



36

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТРАВМАТИЧЕСКИХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

39

СПОСОБ ПЛАСТИКА УГЛА РТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО
УДАЛЕНИЯ РЕЦИДИВА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

46

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КАРИЕСА
У ДЕТЕЙ НА ОСНОВЕ АЛГОРИТМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ

Азимов М.И., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С. Сравнительная оценка анатомо-функционального состояния мягкого неба и язычка после пластики врожденной расщелины неба	
В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ	
Алимов А.С., Шамсиев Ф.Х., Алимов А.А. Кучли ўқчиқ рефлeksi бор беморларга сифатли стоматологик ёрдам кўрсатиш муаммолари	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Ганиев А.А., Эгамбердиев С.К., Жилонов А.А. Комплексное лечение местнораспространенного рака гортаноглотки	
Алявия О.Т., Нишанова А.А., Гулямова С.П. Функциональная система, обеспечивающая процессы пищеварения в ротовой полости	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Бекжанова О.Е., Астанакулова М.М. Клинико-эпидемиологическая характеристика эксфолиативного хейлита	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Нишанов Ж.Х. Возможности использования современных методов оценки нутритивного статуса у больных с переломами челюсти	
Бобамуратова Д.Т., Боймуродов Ш.А., Гафуров З.А. Питание больных с переломом челюсти	
ЮБИЛЕИ	
Ташкилотчи, олим, педагог ва инсон Мухамедов Иламон Мухамедович 75 ёшда	
С. Рузуддинов, К.Д. Алтынбеков, М.К. Шаяхметова, Б.Ж.Нысанова, Э.И. Султанова, Н.С. Рузуддинов В.Ю. Курляндский — великий ученый, большой педагог, отличный клиницист. (к 110-летию со дня рождения)	
Йулдашханова Озодахон Сотивдиевна (70-летний юбилей)	

Azimov M.I., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S. Comparative evaluation of the anatomical and functional state of the soft palate and tongue after plasty of congenital cleft palate	50
TO AID OF PRACTITIONERS	
Alimov A.S., Shamsiev F.X., Alimov A.A. Problems with good dental care in patients with severe acne reflex.	52
PROBLEMS OF RELATED SPECIALITES	
Ganiev A.A., Egamberdiev S.K., Jilonov A.A. Complex treatment of locally advanced cancer of the laryngopharynx.	55
Alavie O. T., Nishanova A.A., Gulyamova S.P. Functional system that provides the processes of digestion in the oral cavity.	60
REVIEWS	
Bekjanova O.E., Astanakulova M.M. Clinic-epidemiological characteristics of exfoliative cheilitis.	64
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A. The possibility of using modern methods to assess the nutritional status of patients with jaw fractures. a review of the literature.	68
Bobamuratova D.T., Boimurodov Sh.A., Gafurov Z.A. Nutrition of patients with the jaw fractures. review of literature.	76
ANNIVERSARIES	
Organizer, scientist, pedagogue and human Mukhamedov Ilamon Mukhamedovich is 75 years old.	83
S. Razutdinov, K. D. Altynbekov, M. K. Shayakhmetova, B. J. Nysanova, E.I. Sultanova, N.S. Ruzutdinov V.Y. Kurl'yandsky — great scientist, supreme teacher, perfect Clinician (110th anniversary of birth).	84
Yuldashkhanova Ozodahon Sotivdievna (70th anniversary).	88

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА



**Бекжанова О.Е.,
Астанакулова М.М.**

Ташкентский государственный
стоматологический институт, **Узбекистан**

Annotation

The scientific review is devoted to the analysis of modern ideas about the clinical characteristics, classification, currents, symptoms and prevalence of the disease of the red border of the lips – exfoliativecheilitis. The development and detailing of clinical symptoms with varying severity and clinical form of exfoliativecheilitis is a prerequisite for the accurate diagnosis and evaluation of the clinical effectiveness of treatment.

Хулоса

Илмий мақола замонавий тасаввурларнинг таҳлиллари асосида лаб қизил хошияси касаллиги - эксфолиатив хейлитнинг клиник характеристикаси, таснифи, кечиши, симптомлари ҳамда тарқалишига қаратилган. Эксфолиатив хейлитнинг клиник симптомларининг турли огирлик даражасини ҳамда клиник шакллари баътафсил ўрганиб чиқиш таъхислаш ва даволашнинг клиник самарадорлигини баҳолашда асосий мезонни ҳисобланади.

Заболевания слизистой оболочки рта и губ имеют достаточно широкую распространённость среди населения. В настоящее время в научных публикациях имеются сведения о том, что ряд хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и красной каймы губ ККГ (ККГ) имеют тенденцию к омоложению и диагностируются у лиц в среднем и молодом возрасте [5, 9, 10, 48, 51].

Общепринятой классификации хейлитов нет, что можно объяснить многообразием их клинических проявлений, обусловленных особенностями строения губ, воздействием на них разных экзогенных и эндогенных факторов, а также недостаточно изученными этиологией и патогенезом.

Согласно МКБ-10, выделяют следующие болезни губ (К 13.0):

- 1) K13.00 – ангулярный хейлит, ангулярный хейлоз, трещина спайки губ (заеда);
- 2) K13.01 – хейлитгландулярный апостематозный;
- 3) K13.02 – хейлитэксфолиативный;
- 4) K13.08 – другие уточненные болезни губ;
- 5) K13.1 – прикусывание щеки и губ [20, 39].

Эксфолиативный хейлит (ЭХ) – хроническое заболевание, при котором поражается исключительно красная кайма губ, называется хейлитом. По клиническим характеристикам эксфолиативное поражение губ разделяют на экссудативную и сухую формы. Характерной чертой данной формы хейлита является поражение исключительно красной каймы губ. Патологический процесс никогда не переносится на слизистую оболочку губы, кожу, углы рта, также остается непораженным промежуток от элемента поражения и до красной каймы [3, 7, 19, 20, 22, 23, 39, 49, 50].

Сухая форма. Пациенты с данной формой предъявляют жалобы на незначительное жжение, а также сухость губ. Поверхность красной каймы сильно гиперемирована. Характерными элементами поражения при сухой форме являются чешуйки коричневого или серого цвета, иногда растущие в виде лент. Определяется шелушение поверхности губ, их сухость. Чешуйки часто отслаиваются и отпадают, на их месте определяется гиперемированная поверхность, но эрозии отсутствуют. Характерная локализация элементов поражения – красная кайма губ. Пациент может отмечать наличие вредной привычки откусывать свисающие чешуйки, на месте которых через несколько дней образуются новые. При отсутствии адекватной терапии сухая форма может преобразоваться в экссудативную [22, 23].

Экссудативная форма. Жалобы больных чаще всего связаны с сильной болезненностью, жжением и припухлостью пораженной губы, невозможностью сомкнуть губы, также пациент отмечает болезненные ощущения при приеме пищи. При внешнем осмотре сразу бросается в глаза, что рот больного полукруглый (в виду болезненного смыкания губ). Во

время объективного осмотра на красной кайме можно обнаружить характерные корки желтоватого или коричневого цвета. Иногда корки занимают достаточно большую поверхность губы, могут располагаться от угла и до угла рта. Характерной особенностью является расположение элементов поражения только на красной кайме губ. Если удалить корки, можно обнаружить блестящую гладкую поверхность, эрозий не наблюдается. Окружающие ткани незначительно воспалены [22, 23, 49].

Симптоматика. Стойкое шелушение внешней поверхности губ является одним из основных признаков этого расстройства. Наиболее часто поражение локализуется на нижней губе. Дополнительные симптомы этого заболевания могут включать: изъязвление губы, сухость, зудящее ощущение на пораженной губе, покалывание, обесцвечивание [22, 23].

Течение. Заболевание протекает длительно, может продолжаться годами и даже десятилетиями, особенной в сухой форме. Больные с экссудативной формой чаще обращаются за лечением, так как помимо косметического дефекта их беспокоит постоянная, достаточно сильная болезненность губ. Заболевание не склонно к самоизлечению или спонтанным ремиссиям, однако такие случаи возможны. Несмотря на устоявшееся мнение, что эксфолиативный хейлит встречается редко, клинические наблюдения свидетельствуют о том, что наблюдается большое количество больных сухой формой эксфолиативного хейлита, которые никогда по этому поводу не обращались к врачу т.к. заболевание их не беспокоит. Подобная abortивно текущая форма может трансформироваться в более выраженную сухую или экссудативную форму. Несмотря на длительное, хроническое течение заболевания, в настоящее время отсутствуют убедительные свидетельства возможности злокачественной трансформации экссудативного хейлита [22, 23, 27, 29, 32, 40].

Эпидемиология. В отечественной литературе содержится сравнительно мало данных относительно эпидемиологии заболеваний губ и эксфолиативного хейлита. В частности, Гажва С.И. и Дятел А.В. (2014), изучая распространенность заболеваний слизистой оболочки и красной каймы губ у населения Нижегородской области, отметили, что эксфолиативный хейлит встречался наиболее часто (в 31,58% случаев). При этом самая высокая распространённость заболеваний красной каймы губ наблюдается в возрасте от 45 до 64 лет и составляет 32,71%. В этой возрастной группе самым распространённым заболеванием слизистой оболочки красной каймы губ является эксфолиативный хейлит, причём это заболевание чаще встречается у женщин [5]. По данным Дятел А.В. (2015) частота эксфолиативного хейлита среди всех заболеваний красной каймы губ составляет 21,05 % [11].

Принято считать, что эксфолиативным хейлитом (ЭХ) чаще болеют женщины, преимущественно в воз-

расте от 10 до 40 лет, ЭХ встречается у молодых женщин и детей. Недавнее ретроспективное исследование среди диагностированных с 2000 по 2010 год показало соотношение женщин и мужчин 2:1 в случае эксфолиативного хейлита, [33].

При обследовании 1695 пациентов в возрасте от 16 до 80 лет (г. Полтава) частота хейлитов составила 3,2% [30]. По данным Дзугаевой И.И. и Умаровой К.В. (2014) частота хейлитов на приеме в типовой стоматологической поликлинике колеблется в пределах 10,76% – 10,83% [10].

При ретроспективных исследованиях 645 карточек жителей Волгограда и Волгоградской области, обратившихся с патологией слизистой оболочки полости рта в Стоматологическую поликлинику ВолГМУ в период с января 2014 по февраль 2016 г., частота эксфолиативного хейлита составила $0,93 \pm 0,40\%$ [30].

Как показало исследование, частота встречаемости хейлитов в структуре заболеваний СОР и ККГ имела тенденцию к росту в основном за счет увеличения числа пациентов с болезнями губ [12]. При обследовании студентов первого курса ГБОУ ВПО КУБГМУ частота эксфолиативного хейлита в общей структуре стоматологической патологии составила 2,28% [15].

Среди студентов различных ВУЗов г. Уфы хейлит диагностировался довольно часто и определялся у 63,4% обследуемых [1].

При обследовании 1398 студентов высших учебных заведений Уфы в возрасте от 16 до 22 лет заболевания губ диагностировалась у 23,8 % студентов. Хейлит диагностировался довольно часто и определялся у 13,4 % обследуемых. Преобладал преимущественно метеорологический хейлит 9,8 %, у 2,9 % студентов регистрировались хронические трещины губ и у 0,7 % студентов были зарегистрированы папилломы, ретенционные кисты, трещины углов рта [11].

Показано увеличение частоты хейлитов при соматической патологии [4, 14, 17, 19, 26, 36, 46]. Так, среди больных с болезнью Паркинсона распространенность хейлита достигает 26,8% [25].

В современных условиях существенно возрастает влияние заболевания губ и перiorальной кожи на эстетику лица. В связи с ухудшением экологической ситуации, ростом стрессовых состояний, а также приемом избыточного количества синтетических лекарственных препаратов и высокой частотой и агрессивным воздействием производственных вредностей наблюдается заметное увеличение числа таких пациентов [3, 6, 8, 18, 21, 35, 37].

Таким образом, анализ современной литературы свидетельствует о том, что нередки случаи выявления больных с активным процессом на слизистой губ. При этом большинство исследований касаются, как правило, частоты встречаемости эксфолиативного хейлита в общей структуре патологии слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, а также проявлениям эк-

сфолиативного хейлита во взаимосвязи с соматической патологией.

Хейлит оказывает существенное влияние на самочувствие и социальную активность больных, плохо поддается стандартным методам терапии, периоральные поражения способствуют формированию депрессии, дисморфофобии, неблагоприятно сказываются на успехах в учёбе, карьере и бизнесе, осложняют социальную адаптацию [1,16].

Наблюдается большое число больных со стёртыми формами хейлитов, которые протекают практически бессимптомно, что затрудняет своевременную и адекватную диагностику. В этой связи, одной из насущных задач современной клинической стоматологии является дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения основных заболеваний органов и тканей полости рта [15]. Разработка и детализация клинических симптомов при различной тяжести и клинической форме эксфолиативного хейлита является необходимым условием точной диагностики и оценки клинической эффективности лечения.

Список литературы

1. Аверьянов С.В., Ромейко И.В. Влияние хейлитов на качество жизни студентов. *Современные проблемы науки и образования*. 2015; 3: 222.
2. Антоньев А.А., Герасименко И.В. О профессиональных контактных хейлитах. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2006; 1: 56-60.
3. Асхаков М.С. Хейлиты: воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ. *Вестник молодого ученого*. 2015; 3: 37-42.
4. Багшиева Н.В., Ивацук Е.В., Федотова О.И. Ингаляционное кортико-стероиды как фактор риска поражения слизистых полости рта. *Справочник врача общей практики*. 2015; 8: 7-10.
5. Гажва С.И., Дятел А.В. Распространённость заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. *Наука, образование, общество: проблемы и перспективы развития: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции*. Тамбов: Издательство ТРОО «Бизнес-Наука-Общество». 2014:51-52.
6. Герасимова А.А. Распространённость основных стоматологических заболеваний у работников птицефабрик. *Прикладные методы диагностики и комплексное лечение в стоматологии: сборник научных тезисов межвузовской научно-практической конференции*. М.; Казань; 2014: 15-17.
7. Горбатова Л.Н. Физиологическая оценка состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей: Автореф.дис. ...д.м.н.Архангельск; 2006: 40.
8. Губанова Е.И., Максюкова С.А., Родина М.Ю. Чупряева Л.И. Казей Л. Влияние климатических условий на барьерные свойства красной каймы губ. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2010; 3: 22 -27.
9. Даурова Ф.Ю., Багдасарова И.В., Кожевникова Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта. - М.; 2016.
10. Дзугаева И.И., Умарова К.В. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике. *Российский стоматологический журнал*. 2014; 5: 50 -52.
11. Дятел А.В., Гажва С.И., Худошин С.В. Структура стоматологической заболеваемости слизистой оболочки полости рта и губ. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2015; 1: 166-166.
12. Дятел Л.П., Гажва С.Ц. Распространённость заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. *Фундаментальные исследования*. 2014; ЛИО (6): 1076-1080.
13. Егоров М.А., Мухамеджанова Л. Р., Грубер Н.М. Конституциональные особенности губ как прогностически значимый фактор при заболеваниях красной каймы. *Практическая медицина*. 2012. 64(8): С.55.
14. Егоров М.А., Мухамеджанова Л.Р., Фролова Л.Б. Красная кайма губ как индикатор системных заболеваний. *DENTALMAGAZINE*. 2014; 128(8): 88-90.
15. Занин С.А., Волобуев В.В., Сухинин А.А. Оценка стоматологического статуса студентов первого курса ГБОУ ВПО КУБГМУ Минздрав России. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2015; 3 (часть 4): 618-622.
16. Крихели Н.И., Брусенина Н.Д., Рыбалкина Е.А. Заболевания губ в эстетической стоматологии. *Российская стоматология*. 2012; 4: 57-64.
17. Кутин С.А. К вопросу о клинике и патогенезе эксфолиативного хейлита. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010; 2: 39-43.
18. Лесков А.С. Анализ стоматологической заболеваемости рабочих химического производства: Дис... канд. мед. наук. Н.Новгород; 2012: 55-57.
19. Лукиных Л.М., Казарина Л.Н. Хейлиты. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Нижний Новгород: Изд-во НГМА; 2010: 367 с.
20. Луцкая И.К. Заболевания губ – хейлиты. *Consilium Medicum. Дерматология*. 2016; 1(Прил.): 58–62.
21. Минякина Г.Ф., Герасимова А.А., Ибраева А.Д. Изучение распространенности заболеваний слизистой оболочки рта у рабочих производства терефталевой кислоты. *Вопросы теоретической и практической медицины: материалы 78-й Российской научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием*. Уфа; 2013: 54-59.
22. Пашков Б.М., Кутин С.А. Патогенез, клиника и морфология эксфолиативного хейлита. *Стоматология*. 2013; 4: 11-13.

23. Петрова Л.А. Дифференциальная диагностика хейлитов. *Врач*. 2007; 11: 12-14.
24. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Умарова К.В., Денисова М.А. Распространенность и структура заболеваний губ среди пациентов отделения заболеваний слизистой оболочки полости рта ФГБУ «ЦНИИ-СИЧЛХ» Минздрава России. *Клиническая стоматология*. 2015; 75 (3): 36-38.
25. Рувинская Г.Р., Залялова З.А. Особенности стоматологической курации больных с болезнью Паркинсона. *Российский стоматологический журнал*. 2012; 6: 30-32.
26. Сорокина А.А., Богомолов Б.П. Состояние слизистой оболочки и органов полости рта у больных гепатитом А. *Клиническая медицина*. 2013; 4: 53-56.
27. Терещенко А.В. Хейлиты: этиопатогенетические аспекты, клинические особенности течения. *Пластическая хирургия и косметология*. 2011; №2: 285-292.
28. Умарова К.В., Денисова М.А. Распространенность эксфолиативного хейлита среди пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ. *Научно-практический журнал Института Стоматологии*. 2015; 69 (4): 94-95.
29. Фирсова И.В., Михальченко В.Ф., Попова А.Н., Чаплиева Е.М. Хейлиты. *Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика*; Волгоград; 2013.
30. Чижикова Т.С., Дмитриенко С.В., Климова Н.Н. Распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ среди студентов г. Волгограда. *Волгоградский государственный медицинский университет*; Волгоград; 2011; 6: 108-110.
31. Чудинова Т.А., Вакилова А.Л., Шайдуллина З.Ш., Иванова Т.А., Галеева Р.Р. Распространенность хейлита у детей с зубочелюстными аномалиями на различных этапах формирования прикуса. *Актуальные вопросы современной стоматологии: Материалы республиканской конференции стоматологов*. Уфа; 2012: 287-288.
32. Ai M. A case study in treating pediatric chronic cheilitis. *Chang Chun Da Xue Xue Bao*. 2011; 21 (10): 60-61.
33. Almazroo S.A., Woo S.B., Mawardi H., Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. *Oral Surg. Oral*
34. Aydin A., Gokoglu O., Ozcurumez G., Aydin H. Factitious cheilitis: a case report. *J. Med Case Rep*. 2008; 2: 29.
35. Chi A.C., Nevill B., Krayner J.W., Gonsalves W.C. Oral manifestations of systemic disease. *Med. Oral Pathol. Oral Radiol*. 2013; 116(6): e485-9. 10.1016/j.oooo.2013.08.016
36. Ashton Acton. *Stomatitis: New Insights for the Healthcare Professional*; 2013; Edition: Scholarly Brief. Scholarly Editions. ISBN 9781481662260.
37. *American family physician*. 2010; 82 (11): 1381-1388. PMID 21121523e.
38. Connolly M., Kennedy C. Exfoliative cheilitis: successfully treated with topical tacrolimus. *Br.J.Dermatol*; 2014; 151(1): 241-242. 10.1111/j.1365-2133.2004.06043.x
39. Cueto A., Martinez R., Niklander S., Deichler J., Barraza A., Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. *Gerodontology*. 2013; 30 (3): 201-206.
40. Daley T.D., Gupta A.K. Exfoliative cheilitis. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2015; 24(4): 177-179. PMID 7540205. doi:10.1111/j.160010.1111/j.16000714.1995.tb01161.x
41. Duan J., Li Q., Q Bai S. Zhang Advancement in clinical research on exfoliative cheilitis. *Yi Yao Qian Yan*; 2012; 2 (1): 346.
42. Gagari E. Cheilitis and Oral Disease. *European Handbook of Dermatological Treatments*. Springer Berlin Heidelberg; 2015: 133-141.
43. Gonzalez-Losa M.R., Herrera-Pech V., Conde-Ferráz L. Epidemiology of oral HPV in the oral mucosa in women without signs of oral disease from Yucatan, Mexico. *Brazil. J. Microbiol*. 2015; 46 (1): 301-306.
44. Gupta S., Pande S., Borkar M. Exfoliative cheilitis due to habitual lip biting and excellent response to methotrexate. *Home*. 2012; 2 (1).
45. Leyland L., Field E.A. Case report: exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. *Dental Update*; 2014; 31(9): 524-526.
46. Mani S.A., Shareef B.T. Exfoliative cheilitis: report of a case. *J Can Dent Assoc*. 2007. 73(7): 629-632.
47. Nayaf M.S. Exfoliative Cheilitis a male patient – a case report. *Our Dermatol Online*. 2015; 6(1): 39-42.
48. Nurhasanah S.H., Palmasari A., Setyaningtyas D., Sujati, Setyawati O. Recurrent of Aphthous Stomatitis (RAS) and exfoliative cheilitis in elderly psoriasis sufferer. *Journal of Dentomaxillofacial Science*. 2016; 1(1): 63-66. DOI:10.15562/jdmfs.v1i1.29
49. Ornelas J., Rosamilia L., Larsen L., Foolad N, Wang Q. Objective Assessment of Isotretinoin-Associated Cheilitis: Isotretinoin Cheilitis Grading Scale. *J.Dermatolog Treat*. 2016; 27(2): 153-155.
50. Samimi M. Cheilitis: Diagnosis and treatment. *Presse Med*. 2016; 45(2): 240-250.
51. Sun K., Liu L. Treatment of exfoliative cheilitis with Traditional Chinese Medicine: a systematic review. *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 2017; 37 (2): 147-158.
52. Taniguchi S., Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. *Dermatology*. 2012; 63 (2): 253-255.