовують гелі або спреї, до складу яких входять місцеві анестетики: лідокаїн, анестезин. Після купірування гострих явищ хворим з туберкульозом порожнини рота показано проведення сануючих заходів: видалення відкладень, лікування карієсу і його ускладнень. При ранньому зверненні пацієнтів до медичного закладу і повноцінному протитуберкульозному лікуванні прогноз в більшості випадків сприятливий. Пізніше виявлення туберкульозу порожнини рота призводить до незворотних змін: прогресуючого руйнування тканин, деформації слизової
Герпес порожнини рота	Вірус герпесу найчастіше вражає область навколо рота, біля підборіддя і крил носа, на губах. Звідси інфекція нерідко переходить на слизову оболонку рота, де викликає гінгівіт, стоматит та інші захворювання. Герпес слизової оболонки рота, як і інші види герпесвірусних інфекцій, може переходити з гострої форми в хронічну.
Причини появи герпесу	Основна причина появи будь-якого герпесу, в тому числі в роті - це зниження імунітету. Спровокувати висипання здатна навіть звичайна застуда, на тлі якої захисні функції імунітету втрачають свою силу. Також досить часто з цієї причини герпес зустрічається у вагітних жінок. Ще одним фактором є стрес, період менструації, деякі хронічні захворювання, хірургічне втручання і навіть безсоння. Але все-таки частіше герпес у роті зустрічається у

	маленьких пацієнтів, ніж у дорослих людей.
Форми і види герпесу в ротовій порожнині	.Виділяють два основні різновиди цього виду герпесу: 1) гострий стоматит герпетичного характеру 2) хронічний стоматит герпетичного характеру. Перший вид зустрічається часто і легко поширюється. Наприклад, якщо в садку або в школі одна дитина захворіла, то велика ймовірність того, що протягом декількох днів від герпесу в ротовій порожнині страждатиме 75% дітей з групи / класу. Чому зараження відбувається так швидко? Причиною тому є способи передачі герпесу. Він легко передається як контактним, так і повітряно-крапельним шляхом. Також відомі випадки зараження герпесом ротової порожнини через кров (трансфузійний спосіб) і від матери плоду (трансплацентарний спосіб). Гострий герпес в ротовій порожнині, як і інші види цього захворювання, проявляється раптово
Симптоми герпесу на слизовій оболонці порожнини рота	Симптоми герпесу у роті багато в чому нагадують прояви герпетичної інфекції на інших ділянках тіла. Про початок захворювання свідчить поява печіння, свербіння і болю на слизовій ясен, піднебіння або губ. <u>У легкій формі</u> цього герпесу яскравих симптомів практично немає <u>У важкій формі</u> герпесу помітні не тільки зовнішні симптоми, але і спостерігаються зміни в складі крові. Крім цього, розвивається набряк слизової оболонки, вона темніє або червоніє, може з'явитися біль при жуванні і ковтанні, неприємний запах з рота, тягуча слина. На цій стадії зазвичай спостерігається збільшення лімфовузлів шиї і щелепи, може з'явитися

	нудота і блювота, загальна слабкість, зниження апетиту. Навіть при натисканні на лімфовузли буде відчуватися біль, а при натисканні на ясна може з'являтися кров. На слизовій оболонці рота з'являються скупчення дрібних бульбашок, наповнених рідиною. Через деякий час бульбашки лопаються, а на їх місці утворюються ерозії (виразки). Прийом їжі на цьому етапі може стати дуже болючим. Виразки покриваються жовтим або білим нальотом і поступово затягуються. На їх місці утворюються тверда кірка, яка з часом відпадає. Зазвичай на місці герпетичних виразок не залишається шрамів або рубців, лише невеликі ділянки пігментації, які згодом зникають. У деяких хворих, незалежно від віку, може спостерігатися висока - до 40 градусів - температура. У крові при цьому показники ШОЕ будуть значно вище норми. Прояви вірусного герпесу можна спостерігати: -на язиці (проявляється набряком, висипом, в тому числі на вуздечці покраснінням і болем при розмові); -на яснах (часто найнеприємніші відчуття виникають під час пережовування їжі); -зсередини на щоках і губах (боляче не тільки їсти, а й розмовляти, спостерігається набряк слизової); -на мигдалинах і глотці (симптоми чимось схожі з ангіною, в горлі можна побачити наліт білого кольору, а при ковтанні відчувається біль, також хворі відзначають печіння і сухість в горлі).
\$Лікування	Як вилікувати герпес у роті? Головне - приступити до його лікування негайно. Своєчасність і правильний підхід є гарантією того, що хвороба відступить, і навіть слідів від неї не

	залишиться. Якщо ж втратити час, то лікування герпесу буде більш тривалим, а після його закінчення залишаться суттєві сліди. Також важливо використовувати комплексне лікування. Під цим мається на увазі не тільки прийом препаратів проти герпесу, але і дотримання дієти, забезпечення постільного режиму хворому і вживання великої кількості рідини. Для лікування важких і рецидивуючих форм герпесу у роті використовуються противірусні препарати. Призначити їх повинен лікар. Як правило, це ацикловір або його похідні. Однак в більшості випадків досить симптоматичної терапії: жарознижуючих препаратів, місцевих знеболюючих препаратів, що дозволяють усунути болючість слизової і відновити можливість нормального прийому їжі, протинабрякові засоби. Для знезараження порожнини і запобігання додаткових інфекцій використовують дезінфікуючі засоби для ополіскування рота. Також в цій ролі можуть виступати трав'яні відвари - ромашки або меліси. Додатково лікар може порадити імуностимулюючу терапію і прийом мультивітамінних комплексів, а також лікарських трав (наприклад, ехінацеї), щоб підвищити опірність до вірусу.
Хейліт чи заїда	це запалення червоної облямівки і слизової оболонки губ. Хейліт може виступати як самостійне захворювання і як клінічний симптом захворювань внутрішніх органів і захворювань слизової оболонки рота.
Причини виникнення хейлітів	Дерматози є найбільш частою причиною хейлітів. Червона облямівка, слизова оболонка і шкіра губ можуть бути залучені в запальний процес при

	еритематоз, червоному плоскому лишай, туберкульозі, сифілісі, псоріазі і при інших захворюваннях шкіри. Несприятливі кліматичні умови, як наприклад вплив гарячого і холодного повітря, вітер і надмірна інсоляція викликають хейліт у людей, які тривалий час перебувають або працюють на відкритому повітрі. Хейліт алергічної природи розвивається після сенсibilізації червоної облямівки губ або її слизової оболонки хімічними речовинами, УФ-випромінюванням і ін. Іноді алергічний хейліт може носити професійний характер; жінки у віці від 20 до 60-ти років найбільш схильні до хейлітів алергічної природи. Вторинні хейліти ,які є симптомом якого-небудь захворювання, можуть виникнути на тлі atopічного дерматиту або нейродерміту. Екзематозні хейліти виникають на тлі різних екзем, а макрохейліт є частиною симптомокомплексу неврити лицевого нерва в поєднанні зі складчастим язиком і хейлітом
Клінічні прояви хейлітів	Ексфоліативний хейліт є захворюванням червоної облямівки губ. Діагностується в основному у жінок і клінічно проявляється лущенням губ. У патогенезі ексфоліативного хейліту лежать неврологічні розлади - хвилювання, тривога, депресія. Так само є зв'язок між захворюваністю ексфоліативним хейлітом і гіперфункцією щитовидної залози. Доведений той факт, що виникнувши одного разу, ексфоліативний хейліт успадковується як зміна імунної системи. Лущення присутнє тільки на червоній облямівці губ і не переходить на слизову оболонку і шкіру. Захворювання рідко поширюється на всю червону облямівку, тому частина червоної облямівки в області

куточків рота і на ділянках, що межують зі шкірою, залишаються вільними від лущення. Якщо ексфоліативний хейліт виникає на тлі сухої шкіри, то крім лущення пацієнти відзначають сухість губ, печіння, іноді появу лусочок, які зкушують або обдирають руками. Ексфоліативний хейліт має тривалий уповільнений перебіг, з періодами ремісії і загострення; не схильний до самолікування.

Під час огляду виявляється сухість губ, наявність щільно спаяних з червоною облямівкою лусочок, через які края червоної облямівки виглядають піднятими. Видалення лусочок зазвичай безболісно, після їх видалення оголюється яскраво-червона поверхня без ерозій. Через 5-7 днів після видалення лусочки з'являються знову, свіжі лусочки схожі на слюду, в подальшому вони також згуртовуються з червоною облямівкою губ.

При **ексудативної формі** хейліту пацієнти скаржаться на хворобливість і набряклість губ; згодом з'являються великі кірки, які ускладнюють мову і прийом їжі.

У патогенезі **гландулярного хейліта** лежить вроджене або придбане розростання малих слинних залоз, що сприяє їх інфікуванню. У людей з вродженими аномаліями малих слинних залоз симптоми гландулярного хейліта спостерігається практично у всіх випадках. До групи ризику потрапляють пацієнти з хронічними захворюваннями пародонту, з зубним каменем і з каріозної хворобою зубів, так як ці захворювання сприяють інфікуванню розширених проток слинних залоз.

Гландулярний хейліт вінікає як через інфікування проток слинних залоз, так і з-за інтоксикації токсинами і продуктами життєдіяльності мікроорганізмів. Страждають особи обох статей в основному після 30-ти років, при цьому ураження нижньої губи зустрічаються в два рази частіше. У початковому періоді захворювання пацієнти відзначають незначну сухість губ, яка компенсується засобами для догляду за губами і тріщини, що з'являються на тлі сухості. Надалі утворюються глибокі кровоточиві тріщини і хворобливі ерозії.

Пацієнти при грандулярном хейліт схильні облизувати губи, чим ще більше погіршують симптоми сухості, іноді це призводить до появи мокнучих тріщин на тлі пересушеної шкіри губ. Пізніше тріщини носять постійний характер через порушену еластичності шкіри губ.

Контактний алергічний хейліт виникає у відповідь на вплив подразника. Основними причинами алергічного контактного хейліту є речовини, які входять до складу губних помад і засобів по догляду за губами. Алергічний хейліт може розвинути в результаті поганої звички тримати в роті сторонні предмети: ручки, олівці. Професійний алергічний хейліт розвивається у музикантів у відповідь на тривале перебування мундштуків духових інструментів в роті. Пацієнти скаржаться на сильний свербіж, печіння, набряклість і почервоніння губ. При цьому після контакту з алергеном симптоми хейлита виражені яскравіше. Іноді бульбашки можуть бути більших розмірів і після їх розтину оголюються тріщини і ерозії. При хронізації алергічного контактного хейліту основними клінічними проявами є лущення і незначний свербіж без запальної реакції.

Метеорологічний або актинічний хейліт входить в групу захворювань, в патогенезі яких лежить гіперчутливість до холоду, вітру, сонячного випромінювання і радіації. Актинічний хейліт частіше діагностується у чоловіків у віці від 20-ти до 60-ти років і частіше виникає у відповідь на ультрафіолетове випромінювання. При опитуванні з'ясовується загальна метеочутливість, зокрема чутливість до сонячного опромінення. При ексудативної формі хейліту пацієнти скаржаться на свербіж і печіння губ, а також на появу ерозій і кірочок. Іноді при метеорологічному хейліті з'являються дрібні міхурці після розкриття яких оголюються болючі ерозії, які підсихають потім в скоринки.

При сухій формі метеорологічного хейліту основними скаргами є сухість і печіння губ, іноді біль. У разі тривалого перебігу актинічного хейліту можлива малігнізація, при наявності таких факторів як куріння, запиленість приміщення ймовірність виникнення

злоякісної пухлини підвищується. Часто актинічний хейліт згодом перероджується в передракові захворювання - обмежений гіперкератоз, абразивний преанкротозний хейліт Манганотті і ін.

Атопічний хейліт є одним із проявів атопічного дерматиту або нейродермату. Важливою патогенетичною ланкою атопічного хейліту є алергічна схильність. При цьому алергенами можуть виступати лікарські речовини, косметичні препарати, продукти, мікроорганізми і їх токсини. Пацієнти з атопічним хейлітом скаржаться на почервоніння губ, яке супроводжується свербінням і лущенням червоної облямівки губ, характерним є ураження куточків рота. Після стихання гострого процесу і під час ремісій відзначається лущення і ліхенізація. Постійна сухість і інфільтрація куточків рота сприяє появі тріщин. У пацієнтів з атопічним хейлітом є клінічні прояви атопічного дерматиту, нейродерміту, сухість та лущення шкіри обличчя.

Макрохейліт - це частина синдрому Мелькерсона - Россолімо-Розенталя, іншими складовими тріади є неврит лицевого нерва і симптом складчастого язика. У патогенезі цього симптомокомплексу велике значення має інфекційно-алергійний фактор і спадкова схильність. Пацієнти скаржаться на збільшення і свербіж губ, іноді набряклість переходить на інші відділи обличчя. Набряклість при цьому виді хейліта існує невизначено довго, іноді можливо спонтанне поліпшення самопочуття, але слідом за цим виникає рецидив. Колір губ і шкіри не змінений, хоча в місцях набряку шкіра лисніє і має синюшно-рожевий відтінок. Зазвичай уражається одна або обидві губи, щоки, повіки і інші відділи обличчя в області іннервації лицевого нерва. При цьому неврит лицевого нерва проявляється у вигляді перекошу обличчя в здорову сторону, а носогубна складка згладжується.

Оскільки не завжди виявляються всі три симптоми тріади, діагностика синдрому Мелькерсона - Розенталя може бути утруднена.

Гіповітамінозний хейліт розвивається при нестачі вітамінів групи В, особливо яскраво проявляється

	нестача вітаміну В2. Пацієнти скаржаться на печіння і сухість слизової рота, язика і губ. Під час огляду видно, що слизова злегка набрякла, почервоніла, а на червоній облямівці губ відзначається лущення і дрібні вертикальні тріщини на тлі сухої і почервонілої шкіри губ. Тріщини при гіповітамінозних хейлітах схильні до кровоточивості і болючості. Часто одночасно з розвитком хейліту відзначаються зміни і з боку язика - він збільшується в розмірах, на ньому стають помітні відбитки зубів.
Діагностика і лікування хейлітів	Діагноз ставиться стоматологом на підставі скарг пацієнта і клінічних проявів, в деяких випадках для диференціації хейліту від інших захворювань потрібно гістологічне дослідження тканин. У терапії ексфоліативного хейліту основним є вплив на психоемоційну сферу. Необхідна консультація невролога або психоневролога з подальшим призначенням заспокійливих препаратів і транквілізаторів. При необхідності проводиться корекція роботи залоз внутрішньої секреції. <i>Місцеве лікування ексфоліативного хейліту</i> полягає в лазеротерапії, лікуванні ультразвуком в поєднанні з гормональними препаратами, інколи вдаються до променевої терапії. Для усунення сухості губ використовують зволожуючі гігієнічні помади. Всім пацієнтам рекомендується пройти курс вітамінівотерапії; аутогемотрансфузія, УФОК і інші методи підвищення реактивності організму позитивно позначаються на перебігу хейліту. Кількох місяців комплексної терапії досить, щоб досягти повного лікування, клінічне поліпшення настає раніше. Лікування гландулярного хейліту полягає в застосуванні протизапальних мазей. Показані тетрациклінова, еритроміцинова і оксолінова мазі; мазі

	з глюкокортикостероїдами так само мають гарний ефектом. Радикальним методом лікування гландулярного хейліту є електрокоагуляція гіпертрофованих слинних залоз або ж їх вишування хірургічним шляхом, хороші результати спостерігаються при використанні лазерної абляції. Після лікування для попередження рецидивів гландулярного хейліту показані заходи щодо усунення сухості або мокнуття губ, санація вогнищ хронічної інфекції в порожнині рота і нормалізація мікрофлори порожнини рота. Пацієнти з гландулярним хейлітом деякий час після лікування повинні перебувати на диспансерному спостереженні для своєчасного попередження рецидивів. При лікуванні атопічного хейліту необхідно усунути дратівливі чинники. <i>Місцеве лікування</i> полягає в застосуванні мазей з протисвербіжною, протизапальною і протиалергічною дією. Зазвичай застосовують гормонівмістні мазі. Вживають антигістамінні препарати - клемастин, фексофенадин, лоратадин та інші. Під час лікування атопічного хейліту важливо дотримуватися гіпоалергенної дієти, виключивши з раціону сенсibiliзуючі організм продукти: суніця, червона риба та ікра, прянощі, цитрусові, гостра їжа і алкоголь. Лікування метеорологічного хейліту починається з припинення або мінімізації несприятливого впливу метеорологічних факторів. Місцева терапія передбачає використання гормональних мазей і захисних кремів з високим УФ-Фільтром. Пацієнтам з метеорологічним хейлітом рекомендований прийом вітамінів групи В, РР, С та інших вітамінокомплексів. Лікування макрохейліта вимагає корекції всіх симптомів тріади, для цього призначають іммунокорегуючу, десенсибілізуючу і
--	---

	протівірусну терапію. Показаний прийом антигістамінних препаратів в поєднанні з гормональними. Іммунокорегуюча терапія полягає в прийомі глюкозаминилмурамилдипептид, протівірусна терапія включає в себе прийом ацикловіру, бромнафтохінона та інших препаратів. Лазеротерапія в області губ і області неврити лицьового нерва позитивно позначається як на перебіг хейліту, так і на динаміку всієї тріади.. Для лікування невритів використовують фізіотерапію; хороший результат спостерігається від електрофорезу з гепаринової маззю, а так само від аплікації суміші гепаринової мазі з димексидом на область верхньої губи. Якщо виявляється підвищена чутливість до мікробних агентів, то до лікування хейліту підключають специфічну гіпосенсибілізуючу терапію. Якщо хейліт викликав значні косметичні дефекти, то застосовують лазерне видалення частини губи, проте даний метод не запобігає від рецидивів. При своєчасному лікуванні хейлітів і відсутності ознак малігнізації - прогноз сприятливий, тривалий перебіг хейліту, навпаки, збільшує ймовірність розвитку передракових і ракових захворювань.
--	---