

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Дагестанский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения России

На правах рукописи

**Штанчаева Мухлисат Магомеднажибовна**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ  
КЛИМАТОГЕОГРАФИЧЕСКИХ ЗОНАХ**

3.1.7. – стоматология (медицинские науки)

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук  
**Ашуев Ж.А.**

Москва 2024

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1.ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	12
1.1. Анатомические особенности верхней и нижней губы.....	12
1.2. Функциональная ценность верхней и нижней губ.....	13
1.3. Классификация хейлитов.....	14
1.4. Этиологические факторы воспалительных заболеваний красной каймы губ.....	17
1.5. Распространенность воспалительных болезней красной каймы губ в различных климатогеографических регионах РФ.....	21
1.6. Клинические проявления и диагностика у пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ.....	24
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
2.1. Климатогеографические и экологические особенности Республики Дагестан.....	34
2.2. Дизайн исследования.....	35
2.3. Характеристика клинического материала.....	36
2.4. Оценка стоматологического статуса пациентов.....	37
2.5. Оценка соматического статуса пациентов.....	40
2.6. Инструментальные методы обследования.....	41
2.7. Методы статистической обработки полученных данных.....	41
ГЛАВА 3.РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.....	42
3.1. Воспалительные болезни губ в различных климатогеографических зонах республики Дагестан с учетом возраста и пола.....	45
3.2. Сравнительный анализ заболеваемости различными видами воспалительных болезней губ в зависимости от климатогеографических зон.....	52
3.3. Сравнительный анализ стоматологического статуса у пациентов с воспалительными болезнями губ.....	67

3.4. Сравнительный анализ соматического статуса пациентов с воспалительными болезнями губ.....	75
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	97
ВЫВОДЫ.....	111
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	113
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	115
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	116
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	130

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Болезни красной каймы губ в настоящее время являются важной проблемой современной стоматологии, поэтому данная патология представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему [6]. Также играют роль изменение образа жизни, условий труда и социально - бытовых условий, использование большого количества продуктов питания, содержащих ГМО, применение БАДов и новых синтетических лекарственных препаратов [13]. Не менее важен социальный аспект проблемы, так довольно часто встречаются отрицательные психоэмоциональные и депрессивные состояния, иммунодепрессии, особенно на фоне недовольства внешностью, в частности, среди молодёжи [106].

Распространённость отдельных видов хейлитов среди различных групп населения колеблется в широких пределах: от 6,8% до 25,0% [24, 34]. Заболеваемость хейлитами встречается от 6 до 15 человек на 10 тыс. населения [25]. При изучении структуры болезней красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы, при анализе обращений 1971 пациента, у 165 (8,37%) человек были диагностированы болезни губ (K13.0) [22]. Результаты проведённого исследования свидетельствуют о высокой распространённости поражений красной каймы губ у взрослого населения, структура которых определяется не только возрастом, но и половыми признаками [15, 53; 64].

Распространенность среди взрослого населения воспалительных болезней красной каймы губ достаточно высока. Например, эпидемиологическое стоматологическое обследование взрослого населения Нижегородской области с атопическими дерматитами показало высокую распространённость заболеваний красной каймы губ (38%), среди которых в 10,57% случаев наблюдается атопический хейлит, преимущественно у женщин (54,05%) в возрасте от 20 до 44

лет [24]. У женщин пожилого возраста часто диагностировались ангулярные хейлиты – 7,8% случаев, метеорологический хейлит – 5,2% случаев, хроническая трещина губы – 2,6% случаев. У мужчин старческого возраста часто были диагностированы метеорологический хейлит – 6,4% случаев и ангулярные хейлиты – 9,6% случаев. У женщин старческого возраста чаще всего были выявлены ангулярные хейлиты – 9,0% случаев [59]. Распространенность хейлитов мало освещена в литературе, носит противоречивый характер, и касаются, в основном, статистики у детей.

В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения [39].

Понимая, что на воспалительные болезни красной каймы губ влияют экзо- и эндогенные факторы риска, возникла необходимость изучить в уникальных условиях местности Республики Дагестан эпидемиологию воспалительных болезней красной каймы губ и зависимость их от стоматологического и соматического статуса у взрослого населения.

### **Степень разработанности темы исследования**

Распространённость болезней красной каймы губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [8, 9, 20, 37, 110]. Была выявлена достаточно высокая распространённость заболеваний красной каймы губ у городских жителей, которая составила - 13,70%, у сельских жителей - 22,49%. Среди сельских жителей, работа которых связана с влиянием неблагоприятных метеорологических факторов (холода, ветра, влажности), часто встречается метеорологический хейлит (14,87%) и хронические трещины красной каймы губ (6,47%). Для городского населения характерна высокая

распространённость эксфолиативного хейлита - 5,46% [38]. Эффективным методом исследования распространённости стоматологической заболеваемости среди населения, по данным ВОЗ является эпидемиологическое обследование, поэтому эта проблема в отношении воспалительной патологии красной каймы губ является актуальной и для Республики Дагестан. Население Республики Дагестан живет в различных климатогеографических зонах, в частности горной, предгорной и в равнинной местности, а экзо- и эндогенные факторы влияют на состояние здоровья, в частности такое состояние проявляется в виде болезни красной каймы губ [1].

Резюмируя вышеизложенное и понимая, что исследования по распространённости воспалительных болезней губ ранее в Республике Дагестан не проводились, возникла необходимость о проведении научной работы.

### **Цель исследования**

Выявить распространённость и оценить клинико-эпидемиологические данные по воспалительным болезням красной каймы губ у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

### **Задачи исследования**

1. Изучить распространённость и структуру воспалительных болезней красной каймы губ у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

2. Оценить особенности распространения различных видов воспалительных заболеваний красной каймы губ в зависимости от возраста и пола у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

3. Изучить стоматологический статус у пациентов хейлитами и оценить его влияние на развитие заболеваемости губ в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

4. Провести сравнительный анализ распространенности воспалительных болезней красной каймы губ в зависимости от соматической патологии у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

### **Новизна исследования**

Впервые полученные данные позволили выявить климатогеографические зоны с высоким риском поражения воспалительными заболеваниями красной каймы губу взрослого населения Республики Дагестан.

Впервые изучено соотношение различных нозологических форм воспалительных заболеваний красной каймы губ у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Впервые выявлено распространение различных видов воспалительных заболеваний красной каймы губ в зависимости от возрастных периодов и половых признаков у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Впервые изучен стоматологический и соматический статус у пациентов с воспалительными болезнями губ и его влияние на развитие заболеваемости красной каймы губ в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

### **Теоритическая и практическая значимость работы**

Результаты исследования позволили выявить климатогеографические зоны Республики Дагестан с высоким риском поражения населения воспалительными болезнями красной каймы губ.

Полученные данные о распространенности и интенсивности воспалительных заболеваний красной каймы губ позволят более объективно и целенаправленно оценивать состояние стоматологического здоровья населения и планировать объемы лечебной и профилактической работы стоматологических учреждений Республики Дагестан.

Установленная взаимосвязь соматического статуса и его влияние на развитие воспалительных заболеваний красной каймы губ, будет способствовать повышению качества оказываемой лечебной помощи населению Республики Дагестан.

Результаты исследования внедрены в Республиканскую стоматологическую поликлинику имени М.Максудова, что позволит своевременно выявлять воспалительные болезни красной каймы губ и способствовать совершенствованию организации стоматологической помощи населению.

### **Методология и методы исследования**

Методология выполнено с учетом цели и задач, выбран методический подход оценки уровня распространенности воспалительных заболеваний красной каймы губ у взрослого населения Республики Дагестан. Проведено эпидемиологическое обследование в различных климатогеографических зонах.

На территории Республики Дагестан следующие климатогеографические зоны: равнинная, предгорная и горная, имеющие не только экологические, но и геохимические особенности. Накопленные на сегодняшний день факты свидетельствуют о том, что геохимические аномалии географической среды (химический состав воды, почвы воздуха и т.д.) влияют на уровень различной, в том числе и стоматологической заболеваемости. Учитывая вышеизложенное, нами была изучена распространенность воспалительных заболеваний красной каймы губ пациентов, проживающих в трех климатогеографических зонах.



Обследованы пациенты в возрасте от 18 до 90 лет. В ходе исследования использованы общеклинические и дополнительные методы обследования: визуальный осмотр с использованием стоматологического зеркала.

Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corporation) и пакета программ Statistica 6.0 (Stat SoftInc).

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Распространенность воспалительных болезней красной каймы губ у взрослого населения Республики Дагестан неравномерна и зависит от условий проживания и качества лечебно-профилактической помощи в различных климатогеографических зонах.

2. Проявление воспалительных болезней красной каймы губ у взрослого населения зависит от возрастных периодов и пола в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

3. На течение воспалительных болезней красной каймы губ взрослого населения в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан, оказывают влияние стоматологический и соматический статус.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность полученных результатов определяется репрезентативными и достаточными объемами выборки (обследовано 2106 пациентов с хейлитами, разделенных на 3 группы), наличием групп сравнения, адекватными методами клинического исследования и статистической обработкой полученных данных.

Основные материалы работы доложены на учебно-методической конференции кафедры стоматологии ФПК и ППС Дагестанского государственного медицинского университета (Махачкала, 2022); на расширенном заседании кафедры стоматологии ФПК и ППС стоматологического

факультета Дагестанского государственного медицинского университета 12 декабря 2022 года, на Международной научно – практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Рязань, 2022); XLVI Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы стоматологии» (Москва, 2022).

Адаптированную при выполнении данной работы карту пациента с воспалительной патологией красной каймы губ использовали для сравнительной оценки различных нозологических форм хейлитов, а также стоматологического и соматического статуса взрослых и внедрили научно-исследовательскую работу на кафедре стоматологии ФПК и ППС Дагестанского государственного медицинского университета.

Апробация диссертации проведена на совместном заседании сотрудников кафедр ортопедической, терапевтической, хирургической и детской стоматологии, кафедра стоматологии факультет повышение квалификации (ФПК) и профессиональной переподготовке специалистов (ППС) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России 12.12. 2022 г.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Полученные данные внедрены в практику кафедры стоматологии факультет повышение квалификации (ФПК) и профессиональной переподготовки специалистов (ППС) ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### **Личный вклад автора в выполнении исследования**

Автором было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 2106 пациентов с различной воспалительной патологией красной каймы губ. Автор самостоятельно проводила клинические методы обследования, адаптировала

индивидуальные карты пациентов при различных формах этой болезни и сопоставляла эти данные с оценкой стоматологического и соматического статуса пациентов в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан. Кроме того, проводила сравнительный анализ всех впервые выявленных случаев заболеваний, а также обработку представленных в работе результатов со статистической выборкой, подготовила текст работы и иллюстративную часть исследования.

### **Объем и структура работы**

Диссертационная работа изложена на 131 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, результатах собственных исследований, а также обсуждения результатов исследования, выводов, практических рекомендаций, приложений и списка литературы. Работа содержит 24 таблицы и 7 рисунков. В библиографическом указателе 126 литературных источников, в том числе 64 отечественных и 62 зарубежных.

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 4 печатные работы, в журналах рекомендованных ВАК РФ.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

### 1.1. Анатомические особенности верхней и нижней губы

Верхняя и нижняя губы (*labium superius et inferius*) представляют собой две мягкие складки, покрытые снаружи кожей, изнутри — слизистой оболочкой. Они являются передней стенкой преддверия рта, при этом обе губы, смыкаясь, образуют красную кайму. Верхняя губа на свободном крае красной каймы имеет срединный бугорок. От бугорка по средней линии вверх идет, слегка суживаясь к перегородке носа, плоский желобок. Этот желобок носит название фильтра (*filtrum*). Линия перехода красной каймы в кожу идет в виде вогнутой книзу дуги от одного угла рта к другому; эта дуга носит название «лук Купидона», далее на свободном крае нижней губы линия перехода красной каймы в кожу имеет форму дуги, при этом свободный край нижней губы всегда несколько отвернут книзу [16].

Красная кайма губ (ККГ) является анатомической особенностью кожных покровов головы, поскольку только на лице они соприкасаются со слизистой оболочкой рта через эту переходную ткань. Красная кайма является переходной зоной от кожи наружной поверхности губы к вестибулярной поверхности, имеющей обычное строение слизистой оболочки. Покровные ткани губ представлены кожей, красной каймой и слизистой оболочкой. В состав сформированной кожи входят эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка. В состав слизистой оболочки — многослойный плоский эпителий, соединительнотканная строма и подслизистый слой. Красная кайма имеет переходное строение от кожи к слизистой оболочке и образована четырьмя слоями эпителия: базальным, шиповидным, кератогиалиновым и элеидиновым, отсутствует наружный, кератиновый слой.

В то же время красная кайма защищена от внешних воздействий и предохранена от высыпания выраженным слоем элеидина, отсутствующим полностью в слизистой оболочке [27]. Многослойный плоский эпителий красной

каймы губ проявляет тенденцию к ороговению, в нем хорошо выражен зернистый слой. Собственный слой слизистой оболочки губ образует многочисленные выступы, которые глубоко внедряются в эпителий. Непосредственно на поверхности эпителия открываются выводные протоки слюнных желез. На внутренней поверхности губы эпителиальный слой более тонкий, соединительнотканые сосочки собственно слизистой оболочки менее выражены. В подслизистом слое обнаруживаются редуцированные слюнные железы. К подслизистому слою примыкают пучки мышечных волокон [11]. Мимические мышцы, заложенные в толще губ, иннервируются лицевым нервом. Чувствительная иннервация губ осуществляется от второй ветви тройничного нерва (верхняя губа) и от третьей ветви тройничного нерва (нижняя губа). Кроме того, в иннервации губ принимают участие волокна, отходящие от верхнего шейного узла пограничного симпатического ствола [33].

## **1.2. Функциональная ценность верхней и нижней губы**

Основная функция губ — барьерная, играющая роль органов и тканей рта от различных факторов внешней и внутренней среды. ККГ, находящаяся под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов, часто является местом проявления не только местных и общесоматических, но и инфекционных и аллергических заболеваний [26, 42]. Поэтому, несмотря на небольшой объем этого органа, в настоящее время известно большое количество синдромов и нозологических форм его поражения [45, 56, 60]. Губы в силу их анатомического расположения подвергаются сильному воздействию различных неблагоприятных факторов: ультрафиолетовому излучению, меняющимся погодным условиям, некачественной едой, злоупотреблением спиртным и курением, которые могут привести к значительному увеличению заболеваемости губ и, в редких случаях, к летальному исходу [68, 110].

Патология губ неблагоприятно сказывается на карьере человека, успехах в учебе, установлении контактов со сверстниками, коллегами, членами семьи. У школьников, студентов, юношей, с воспалительными заболеваниями красной

каймы губ патологией, часто развивается комплекс неполноценности. Эти пациенты, особенно в периоды обострения заболевания, замыкаются в себе, становятся раздражительными, упорно отказываются посещать школу, вуз, праздничные мероприятия, стараются прикрывать губы ладонью, закусывать пораженный участок губ и т.д. [10, 36].

### 1.3. Классификация хейлитов

Систематизацию воспалительных заболеваний губ предпринимали неоднократно как отечественные, так и зарубежные ученые. Однако не существует общепринятой классификации этих заболеваний, так как многообразие клинических проявлений, особенности строения губ, воздействие различных экзогенных и эндогенных факторов, способствовали появлению нескольких классификаций, как в России, так и за рубежом [21].

Одна из первых классификаций хейлитов была предложена в нашей стране Б.М. Пашковым (1962):

1. Экзематозный хейлит (*chelitiseczematosis*):
  - а) хейлит, вызванный себорейной экземой,
  - б) эксфолиативный хейлит (*chelitisexfoliativa*) Микулича – Кюмеля,
  - в) микробный хейлит,
  - г) микотический хейлит,
  - д) хейлит, вызванный химическими веществами,
  - е) хейлит, вызванный недостатком витаминов.
2. Актинический хейлит (*chelitisactinicus*).
3. Абразивный преанцерозный хейлит Манганотти (*chelitisabrazivapraecanceroza Manganotti*).
4. Гландулярный хейлит (*chelitisglandularis*):
  - а) простой glandулярный хейлит,
  - б) поверхностный гнойный хейлит,
  - в) глубокий гнойный хейлит Фолькмана.

А.Л. Машкиллейсон и др. (1986) разделили хейлиты для структурирования заболеваний, для удобства клинических исследований на две группы: собственно, хейлиты и симптоматические хейлиты.

1. Собственно хейлиты:

- а) эксфолиативный,
- б) glandулярный,
- в) контактный (простой и аллергический),
- г) метеорологический,
- д) актинический.

Симптоматические хейлиты:

- а) атопический,
- б) экзематозный,
- в) плазмноклеточный,
- г) макрохейлит (симптом при синдроме Мелькерссона-Розенталя),
- д) хейлит при ихтиозе,
- е) гиповитаминозный хейлит [47].

Другие авторы подразделяют хейлиты на угловой, контактный, эксфолиативный, актинический, железистый, гранулематозный, плазмноклеточный и др. [65, 70, 78]. На практике трудно определить точный тип хейлита, поэтому необходимы надлежащие диагностические процедуры для определения точного заболевания на основе его характеристик. Например, угловой хейлит может возникать спонтанно или может быть связан с несколькими провоцирующими факторами (например, системное подавление иммунитета, местное раздражение и влажность, грибковая и бактериальная инфекция). Контактный хейлит может быть связан с воздействием раздражителей (климатических, механических, едких агентов) или аллергенов (аллергический контактный хейлит) [116]. Некоторые виды хейлита являются длительно текущими и трудно поддающимися лечению, например, хронический актинический, гранулематозный и плазмноклеточный хейлиты [97].

Кроме того, хейлиты могут наблюдаться при различных внутренних болезнях, как кожных или системных заболеваниях, таких как красная волчанка, красный плоский лишай, атопический дерматит и др. Хейлит может быть связан с многочисленными состояниями или заболеваниями, например, недостаточностью питания, мегалобластной анемией (из-за дефицита витамина В12), анемией из-за дефицита железа, кандидозом полости рта, диабетом [66, 116, 124]. Кроме того, хейлит часто делится на отдельные подтипы, четкая классификация которых еще не принята. Принимая во внимание его продолжительность, некоторые авторы различают острый или хронический хейлит, при этом четкие критерии не определены [70].

L. Lugović-Mihčić (2018) рекомендует разделить хейлиты на три основные группы с конкретными подтипами: обратимый, необратимый и хейлит, связанный с кожными и системными заболеваниями [97]. Кроме того, для лечения пациентов с хейлитом требуется междисциплинарный подход (стоматолог, ЛОР-врач, гастроэнтеролог, онколог и др.), что затрудняет принятие единой системы классификации.

В мае 1990 г. на третьей сессии ассамблеи Всемирной организации здравоохранения, принята международная классификация болезней (МКБ- 10), которая несколько раз пересматривалась, последний раз в 2014 году.

#### K13.0 Болезни губ (Хейлиты):

- K13.00 ангулярный хейлит (син. заеда, ангулит, ангулярный стоматит, хейлоз),
- K13.01 хейлит glandулярный апостематозный,
- K13.02 хейлит эксфолиативный,
- K13.03 хейлит БДУ (без дополнительных уточнений),
- K13.04 хейлодиния,
- K13.08 другие уточненные болезни губ,
- K13.09 болезнь губ неуточненная,
- K13.1 – прикусывание щеки и губ.



Классификация болезней губ (хейлитов) приведена в соответствии с перечнем МКБ-10 (2014) и не включает в себя ряд терминов, употребляемых в тех или иных клинических сообществах:

- метеорологический и актинический хейлиты - относятся в основном к эксфолиативному хейлиту (крайне редко - к glandулярному), хотя многие авторы относят к предраку ККГ, это зависит от результатов гистологии;

- аллергический (экзематозный, контактный аллергический, атопический) хейлит относится МКБ-10 к вариантам атопического и иного дерматита (блок рубрик "Дерматит и экзема" - L20-L30);

- катаральный хейлит представляет собой описание превалирующего вида воспалительной реакции;

- лимфоэдематозный макрохейлит относится к рубрике "Другие неинфекционные болезни лимфатических сосудов и лимфатических узлов" - I89;

- гранулематозный макрохейлит находится в составе синдрома Мелькерссона-Розенталя и кодируется в других рубриках (например, "синдром Россолимо-Мелькерссона" - G51.2). Некоторые состояния в данной подрубрике кодируются согласно спецификации Международной Лиги дерматологических обществ (ILDS), дополняющей и детализирующей МКБ-10. Например, плазмоцитарный хейлит, который, по сути, является плазмоцитарным гингивитом с поражением губ.

#### **1.4. Этиологические факторы воспалительных заболеваний красной каймы губ**

Неблагоприятное влияние на состояние слизистой оболочки полости рта и губ оказывает ряд внутренних и внешних факторов. Распространённость болезней красной каймы губ в значительной мере зависит от пола, возраста, образа жизни, характера питания, условий труда, климатогеографических условий и экологических факторов [8, 9, 20, 37, 110]. Также играют роль изменение образа жизни, условий труда и социально - бытовых условий, а также использование большого количества продуктов питания, содержащих ГМО, применение БАДов

и новых синтетических лекарственных препаратов [15]. Частое облизывание губ вызывает сухость и раздражение, в результате чего слизистая оболочка красной каймы губ отслаивается и трескается. Некоторые авторы используют другое название для обозначения подтипа схожей категории: хейлит с облизыванием губ, связанный с привычкой облизывать губы или частое втягивание губы (особенно у детей с атопическим дерматитом) [66, 94]. Такое облизывание перемещает маслянистую пленку, которая защищает губы от потери влаги, что приводит к растрескиванию губ. На поражение губ также влияет слюна, пищеварительные ферменты, которые могут раздражать губы, поглощая влагу и вызывая испарение. Некоторые дети имеют привычку сосать и кусать нижнюю губу, в результате чего может возникнуть резко ограниченная периоральная эритема. Дифференциальная диагностика включает контактный хейлит, атопический хейлит, актинический хейлит и т.д. [70, 82]. Не менее важен социальный аспект проблемы, так довольно часто встречаются отрицательные психоэмоциональные и депрессивные состояния, иммунодепрессии, особенно на фоне недовольства внешностью, в частности среди молодёжи [106]. Стандарты красоты активно навязываются через средства массовой информации, влияя на сознание людей, при этом использование инъекционных препаратов, особенно на основе гиалуроновой кислоты, стало золотым стандартом коррекции внешности, особенно при моделировании губ [32, 33]. В большинстве случаев инъекции проводят, не учитывая существующие у пациентов заболевания красной каймы губ. Таким образом, эти отрицательные факторы способствует росту частоты заболеваний красной каймы губ, многообразию их клинических форм и проявлений, сходству и изменчивости их клинической картины [36]. Распространенность заболеваний красной каймы губ среди взрослого населения в литературе практически освещены мало и носят противоречивый характер, чаще проводят эти исследования в основном у детей [27, 29, 55, 57].

Распространённость отдельных видов воспалительных болезней красной каймы губ среди различных групп населения колеблется в широких пределах: от 6,8% до 25,0% [24, 34]. Заболеваемость хейлитами встречается от 6 до 15 человек

на 10 тыс. населения [25]. При изучении структуры заболеваний ККГ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы при анализе обращений 1971 больного, у 165 (8,37%) диагностировали болезни губ (K13.0) [22]. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой распространённости поражений красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области, структура которых определяется не только возрастом, но и половыми признаками. При обследовании 700 человек в возрасте 21–74 лет, у 266 (38%) были выявлены болезни ККГ, у 120 женщин (45,02%) и у 146 мужчин (54,98%) соответственно. Самая высокая распространённость заболеваний ККГ наблюдается в возрасте от 45 до 64 лет и составляет 32,71%, причем, только 4,29% пациентов обращались с жалобами на эту патологию [15].

***Ангулярный хейлит (K13.00)*** (син. заеда, ангулит, ангулярный стоматит), выявляется чаще всего на третьем, пятом и шестом десятилетии жизни и на его долю приходится от 0,7% до 3,8% всех болезней у взрослых и от 0,2% до 15,1% поражений ККГ у детей. При обследовании 700 человек в возрасте 21–74 лет взрослого населения Нижегородской области, у 5,26% был выявлен ангулярный хейлит [15].

#### ***Гландулярный апостематозный хейлит (K13.01)***

Гландулярным апостематозным хейлитом чаще болеют мужчины, преимущественно 40-70 лет, что не исключает развитие заболевания у женщин, детей и мужчин более молодого возраста. Патология считается редкой и зарегистрирована в основном у светлокожих пациентов. При обследовании 700 человек в возрасте 21–74 лет взрослого населения Нижегородской области, у 21,05% был выявлен glandularный хейлит [15].

#### ***Эксфолиативный хейлит (K13.02)***

Эксфолиативным хейлитом чаще болеют женщины в возрасте 20-40 лет. Считается самым распространённым заболеванием, как у женщин, так и у мужчин данной возрастной группы, наиболее часто выявлен у взрослого населения

Нижегородской области, при обследовании в этой области 700 человек в возрасте 21–74 лет, это заболевание выявлено у 31,58% пациентов [15].

*Другие уточненные болезни губ* (K13.08) (к ним относят хроническую трещину губы). При обследовании 700 человек в возрасте 21–74 лет взрослого населения Нижегородской области у 6,02% была выявлена хроническая трещина губы [15].

*Прикусывание щеки и губ* (K13.1). При изучении структуры заболеваний ККГ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике г. Москвы при анализе обращений 1971 пациентов выявлено 20 (1,01%) человек у которых диагностировали прикусывание щеки и губ [22]. При обследовании 10 030 детей и подростков в возрасте от 2 до 17 лет у 914 (10,97%) выявлена патология органов и тканей рта. Заболевания чаще встречались у мальчиков (11,76%), чем у девочек (8,67%). Наиболее частым местом поражения была красная кайма губ у 30,7% пациентов от общего количества обследованных детей. Одним из поражений было прикусывание губы / щеки (1,89%) [121].

*Актинический хейлит (АХ)* – это предраковое необратимое заболевание, которое часто поражает красную кайму нижней губы, так в исследовании, проведенном в Индии, было зарегистрировано 10 случаев (4,9%) актинического хейлита [110]. В Бразилии распространенность поражений АХ составила 9,16% и была значительно выше среди людей, которые подвергались воздействию солнца более 10 лет, чем среди тех, кто подвергался воздействию менее 10 лет, больше страдали этим недугом европейцы и мужчины, меньше не европейцы и женщины. Поэтому был сделан вывод, что тяжесть поражений была связана с длительностью пребывания на солнце [102]. В другом исследовании, проведенном также в Бразилии этот показатель значительно выше, и достигает 15,5%. Среди пациентов с АХ преобладали мужчины (86%), в возрасте 37 лет и старше (61,4%), обычно светлокожие (52,6%). Они часто работали на солнце (84,2%), работали обычно до 6 часов в день (57,9%), пять или более раз в неделю (52,6%) и более 8 лет (54,4%). Фотозащиту использовали 89,5%, включая солнцезащитный крем

(42,0%), средство для защиты губ (17,5%) и ношение шляпы (87,7%). Обследованные пациенты приблизительно в 30% курили и 29,8% употребляли алкоголь, большинство из них (91,2%) ели здоровую пищу пять или более раз в неделю [81]. Другое исследование в Бразилии показало еще большую распространенность АХ, которая составила 16,7%. Заболевание чаще встречалось у мужчин, обычно у фермеров со светлой кожей, возрастом старше 50 лет, находившимся на солнце ежедневно и среди курильщиков / бывших курильщиков [100].

*Метеорологический хейлит.* При обследовании 700 человек в возрасте 21–74 лет взрослого населения Нижегородской области, у 23,68% пациентов выявлен метеорологический хейлит [15]. Метеорологические хейлиты весьма часто встречаются у военнослужащих — от 6,9 до 8,5% наблюдений по сравнению с 1,1% у гражданского населения [6].

### **1.5. Распространенность воспалительных болезней красной каймы губ различных климатогеографических регионах РФ**

В северных регионах нашей страны заболеваемость хейлитами и трещинами губ значительно выше, чем в других областях, что позволяет обозначить их как краевую патологию. А.И. Рыбаков и др. (1981) обратили внимание на эту патологию за счёт высокой ее распространённости среди коренных жителей Крайнего Севера достигая 56%, в то же время у приезжих она встречалась реже (38%) [53]. Ю.С. Гусев и др. (1990) по результатам эпидемиологического обследования жителей Тюменского Севера отмечают высокую распространённость метеорологического хейлита у приезжих лиц в этом регионе (33,07%), по сравнению с коренными жителями того же возраста (20,1%) [19]. Эпидемиологическое стоматологическое обследование взрослого населения Нижегородской области с атопическими дерматитами показало высокую распространённость заболеваний красной каймы губ (38%), среди которых в 10,57% случаев наблюдается атопический хейлит, преимущественно у женщин (54,05%) в возрасте от 20 до 44 лет [24]. Метеорологические хейлиты являются

своеобразным симптомом, характеризующим ряд неблагоприятных факторов окружающей среды. В частности, к ним относятся низкие температуры, а также их резкие перепады и, главным образом, сильные ветра. Именно эти факторы характерны для региона г. Сургута, по всем своим основным показателям относящегося к северным промышленным территориям» [3]. В.Н. Кулыгиной (2003) в своих исследованиях была выявлена достаточно высокая распространённость заболеваний красной каймы губ у городских жителей, которая составила - 13,7%, у сельских жителей - 22,49%. Среди сельского населения, работа которых связана с влиянием неблагоприятных метеорологических факторов (холода, ветра, влажности), часто встречается метеорологический и хронические трещины красной каймы губ. Для городских жителей характерна высокая распространённость эксфолиативного хейлита [38]. При обследовании 413 работников обоего пола в возрасте от 20 до 55 лет и старше химического производства ОАО «Сибур-Нефтехим» в Нижнем Новгороде с различным стажем работы, выявили распространённость хейлитов - 8,48%. Распространённость хейлитов в возрастной группе 20 – 29 лет у женщин составила 7,9%, у мужчин 20 - 29 лет – 9,06%, в возрастной группе 30 – 39 лет хейлит был выявлен в 11,2% случаев (в 11,3% - у мужчин и в 11,1 % - у женщин); в возрастной группе 40 – 55 лет хейлит был диагностирован в 12,1% случаев (в 12,9% - у мужчин и в 11,3% - у женщин) [43].

Распространённость заболеваний слизистой оболочки полости рта, языка и губ у лиц пожилого и старческого возраста, изучали у проживающих в г. Санкт-Петербурге. Была выявлена высокая частота заболеваний красной каймы губ. У мужчин пожилого возраста диагностировали метеорологический хейлит – 8,0%, хейлит Манганотти – 8,0%, хроническая трещина губы – 8,0%, ангулярный хейлит – 8,0%. У женщин пожилого возраста часто диагностировали ангулярные хейлиты – 7,8% случаев, метеорологический хейлит – 5,2% случаев, хроническая трещина губы – 2,6% случаев. У мужчин старческого возраста часто были диагностированы метеорологический хейлит – 6,4% случаев и ангулярные

хейлиты – 9,6% случаев. У женщин старческого возраста чаще всего были выявлены ангулярные хейлиты – 9,0% случаев [59].

Большая частота хейлитов у детей, выявленная в г. Архангельске по сравнению с Ненецким Автономным Округом (61,07% и 30,09%, соответственно), особенно болезни губ аллергической природы (7,02% и 2,04%, соответственно), вероятно обусловлена неблагоприятными в экологическом отношении условиями проживания детей в областном центре [36]. Распространенность эксфолиативного и атопического хейлитов у детей на Севере чрезвычайно высока и составляет в среднем 44,13%. Чаще хейлит у детей проявляется на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта (92%), пищевой аллергии (78%), глистной инвазии (56%), стрептококковой инфекции (46%) и неврологической патологии (46%) [64]. Э.Н. Мосеянц (1992) анализируя структуру стоматологической заболеваемости среди детей сельской местности Кзыл-Ординской области, отмечает высокий процент встречаемости ангулярного хейлита у 60,57% населения [49]. В то же время, Е.П. Воронина (1995), изучая стоматологический статус у практически здоровых детей в Волгограде, отмечает распространённость хейлитов в 31,63% случаев [12]. Изучение распространенности хейлитов у детей в регионе Европейского Севера показало высокую частоту распространённости этой патологии среди детского населения (44,13%) [17]. При обследовании 650 детей г. Санкт-Петербурга выявили различные изменения красной каймы губ у 235 детей (36%), метеорологический хейлит выявлен в 13,2%, эксфолиативный в 12,4%, атопический в 10,4% [23].

Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан [1, 40]. Действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [4].

Несмотря на тяжелые климатические условия, особенно в сельской местности Республики Дагестан, никто из исследователей ранее не изучал распространение болезней красной каймы губ.

### **1.6. Клинические проявления и диагностика у пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ**

Воспалительные заболевания красной каймы губ (по МКБ-10 - K13.0) являются одними из наиболее распространенных болезней губ, проявляющихся в виде шелушение и растрескивания губ, обычно больше страдает нижняя губа [66, 70]. Важным моментом и задачей стоматологов является максимально раннее, неинвазивное выявление признаков, способствующих развитию предикторных изменений красной каймы губ [14, 18, 63]. При диагностике заболеваний ККГ правильный диагноз ставится только в 30-35% случаев. Знание нормального состояния СО является неотъемлемым условием точной диагностики ее болезней [14, 28]. Обследование губ включает следующие моменты: губы осматривают при открытом и закрытом рте и регистрируют цвет, блеск, консистенцию красной каймы; осматривают слизистую губ и переходной складки (цвет, консистенция, влажность). На внутренней поверхности губы в норме иногда обнаруживаются небольшие возвышения за счет мелких слизистых желёз, что не является патологией [46]. Далее осмотр преддверия рта. С помощью стоматологического зеркала, шпателя или специального крючка оттягивают поочередно губы. Верхнюю губу оттягивают так, чтобы виден был переход слизистой оболочки на альвеолярный отросток. Здоровая слизистая оболочка обычно влажная, блестящая, покрыта отдельными бугорками – слизистыми железами и их выводными протоками. Для специального исследования желез большой палец необходимо подложить под губу на кожу, а указательным их прощупать. Губные железы ощущаются под мякотью пальца в виде шариков. В такой же последовательности обследуют нижнюю губу. Осматривая углы рта, следует помнить, что нередко здесь встречаются слепые ходы, или фистулы. При ощупывании их дна пуговчатым зондом судят о размерах, длине и направлении



ходов. Осматривать угол рта удобнее при раскрытом рте пациента, оттянув пальцами обеих рук боковые участки верхней и нижней губы [35].

Лабораторные методы обследования могут включать бактериологические, цитологические, гистологические, аллергологические исследования, использование методов люминесценции, световой стоматоскопии [45]. Некоторые болезни органов и тканей рта и красной каймы губ могут озлокачиваться, необходимо учитывать клинические признаки, позволяющие заподозрить этот процесс:

- длительное, вялотекущее течение процесса,
- отсутствие склонности к эпителизации на фоне консервативной терапии,
- уплотнение тканей в основании и вокруг очага поражения,
- изъязвление очага поражения,
- исчезновение у очага поражения четкости границ,
- увеличение площади очага поражения,
- усиление процессов ороговения,
- присоединение болевого симптома, появление подвижности зубов. В этих случаях пациента направляли к врачу-онкологу [62].

**Ангулярный хейлит** (K13.00) локализуется в уголках рта / губ и обычно выявляется у пациентов с зубными протезами или пользующихся ортодонтическими аппаратами, а также у некоторых маленьких детей с повышенным слюноотделением, пользующихся пустышками и детей, которые часто облизываются и сосут большие пальцы. Эта патология также распространена среди ВИЧ-инфицированных и у пациентов с макроглоссией (врожденный гипотиреоз и синдром Дауна) [70, 109, 120, 124]. Чрезмерное полоскание рта и агрессивное использование зубной нити может также способствовать появлению данного заболевания [83]. Как правило, заболевание начинается при дефиците витаминов и минералов (витамины группы В, железо, цинк и т.д.) или вызывается другими состояниями и заболеваниями (например, плохо закрепленными зубными протезами и слюнотечением, глютеновой болезнью) [82, 109]. Важным фактором также является выработка слюны, то есть

повышенная секреция и слюноотделение, что способствует заболеванию. И наоборот, при снижении секреции слюны (гипосаливации) сухость способствует растрескиванию и десквамации, а также инвазии *Candida albicans* с возникновением углового хейлита. Угловой хейлит чаще возникает у диабетиков, у пациентов при некоторых психических расстройствах (например, травма губы при булимии или нервной анорексии), во время медикаментозной терапии (например, изотретиноин) и несколько реже при первичном гипервитаминозе А. Чаще встречается зимой, когда дополнительное облизывание губ ухудшает состояние, и у пожилых людей [70, 116]. Это может произойти у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, такими как болезнь Крона и язвенный колит [103]. Иногда развивается группа симптомов, которые могут включать атрофический глоссит, эзофагиты или стриктуры пищевода, а также микроцитарную гипохромную анемию при синдроме Пламмера-Винсона» [115]. Пациенты предъявляют жалобы на боль при открывании рта, приеме пищи и разговоре. В воспалительный процесс вовлекаются слизистая оболочка в области комиссур и прилегающие участки кожи, процесс, как правило, двухсторонний. Наблюдается инфильтрация эпителия и прилегающей кожи. В складках кожи появляются болезненные эрозии. Возможно присоединение стафилококковой и грибковой инфекции. Дифференциальная диагностика этого типа хейлита проводится с рецидивирующим лабиальным герпесом (если поражение является односторонним) и вторичным сифилисом (обнаруживают папулы в уголках губ, похожие на хейлит) [109].

**Гландулярный апостематозный хейлит (K13.01)** - редкое хроническое воспалительное заболевание малых слюнных желез, преимущественно нижней губы [70, 85]. Этиологическими факторами считаются курение, плохая гигиена полости рта, хроническое воздействие внешних воздействий (солнечный свет, ветер, табак), бактериальная инфекция и врожденная предрасположенность. На слизистой оболочке губы в области переходной зоны видны расширенные устья слюнных желез, из которых выделяются капельки слюны. После высушивания губы на ее поверхности вновь выделяется слюна, напоминающая капли росы

(симптом «капель росы») [105]. В случае проникновения пиогенной инфекции в расширенные протоки слюнных желез развивается гнойный glandулярный хейлит. Появляется боль, губа становится отечной, из расширенных протоков слюнных желез выделяется гнойный экссудат, губа покрывается желтыми гнойными корками, отмечается нижнечелюстной лимфаденит. Дифференциальный диагноз проводится с другими формами хейлита и плоскоклеточным раком. Ведение этих пациентов включает гистопатологический анализ, идентификацию этиологических факторов и попытки облегчить или устранить эти факторы. [11, 71, 97].

**Эксфолиативный хейлит (K13.02)** указывает на воспаление губ, сопровождающееся постоянным шелушением, чаще всего на одной губе, обычно на нижней. Эта форма хейлита распространена среди молодых людей, которые часто облизывают губы, затем следуют люди с дефицитом витамина B12 или железа, кандидозом полости рта, пациенты с аллергией (например, на бальзам Перу) или пациенты с ВИЧ, у которых это часто связано с кандидозной инфекцией [99, 113]. Эксфолиативный хейлит проявляется постоянным шелушением каймы, обычно на границе губ. Вначале губы выглядят обычными, но ярко-красными, после чего появляется утолщенный поверхностный слой, который приводит к шелушению, оно может быть циклическим и продолжаться с разной скоростью и на разных участках. Иногда возникает кровотечение с последующим образованием геморрагической корочки. Заболевание может прогрессировать из-за нескольких факторов, например, дыхания с открытым ртом, облизывания губ, сосания, ковыряния или кусания, бактериальной (*Staphylococcus aureus*) или дрожжевой (*Candida albicans*) инфекции, плохой гигиены рта, и т.д. [65]. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с атопическим, метеорологическим и контактным хейлитами [113].

**Контактный аллергический хейлит** - это воспалительная реакция губ, вызванная раздражающим или аллергическим действием различных веществ, содержащихся во многих продуктах, таких как средства гигиены рта (зубные пасты), продукты питания (например, яйца и ракообразные), мазевые основы,

ароматизаторы, консерванты, антиоксиданты, красители, стоматологические материалы, музыкальные или профессиональные инструменты, предметы, которые ежедневно кладут в рот (например, иглы, ручки и др.) [66, 72]. Клинически проявляется как сухость, шелушение, эритема, чаще бывает на коже, чем на слизистой губ [107, 118]. Этот вид хейлита, обычно проявляется у пациентов с атопическим дерматитом [95]. Некоторые авторы используют термин *cheilitisvenenata*, который конкретно указывает на контактную реакцию, чаще всего аллергического типа. Это широкий спектр продуктов с общими раздражителями и аллергенами, связанными с этим подтипом. Контактные реакции на губную помаду, резину, предметы из кожи, вещества для лака ногтей (например, формальдегид), металлы (никель, кобальт, золото) и местные антибиотики оказались одними из наиболее частых этиологических факторов этого заболевания [66, 72]. Также возможны реакции на различные соединения в лекарствах для местного применения и медикаментах, таких как местные антибиотики, вирусостатические и дезинфицирующие средства, местные анестетики и солнцезащитные кремы. Для диагностики зачастую используют пластырь, что важно для определения хейлитов, вызывающих аллергию и для определения этиологического аллергена [66]. Тестирование обычно начинается с базовых серий и обзора личных косметических средств и продуктов, употребляемых пациентами, в результате чего выявляют контактные аллергены [78]. Согласно результатам патч-тестов у пациентов с неактиническим хейлитом наиболее значительными аллергенами были смеси ароматизаторов, мироксилон бальзамический, а также пищевые добавки (додецилгаллат, октилгаллат и бензойная кислота) и металлы (никель и золото) [107]. Дифференциальную диагностику проводят с аллергическим контактным хейлитом, атопическим хейлитом, актиническим хейлитом, хейлитом при гиповитаминозах [87].

**Под лекарственным хейлитом** понимаются поражения, вызванные приемом лекарств, в основном ретиноидов (например, изотретиноин, ацитретин) или других лекарств (местных антибиотиков, вирусостатиков, средств ухода за губами, дезинфицирующих средств, местных анестетиков, кремов с защитными

факторами и др.) [76]. Также возможны лекарственные реакции на коже и губах в виде лихеноидных реакций, фиксированных высыпаний на лекарственные препараты или изменений, напоминающих многоформную эритему [70, 119]. Ангионевротический отек также часто проявляется на губах и в основном носит аллергический характер [84, 119]. Это одна из наиболее частых причин преходящего отека губ, в то время как макрохейлия описывается как постоянный отек одной или обеих губ [95].

**Хроническая рецидивирующая трещина губ (ХРТГ)** – хроническое заболевание красной каймы губ, слизистой оболочки губ и углов рта, сопровождающееся линейным нарушением целостности тканей, характеризующееся длительным рецидивирующим течением. Пусковыми факторами заболевания являются: индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы и углах рта), хроническая травма, различные метеорологические факторы, вызывающие сухость красной каймы губ, потерю эластичности. Имеют значение гиповитаминозы А и группы В, неврогенный фактор, вредные привычки (облизывание губ), сахарный диабет [7]. Грибковая и микробная флора поддерживают существование трещин и препятствуют заживлению. Обычно на красной кайме губ возникает одиночная глубокая линейная трещина, сопровождающаяся болезненностью. У 65% пациентов трещина локализуется на нижней губе, в 24% случаях трещины локализуются на верхней губе, в 11% - в углах рта [36]. Трещина обычно находится в центральной части губы и может переходить на слизистую оболочку губы, но никогда не распространяется на кожу. При длительно существующей и глубокой трещине имеется кровянистая корочка и воспалительный болезненный инфильтрат в основании, края трещин уплотняются и могут ороговеть, приобретая серовато-белый цвет. При нерациональном лечении трещина может существовать длительно и быть причиной малигнизации [26, 44].

**Гранулематозный хейлит** (или орофациальный гранулематоз)— это хронический гранулематозный отек губ неизвестной этиологии, который чаще встречается у молодых людей и проявляется в виде периодического или

постоянного отека губ [67, 79, 117]. Причина гранулематозного хейлита еще полностью не выяснена, но считается, что факторами заболевания являются пищевые аллергены, такие как корица и бензоаты [79]. Заболевание может протекать как изолированный грануломатозный хейлит Мишера или в комплексе с другими гранулематозными заболеваниями [66, 116]. Синдром Мелькерссона-Розенталя характеризуется гранулематозным хейлитом, параличом лицевого нерва и складчатым языком, хотя чаще бывает только один или два симптома. Гистологически гранулематозный хейлит характеризуется хронической воспалительной реакцией, состоящей из лимфоцитов, гистиоцитов и туберкулоидной гранулемы с эпителиоидными клетками и гигантскими клетками Лангерганса. Дифференциальная диагностика гранулематозного хейлита проводится между элифантиазом, рецидивирующим рожистым воспалением и простым герпесом, макрохейлией, ангионевротическим отеком, туберкулезом, контактным хейлитом, синдромом Ашера, саркоидозом и др. [117].

**Плазмноклеточный хейлит** - редкий тип поражения губ неизвестной этиологии, гистологически характеризующийся диффузным проникновением плазматических клеток в дерму [117, 126]. Клинически это проявляется в виде ограниченной и плоской или слегка приподнятой эрозированной области губы или в виде эритематозно-фиолетовых, изъязвленных и бессимптомных бляшек, которые медленно развиваются. Гистологическая картина характеризуется акантозом с удлиненными отростками, умеренным спонгиозом, пара- и гиперкератозом, экзоцитозом лимфоцитами и полиморфноядерными лейкоцитами. Дерма отечна и густо гомогенно инфильтрирована плазматическими клетками. В глубоких слоях дермы плазматические клетки располагаются в основном периваскулярно. Дифференциальный диагноз проводится с актиническим хейлитом, аллергическим контактным хейлитом, красным плоским лишаем и т.д. [126].

**Прикусывание щеки и губ (K13.1).** Механическая травма, у взрослых встречается реже, чем у детей, особенно дошкольного и школьного возраста при наличии вредной привычки кусать губы или слизистую щеки. При этом общее

состояние ребенка не нарушено. При дефектах верхних слоев эпителия, возникающих в результате привычного прикусывания слизистой оболочки, дети жалоб не предъявляют, безболезненный прием пищи и губа безболезненная при пальпации. ККГ обычной окраски, ее поверхность неровная, видны обрывки эпителия белого цвета, иногда небольшие кровоизлияния, бывают зоны эритемы или эрозии [89]. Иногда, наряду с этими симптомами, бывают поражения передней трети слизистой оболочки щеки или бокового края языка [88].

**Актинический (солнечный) хейлит** (актинический хейлоз, матросская губа) считается болезнью губсмалой частотой озлокачествления. Такое состояние вызвано в первую очередь воздействием ультрафиолетового излучения, поэтому обычно встречается у определенных групп рабочих (моряков, сельскохозяйственных рабочих, строителей, пляжных рабочих) [80, 98, 100, 104, 122]. Когда эрозии являются преобладающим симптомом состояния, тогда используется термин *cheilitisabrasivapraescancerosa*. Это заболевание возникает в основном у мужчин среднего возраста со светлой кожей и является заболеванием, которое требует биопсии, чтобы исключить тяжелую дисплазию или рак [116]. Клинически заболевание проявляется безболезненным утолщением и беловатым изменением цвета на границах губы и кожи, граница губ (красная кайма) становится менее четкой, и губы могут постепенно становиться уплотненными и чешуйчатыми. Поражения обычно стойкие и поэтому требуют биопсии для подтверждения болезни. Гистопатологически тяжелая дисплазия характеризуется дискератозом и кератиновыми жемчужинами, изменениями ядер (гиперхромазией, ядерным плеоморфизмом, анизонуклеозом, увеличением числа ядрышек и митозов, атипичными митозами) [70, 112]. Новые данные показывают, что, согласно инфракрасной спектроскопии с преобразованием Фурье (FT-IR), изменения в коллагене и нуклеиновых кислотах могут использоваться в качестве молекулярных биомаркеров злокачественной трансформации [80]. «Дифференциальная диагностика актинического хейлита включает ряд заболеваний, например, дисплазия эпителия, плоскоклеточный рак,

злокачественная меланома, базальноклеточная карцинома, кератоакантома, железистый хейлит, лабиальный герпес, дискоидная красная волчанка [97].

### **Метеорологический хейлит**

При длительном течении этого заболевания дальнейшее развитие патологического процесса способствует образованию эрозий и трещин, поэтому его относят к болезням губ с малой частотой озлокачествления [35]. В рабочей схеме воспалительных заболеваний красной каймы губ, разработанной Л.И. Урбанович (2014) метеорологический хейлит относится к группе искусственных хейлитов, вызванных действием известных экзогенных факторов механической, физической, химической и биологической природы. Среди остальных заболеваний красной каймы губ они встречались в  $8,2 \pm 0,6\%$  случаев [58].

Подход к диагностике болезней красной каймы губ является междисциплинарным, так этой патологией занимаются различные специалисты: врачи-стоматологи, дерматологи, ЛОР-врачи, онкологи, а также врачи других специальностей, как терапевты и психиатры [77, 90, 96, 108]. Важно иметь в виду, что анамнез у пациента с патологией ККГ включает, помимо стоматологических и дерматологических состояний, изучение нарушения питания и выявление других заболеваний внутренних органов, таких как некоторые гранулематозные заболевания (болезнь Крона, саркоидоз и синдром Мелкерссона-Розенталя), желудочно-кишечные заболевания (например, целиакия, синдром Пламмера-Винсона и т.д.). Важны также такие данные анамнеза как прием наркотиков, различные привычки (курение, алкоголь, облизывание губ, кусание, сосание, ковыряние и т.д.). Также важны: возраст пациента, погодные условия при которых работает пациент (холодная, жаркая, ветреная, сухая погода), плохая гигиена полости рта, дыхание с открытым ртом, сопутствующие заболевания / состояния (например, диабет, психические расстройства, атрофический глоссит, дисфагия, заболевания пищевода, целиакия и т.д.) или гипервитаминоз (например, витамина группы А). Врачи разных специальностей могут поставить окончательный диагноз с помощью дополнительных специальных диагностических методов. Зачастую необходимо проводить специальные



лабораторные исследования: общий IgE, кожные аллергические тесты (пластырь, укол), аллергические тесты *invitro*; мазки из полости рта и кожи (микотические и бактериальные; например, дрожжевой инфекции, такой как *Candida albicans*, или бактериальной инфекции, такой как *Staphylococcus aureus*) [97]. Полностью выявленный анамнез, соответствующая клиническая картина и диагностическое обследование являются ключевыми факторами в распознавании болезней красной каймы губ.

Анализ изученной нами литературы показал, что влияние на стоматологическое здоровье имеет мультифакторную природу экзо- и эндогенных факторов риска, а также особенности жизни взрослого населения. Однако, эпидемиологическое обследование в республике Дагестан ранее не проводилось. Также не изучалось распространенность в зависимости от места проживания пола и возраста.

Таким образом, отсутствие информации о влиянии соматической патологии на клиническое течение болезней губ, явилось предметом нашего научного исследования.

## **ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

С целью изучения клинико-эпидемиологических данных воспалительных болезней красной каймы губ у взрослого населения, были выбраны три климатогеографические зоны Республики Дагестан: равнинная (РКЗ), составляющая 44% общей площади региона; предгорная (ПКЗ) - 15,8%, горная (ГКЗ) - 40,2%.

Диссертационное исследование выполнено на кафедре стоматологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО Дагестанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России за период с 2019 по 2021 годы включительно. Базами выявления и наблюдения за пациентами с болезнями красной каймы губ являлись медицинские организации Республики Дагестан: республиканская стоматологическая поликлиника; центральные городские больницы и центральные районные больницы, куда входили поликлиники со стоматологическим приемом; сельские врачебные амбулатории и сельские участковые больницы.

### **2.1. Климатогеографические и экологические особенности Республики Дагестан**

Республика Дагестан расположена на северо-восточном склоне Большого Кавказского хребта и юго-западе Прикаспийской низменности. Это одна из самых крупных республик Северного Кавказа, общей площадью 50,3 тыс. кв. км. Равнинная зона является частью Прикаспийской низменности. Большая ее часть представляет собой полупустыню. Климат сухой, зима малоснежная без

устойчивого снежного покрова. Средняя температура января опускается до  $-5^{\circ}\text{C}$ . Несмотря на близость моря, лето сухое и жаркое, средняя температура  $+25^{\circ}\text{C}$ .

Более подходящей для жизнедеятельности человека является предгорная зона. Здесь сосредоточен основной лесной массив края. Почвы и климат наиболее пригодны для земледелия. Климат умеренный и влажный. Зимой снежный покров держится 40-50 дней. Средняя температура июля составляет  $+21-24^{\circ}\text{C}$ .

Горный Дагестан состоит из цепей хребтов, высота которых над уровнем моря достигает 1500-4000 м. Между хребтами, в котловинах, на высоте 900-1800 м расположены горные селения. Климат отличается холодной, длительной зимой и коротким летом. На высоте более 2000 м климат суровый. Средняя температура июля не превышает  $+5^{\circ}\text{C}$ . Годовое количество осадков больше, чем в других зонах.

По численности населения Дагестана занимает первое место среди республик Северного Кавказа и является территорией с высокой плотностью женского и детского населения, проживающего в горной и высокогорной части.

## **2.2. Дизайн исследования**

Исследование прошло утверждение и было одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО Дагестанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения России. Оценку стоматологического статуса пациентов занесли в специально разработанную карту: «Медицинская карта обследования пациента с хейлитом» (Приложение А). Для достижения поставленной цели и решения поставленных задач проводили поэтапное исследование:

1 этап – проводили эпидемиологическое стоматологическое обследование населения Республики Дагестан для выявления воспалительной патологии красной каймы губ, проведен анализ всех впервые выявленных случаев заболеваний и пролеченных пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ.

2 этап – сравнительное изучение структуры воспалительных болезней красной каймы губ в зависимости от возраста и пола в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

3 этап – сравнительное изучение результатов стоматологического комплексного обследования пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

4 этап – изучение сопутствующей соматической патологии у пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан.

Критерием включения в исследование являлись:

1. Обследуемые в возрастных группах от 18 до 90 лет (молодой возраст – от 18 до 44 лет; средний возраст – 45-59 лет; пожилой возраст – 60-74 лет; старческий возраст – 75-90 лет).
2. Лица женского и мужского пола.
3. Пациенты с различными видами воспалительной патологии красной каймы губ.
4. Добровольное информированное согласие обследуемого.
5. Отсутствие соматической патологии в декомпенсированной форме.

Критерием исключения в исследование являлись:

1. Предрак и злокачественная патология красной каймы губ.
2. Тяжелые системные болезни у пациентов с хейлитами в виде рака и болезней системы кровообращения в стадии декомпенсации или в стадии ремиссии менее 6-ти месяцев, которые могли бы оказать влияние на течение стоматологических заболеваний.
3. Применение пациентами лекарственных препаратов, которые влияют на течение стоматологических заболеваний (иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики).

### **2.3. Характеристика клинического материала**

Материалом исследования в соответствии с целью и задачами настоящей работы послужили данные обследования взрослого населения с воспалительной патологией красной каймы губ. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу данной патологии у населения различных климатогеографических зон республики. Количество пациентов с воспалительными болезнями губ составило 2106 человек, эта патология выявлена в трех климатогеографических зонах Республики Дагестан за 2019-2021 годы. Исследовали наиболее часто встречающиеся в регионах РД следующие воспалительные болезни красной каймы губ: эксфолиативный, аллергический, актинический, ангулярный, метеорологический, glandулярный апостематозный хейлиты и хронические трещины губ, классифицируемые в основном по МКБ-10 с добавлениями из классификации А. Л. Машкиллейсона и др. (1986).

Объективное обследование пациентов включало внешний осмотр, пальпацию, при этом оценивали состояние красной каймы губ и углов рта. Кроме того, проводили тщательный осмотр полости рта с использованием набора стоматологических инструментов, обращая внимание на наличие зубного налета, над- и поддесневого зубного камня, острых краев зубов, зубных протезов.

В исследовании принимали участие 1029 мужчин и 1077 женщин в возрасте от 18 до 90 лет (Таблица 1).

Таблица 1 – Распределение пациентов с хейлитами по возрастным группам и половой принадлежности

Пол	Возрастные группы (годы)				
	18-44	45-59	60-74	75-90	Итого
	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)	Абс (%)
Мужчины	280 (13,3)	275 (13,1)	259 (12,3)	215 (10,2)	1029 (48,9)
Женщины	257 (12,2)	432 (20,5)	233 (11,1)	155 (7,3)	1077 (51,1)
Всего	537 (25,5)	707 (33,6)	492 (23,4)	370 (17,5)	2106 (100)

#### **2.4. Оценка стоматологического статуса пациентов**

Проводили сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациентов. Выявляли наличие сопутствующих заболеваний, вредных привычек, профессиональных вредностей. Обращали внимание на аллергологический статус и наследственность. Стоматологическое обследование взрослого населения, проживающее в различных климатогеографических зонах РД, проводили в стандартных условиях, при искусственном освещении с использованием рекомендованных ВОЗ набором инструментов и материалов.

**При внеротовом обследовании** обращали внимание на общий вид кожных покровов (голова, шея, руки), околоротовую область (нос, щеки, подбородок), на состояние верхней и нижней губы, носогубных складок. Исследовали область височно-нижнечелюстного сустава и околоушной железы. Проводили пальпацию регионарных лимфоузлов (подбородочных, подчелюстных, шейных) отмечали их размер, консистенцию, подвижность, болезненность, спаянность между собой и с подлежащими тканями.

**При обследовании красной каймы губ** выясняли продолжительность заболевания, характер жалоб, сухость, болезненность губ и комиссур при широком открывании рта, улыбке, приеме пищи, эстетические недостатки, время появления первых симптомов, учитывали проводилось ли лечение по поводу данного заболевания, его характер, результат и эффективность. Визуально оценивали состояние красной каймы губ и кожи периоральной области, обращали внимание на архитектонику, цвет, наличие сухости, корочек, трещин, эрозий, состояние углов рта, наличие лихенизации и пигментации кожи в области комиссур. Пальпаторно обследовали трещины, эрозии красной каймы губ, комиссур, оценивая их болезненность и плотность краев.

**Внутриротовое обследование** заключалось в изучении состояния зубов (коронки, корни), состояния тканей пародонта, поражение слизистой оболочки, наличие протезов на верхней и нижней челюсти, потребность в стоматологической помощи.

**Состояние постоянных зубов** регистрировали по кодам, отдельно по коронкам и корням верхней и нижней челюсти, которые включали следующие обозначения: 0 -интактный; 1 - кариес; 2 - пломба, с кариесом; 3 - пломба, без кариеса; 4 - удаление из-за осложнений кариеса; 5 - удаление по другим причинам; 6 - герметизированная фиссура; 7 - несъемный протез/опорный зуб мостовидного протеза, винир, имплантат; 8 - непрорезавшийся зуб; 9 - не регистрируется.

**Индекс интенсивности кариеса зубов (КПУз).** Информацию о кариозных, пломбированных и удаленных зубах для расчета индекса КПУз получали в результате осмотра зубных рядов. Компонент «К» включал все зубы с кодами «1» - кариес или «2» - пломба с кариесом. Для компонента «П» суммировали зубы только с кодом «3» - наличие пломбы без кариеса. Компонент «У» - включал код «4» - удаление из-за осложнений кариеса и «5» - удаление по другим причинам, т.е. все зубы, удаленные вследствие осложнений кариеса или по любой другой причине. Основой для расчета величины индекса КПУз служили 32 зуба, т.е. все постоянные зубы, включая зубы мудрости. Зубы с кодами «6» (герметик) или «7» (несъемные зубные протезы/опорный зуб мостовидного протеза, специальная коронка или винир/имплантат) не включали в расчет значения индекса КПУз. Также, во время обследования регистрировали данные для каждого зуба.

**Состояние тканей пародонта (упрощенный индекс CPI).** Значения индекса CPI обычно отражает, насколько успешно стоматологические службы решали проблему поддержания и улучшения здоровья тканей пародонта у пациентов. Кроме того, этот индекс позволял определить распространенность и интенсивность признаков поражения пародонта (кровоточивость десен при зондировании, наличие над- и поддесневого зубного камня, пародонтальных карманов глубиной 4–5 мм, а также 6 мм и более). Применяли металлический зонд (рекомендованный ВОЗ) с шариком на конце диаметром 0.5 мм, с черным ободком, располагающимся между 3.5 и 5.5 мм, и кольцами на уровне 8.5 и 11.5 мм от кончика. Осматривали пародонт в области всех зубов, имеющих во рту,

отмечали присутствие или отсутствие кровоточивости десен, а также наличие и глубину пародонтальных карманов.

Для регистрации использовали следующие коды при оценке кровоточивости и наличие зубного камня: 0 - отсутствие кровоточивости; 1 - присутствие кровоточивости; 2 - зубной камень; 9 - зуб исключен; X - зуб отсутствует. Также оценивали глубину карманов, регистрировали следующие коды: 0 - отсутствие поражения; 1 - карман глубиной 4-5 мм; 2 - карман глубиной 6 мм; 9 - зуб исключен; X - зуб отсутствует.

***Потеря эпителиального прикрепления.*** Информацию о потере прикрепления получали при обследовании состояния десневой борозды и пародонта в области 10 зубов. Для определения потери прикрепления полость рта условно делили на секстанты, включающие следующие зубы: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. Оценивали потери эпителиального прикрепления в области каждого зуба, определяли состояния десны и пародонтального кармана. Проводили осмотр 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47 зубов.

Протяженность потери прикрепления регистрировали с помощью CPI зонда, использовали следующие коды: 0 - 0-3 мм; 1 - 4-5 мм (цементно-эмалевое соединение находится внутри черного ободка); 2 - 6-8 мм (цементно-эмалевое соединение находится между верхней границей черного ободка и кольцом 8,5 мм); 3 - 9-11 мм (цементно-эмалевое соединение находится между кольцами 8,5 мм и 11,5 мм); 4 - 12 мм или больше (цементно-эмалевое соединение находится за кольцом 11,5 мм); X - исключенный секстант; 9 - не регистрируется.

***Нуждаемость в протезировании.*** Проводили осмотр на наличие съемных и несъемных зубных протезов и потребность в их реконструкции, а также потребность в первичном протезировании пациентов в каждой климатогеографической зоне. На основании полученных данных по воспалительным заболеваниям красной каймы губ проводили сравнительный анализ заболеваемости у пациентов с учетом стоматологических (кариес и его осложнения, заболевания пародонта и нуждаемость в протезировании) и соматических болезней.



## **2.5. Оценка соматического статуса пациентов**

Оценку соматического статуса у взрослого населения, проживающего в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан проводили с помощью анализа первичной медицинской документации (амбулаторные медицинские карты) и результатов обследуемых пациентов (медицинская карта обследования пациента с хейлитом – Приложение А).

При выявлении соматической патологии проводили консультации с врачами различных специальностей (терапевтов, эндокринологов, невропатологов, пульмонологов) для окончательного и точного диагноза.

## **2.6. Инструментальные методы обследования**

Рентгенологическое исследование является неременным элементом первичного обследования пациента, которое проводили в обязательном порядке как при первом обращении пациента к врачу, так и в дальнейшем для верификации динамики заболевания и эффективности проводимого лечения. Рентгенологические исследования больных состояло из внутриротовой рентгенографии и ортопантомографии. При необходимости, использовали дополнительные методы обследования: конусно-лучевая компьютерная томография, ультразвуковое исследование. Также по показаниям использовали лабораторные методы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические, бактериологические, иммунологические исследования).

## **2.7. Методы статистической обработки полученных данных**

Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corporation) и пакета программ Statistica 6.0 (StatSoftInc). Для сравнения групп в случае нормального распределения значений параметров применялся t - критерий Стьюдента. Различия между группами полагали статистически значимыми на уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

### ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Для выявления особенностей структуры, возрастного состава и половых отличий у пациентов с воспалительными болезнями губ в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан (равнинной, предгорной и горной), было проведено за три года (2019-2021 гг.) обследование взрослого населения (2106 человек), охватывающее основные возрастные группы. При этом в равнинной зоне выявлены 821, в предгорной зоне 574 и горной зоне 711 пациентов с хейлитами. Анализ материалов проведенного обследования взрослого населения, позволил установить уровень обращаемости по поводу хейлитов у населения различных климатогеографических зон республики и связь этих болезней у пациентов с возрастом, половыми отличиями, соматическим и стоматологическим статусом в зависимости от климатических особенностей различных зон республики.

На консультативном приеме при обследовании выявлено 2106 пациентов, у которых диагностировали следующие виды хейлитов: эксфолиативный, ангулярный, glandулярный апостематозный, хроническую трещину губы, аллергический, актинический, метеорологический [63 а].

Среди воспалительных болезней губ в РД чаще всего встречался эксфолиативный хейлит – у 553 (26,2%) от общего количества пациентов. Сухая форма эксфолиативного хейлита была выявлена у 348 (62,9%), экссудативная форма у 205 (37,1%). На втором месте диагностировали аллергический хейлит у 381 (18,1%), далее следовали практически в равной мере - актинический у 322

(15,4%) и ангулярный у 321 (15,3%) пациентов. Количество пациентов с метеорологическим хейлитом и хронической трещиной губ также находились примерно на одном уровне – соответственно 204 (9,7%) и 184 (8,7%). Реже всего встречался у пациентов glandулярный апостематозный хейлит, у 141 (6,6%) (Рисунок 1).

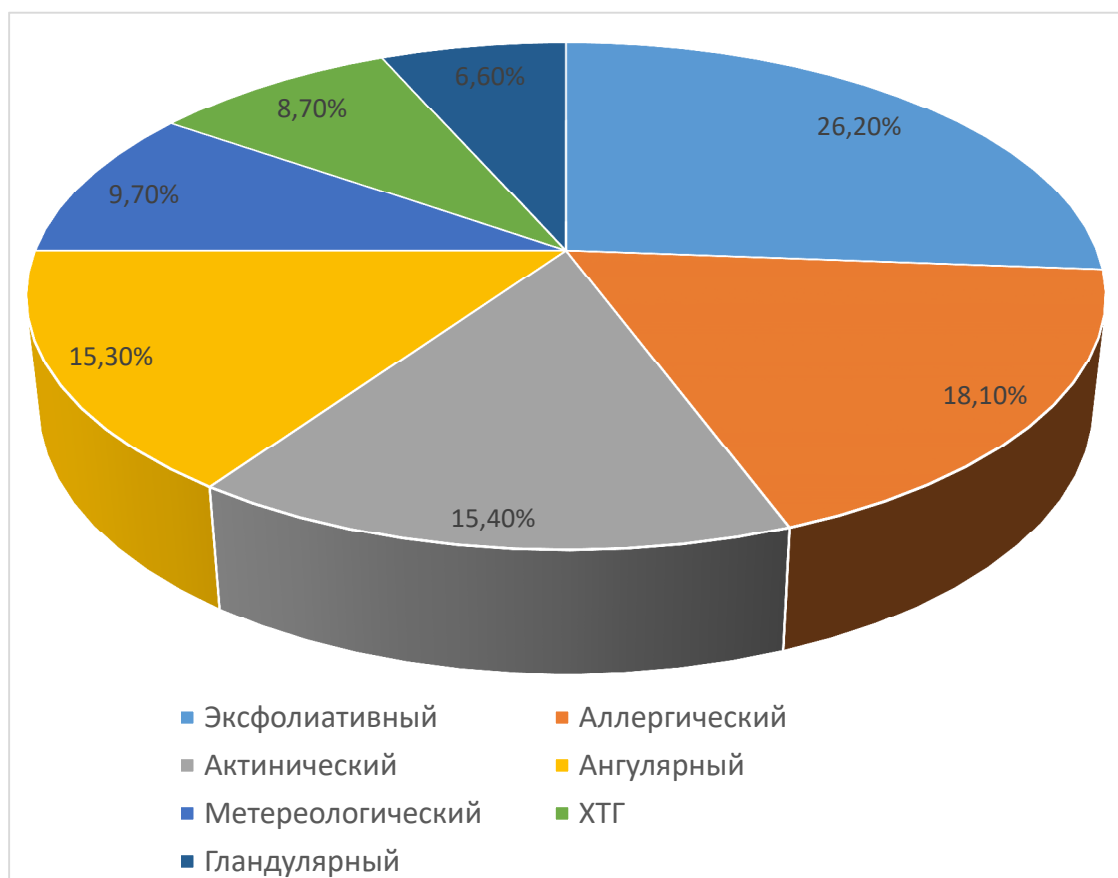


Рисунок 1 - Процентное соотношение пациентов с различными видами хейлитов в Республике Дагестан

При сравнительном анализе количества пациентов с хейлитами в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан выявлены статистически достоверные показатели. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) аллергический хейлит у пациентов чаще выявлен в равнинной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной и горной областями – соответственно у 183(8,7%) и 84 (4%), 114(5,4%) человек. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) ангулярный хейлит у пациентов чаще выявлен в горной климатогеографической зоне, по сравнению с

предгорной, соответственно у 124(5,9%) и 84 (4%) человек. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) хроническая трещина губы чаще выявлена у пациентов в равнинной и горной климатогеографических зонах, по сравнению с предгорной – соответственно у 73(3,4%), 68 (3,2%) и 43 (2,1%) человек (Таблица 2).

Таблица 2 - Данные сравнительного анализа распространенности хейлитов у пациентов в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан

Хейлиты	Климатогеографические зоны			Итого
	Равнинная	Предгорная	Горная	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)
Эксфолиативный хейлит	195 (9,2)	182 (8,6)	176 (8,4)	553 (26,2)
Аллергический хейлит	183* (8,7)	84 (4)	114*** (5,4)	381 (18,1)
Актинический хейлит	115 (5,5)	90 (4,3)	117 (5,6)	322 (15,4)
Ангулярный хейлит	113 (5,4)	84** (4)	124 (5,9)	321 (15,3)
Метеорологический хейлит	90* (4,3)	51 (2,4)	63 (3)	204 (9,7)
Хроническая трещина губы	73* (3,4)	43** (2,1)	68 (3,2)	184 (8,7)
Гландулярный апостематозный хейлит	52 (2,4)	40 (1,9)	49 (2,3)	141 (6,6)
Итого	821 (38,9)	574 (27,3)	711 (33,8)	2106 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таким образом, некоторые виды хейлитов (аллергический, ангулярный, хроническая трещина губы) менее распространены у жителей в предгорной климатогеографической зоне, чем в равнинной и горной, причем аллергические

хейлиты более распространены у пациентов в равнинной, чем в предгорной и горной зонах. Ангулярный хейлит у пациентов чаще выявлен в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной и хроническая трещина губы чаще выявлена у пациентов в равнинной и горной климатогеографических зонах, по сравнению с предгорной.

### 3.1. Воспалительные болезни губ в различных климатогеографических зонах республики Дагестан с учетом возраста и пола

При анализе возрастного состава в различных климатогеографических зонах РД выявлены следующие особенности. Так, в равнинной зоне выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 244 (29,7%) пациентов (Таблица 3), на втором месте воспалительные болезни губ выявлены в группе 18-44 лет у 208 (25,3%) пациентов, на третьем месте выявляли хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 189 (23,1%) человек и на последнем месте выявляли данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 180 (21,9%) жителей этой местности (Рисунок 2).

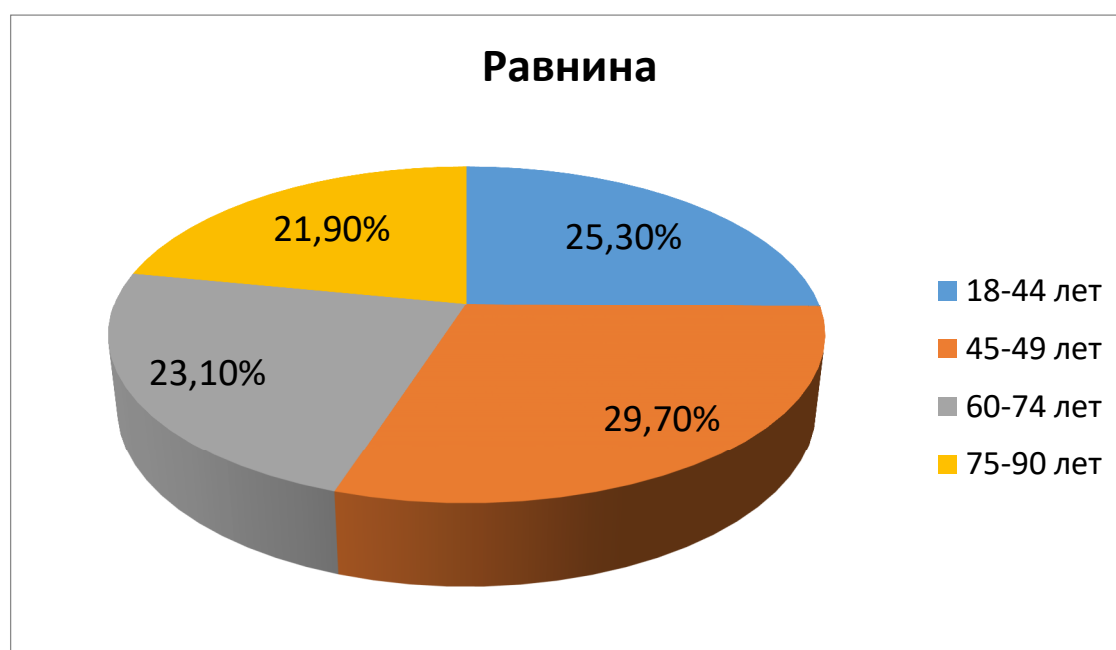


Рисунок 2 - Процентное соотношение пациентов по возрастным группам в равнинной зоне

В предгорной местности выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 189 (32,9%) пациентов (Таблица 4), на втором месте воспалительные болезни красной каймы губ были выявлены в возрастной группе 60-74 лет у 146 (25,4%) пациентов, на третьем месте выявляли хейлиты в возрастной группе 18-44 лет у 128 (22,3%) человек и на последнем месте выявляли данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 111 (19,4%) жителей этой местности (Рисунок 3).

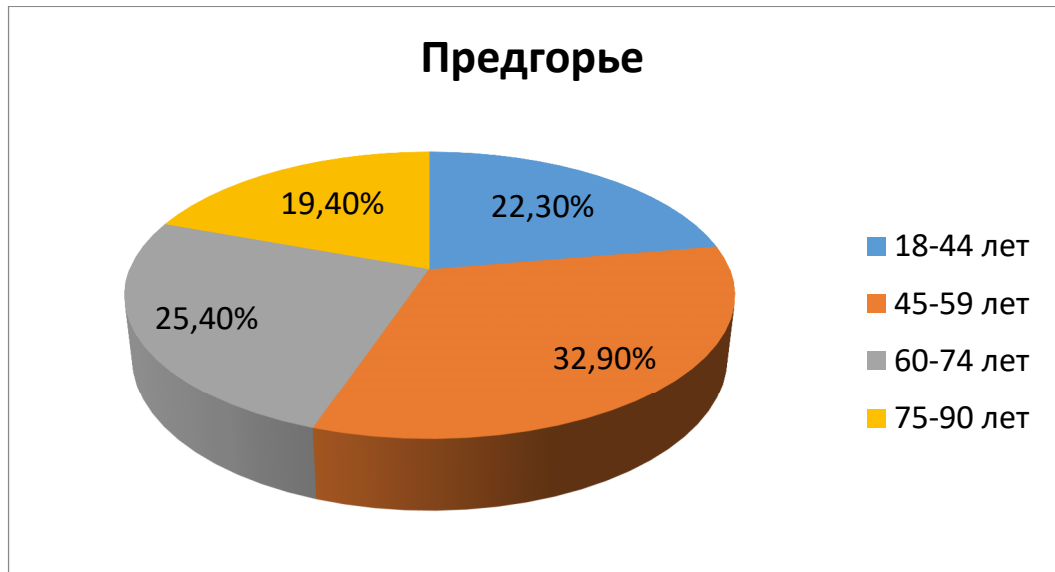


Рисунок 3 - Процентное соотношение пациентов по возрастным группам в предгорной зоне

В горной зоне выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 274 (38,6%) пациентов (Таблица 5), на втором месте воспалительные болезни красной каймы губ выявлена группа 18-44 лет у 201 (28,3%) пациента, на третьем месте определяли хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 157 (22%) человек и на последнем месте диагностировали данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 79 (11,1%) жителей этой местности (Рисунок 4).

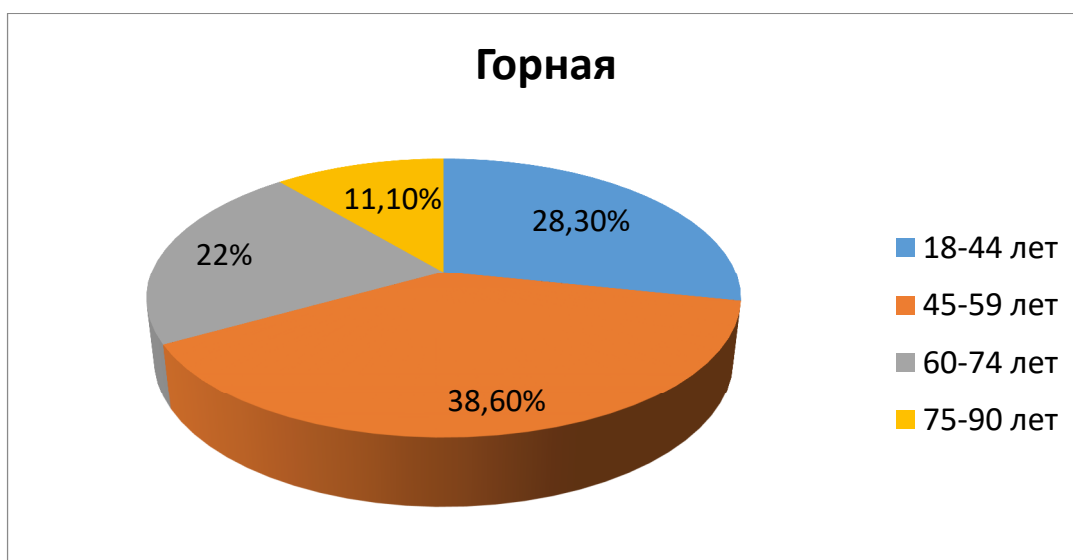


Рисунок 4 - Процентное соотношение пациентов по возрастным группам в горной зоне

Таким образом, чаще всего хейлиты устанавливали в возрастной группе 45-59 лет, в одинаковом количестве в различных зонах (в равнинной у 29,7%, предгорной у 32,9%, горной у 38,6%) (Таблица 5). На втором месте воспалительные болезни губ были выявлены в группе 18-44 лет у 25,3% в равнинной и у 28,3% пациентов в горной зоне. В предгорной зоне на втором месте воспалительные болезни губ были в группе 60-74 лет у 25,4% пациентов. На третьем месте хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 23,1% человек в равнинной зоне и у 22% пациентов в горной зоне, в предгорной зоне хейлиты в возрастной группе 18-44 лет у 22,3% пациентов. Реже всего хейлиты в возрастной группе 75-90 лет, эти данные статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличались в равнинной (21,9%) и предгорной (19,4%) зонах от количества заболеваний в горной зоне у 11,1%.

Таблица 3 - Возраст и пол у пациентов с хейлитами, проживающих в равнинной местности

Хейлиты	Возраст и пол пациентов										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Эксфолиативный хейлит	51 (26,2)	28 (14,4)	18 (9,2)	45 (23,1)	12 (6,1)	12 (6,1)	29 (14,9)	нет	110 (56,4)	85 (43,6)	
Аллергический хейлит	15 (8,2)	41 (22,4)	18 (9,8)	38 (20,8)	11 (6)	18 (9,8)	19 (10,4)	23 (12,6)	63 (34,4)	120 (65,6)	183 (100)
Актинический хейлит	19 (16,5)	9 (7,8)	16 (13,9)	27 (23,5)	11 (9,6)	14 (12,2)	11 (9,6)	8 (6,9)	57 (49,6)	58 (50,4)	115 (100)
Ангулярный хейлит	6 (5,3)	13 (11,5)	11 (9,7)	7 (6,2)	17 (15,1)	24 (21,2)	12 (10,6)	23 (20,4)	46 (40,7)	67 (59,3)	113 (100)
Метеорологический хейлит	11 (12,2)	6 (6,7)	17 (18,9)	16 (17,8)	17 (18,9)	11 (12,2)	4 (4,4)	8 (8,9)	49 (54,4)	41 (45,6)	90 (100)
Хроническая трещина губы	нет	нет	11 (15,1)	4 (5,5)	16 (21,9)	13 (17,8)	14 (19,2)	15 (20,5)	41 (56,2)	32 (43,8)	73 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	4 (7,7)	5 (9,6)	4 (7,7)	12 (23,1)	6 (11,5)	7 (13,5)	14 (26,9)	нет	28 (53,8)	24 (46,2)	52 (100)
Итого	106 (12,9)	102 (12,4)	95 (11,6)	149 (18,1)	90 (10,9)	99 (12,2)	103 (12,5)	77 (9,4)	394 (48)	427 (52)	821 (100)



Таблица 4 - Возраст и пол у пациентов с хейлитами, проживающих в предгорной местности

Хейлиты	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Эксфолиативный хейлит	39 (21,4)	25 (13,7)	27 (14,8)	20 (11)	20 (11)	12 (6,6)	24 (13,2)	15 (8,3)	110 (60,4)	72 (39,6)	
Аллергический хейлит	4 (4,8)	18 (21,4)	9 (10,7)	31 (36,9)	11 (13,1)	5 (5,9)	6 (7,2)	нет	30 (35,7)	54 (64,3)	84 (100)
Актинический хейлит	16 (17,8)	6 (6,7)	14 (15,6)	23 (25,5)	9 (10)	11 (12,2)	7 (7,8)	4 (4,4)	46 (51,1)	44 (48,9)	90 (100)
Ангулярный хейлит	4 (4,8)	3 (3,6)	9 (10,7)	11 (13,1)	17 (20,2)	16 (19)	15 (17,8)	9 (10,7)	45 (53,6)	39 (46,4)	84 (100)
Метереологический хейлит	6 (11,8)	2 (3,9)	7 (13,7)	13 (25,5)	9 (17,6)	5 (9,8)	3 (5,9)	6 (11,6)	25 (49)	26 (51)	51 (100)
Хроническая трещина губы	нет	нет	8 (18,6)	2 (4,7)	11 (25,6)	9 (20,9)	8 (18,6)	5 (11,6)	27 (62,8)	16 (37,2)	43 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	2 (5)	3 (7,5)	8 (20)	7 (17,5)	6 (15)	5 (12,5)	4 (10)	5 (12,5)	20 (50)	20 (50)	40 (100)
Итого	71 (12,4)	57 (9,9)	82 (14,3)	107 (18,6)	83 (14,4)	63 (11)	67 (11,7)	44 (7,7)	303 (52,8)	271 (47,2)	574 (100)

Таблица 5 - Возраст и полу пациентов с хейлитами, проживающих в горной местности

Хейлиты	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Эксфолиативный хейлит	58 (33)	29 (16,5)	22 (12,5)	50 (28,4)	12 (6,8)	5 (2,8)	нет	нет	92 (52,3)	84 (47,7)	
Аллергический хейлит	5 (4,4)	36 (31,6)	14 (12,3)	49 (43)	3 (2,6)	7 (6,1)	нет	нет	22 (19,3)	92 (80,7)	114 (100)
Актинический хейлит	20 (17,1)	8 (6,8)	18 (15,4)	31 (26,5)	14 (12)	13 (11,1)	9 (7,7)	4 (3,4)	61 (52,1)	56 (47,9)	117 (100)
Ангулярный хейлит	9 (7,3)	16 (12,9)	14 (11,3)	11 (8,9)	20 (16,1)	16 (12,9)	20 (16,1)	18 (14,5)	63 (50,8)	61 (49,2)	124 (100)
Метереологический хейлит	8 (12,7)	2 (3,2)	11 (17,5)	14 (22,2)	13 (20,6)	8 (12,8)	2 (3,2)	5 (7,9)	34 (54)	29 (46)	63 (100)
Хроническая трещина губы	нет	нет	13 (19,1)	3 (4,4)	17 (25)	14 (20,6)	14 (20,6)	7 (10,3)	44 (64,7)	24 (35,3)	68 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	3 (6,1)	7 (14,3)	6 (12,3)	18 (36,7)	7 (14,3)	8 (16,3)	нет	нет	16 (32,7)	33 (67,3)	49 (100)
Итого	103 (14,5)	98 (13,8)	98 (13,8)	176 (24,8)	86 (12,1)	71 (9,9)	45 (6,3)	34 (4,8)	332 (46,7)	379 (53,3)	711 (100)

При анализе хейлитов у пациентов женского и мужского пола в двух климатогеографических зонах выявлено, что чаще всего эти болезни наблюдаются у женщин, чем у мужчин, в равнинной местности соответственно 427 (52%) и 394 (48%) человек, в горной зоне соответственно 379 (53,3%) и 332 (46,7%) пациентов. В предгорной зоне чаще болеют мужчины, чем женщины 303 (52,8%) и 332 (47,2%) пациентов (Рисунок 5).

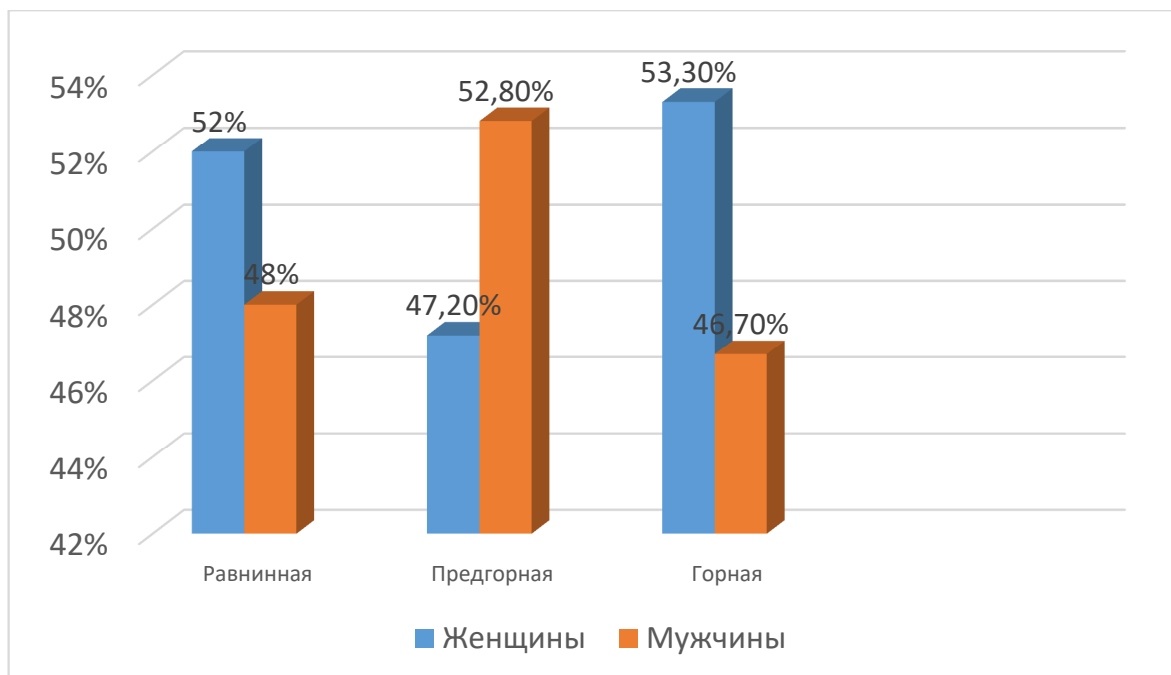


Рисунок 5 - Процентное соотношение мужчин и женщин с хейлитами в различных климатогеографических зонах РД

Таким образом, сравнительный анализ у пациентов женского и мужского пола у пациентов с хейлитами показал, что чаще всего эти болезни диагностировали у женщин, чем у мужчин, в равнинной зоне 52% и 48%, в горной зоне 53,3% и 46,7% пациентов, в тоже время эта патология в предгорной зоне чаще выявляется у мужчин 52,8%, чем у женщин 47,2%.

### **3.2 Сравнительный анализ заболеваемости различными видами воспалительных болезней красной каймы губ в зависимости от климатогеографических зон**

**Эксфолиативный хейлит.** При изучении сравнительных данных по возрастным группам и половым признакам у пациентов с хейлитами, проживающих в различных климатогеографических зонах выявлено, что эксфолиативный хейлит наиболее часто встречается у пациентов во всех климатогеографических зонах [63 в]. При этом выявлено, что в зависимости от общего количества 553 пациентов, эксфолиативный хейлит диагностирован у 312 (56,4%) мужчин и у 241 (43,6%) женщин, разница была статистически недостоверна ( $p > 0,05$ ), но при изучении различных возрастных групп выявлен статистически достоверный уровень значимости показателей (Таблица 6). Так в возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в горной зоне, соответственно 21,4% и 33%. Среди женщин в этом возрасте эксфолиативный хейлит встречался примерно одинаково во всех климатогеографических зонах.

В возрастной группе 45-59 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в предгорной, соответственно 9,2% и 14,8%. В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с эксфолиативными хейлитами, чем в предгорной зоне, соответственно 23,1% и 11%. Также в возрастной группе 45-59 лет среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с эксфолиативными хейлитами, чем в предгорной зоне, соответственно 28,4% и 11%.

Таблица 6 - Данные по возрасту и полу у пациентов с эксфолиативным хейлитом

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Равнинная	51 (26,2)	28 (14,4)	18* (9,2)	45* (23,1)	12* (6,1)	12 (6,1)	29 (14,9)	нет	110 (56,4)	85 (43,6)	195 (100)
Предгорная	39** (21,4)	25 (13,7)	27 (14,8)	20** (11)	20** (11)	12** (6,6)	24 (13,2)	15 (8,3)	110 (60,4)	72 (39,6)	182 (100)
Горная	58 (33)	29 (16,5)	22 (12,5)	50 (28,4)	12 (6,8)	5*** (2,8)	нет	нет	92 (52,3)	84 (47,7)	176 (100)
Итого	148 (26,8)	82 (14,8)	67 (12,1)	115 (20,8)	44 (8)	29 (5,2)	53 (9,6)	15 (2,7)	312 (56,4)	241 (43,6)	553 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В возрастной группе 60-74 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в предгорной зоне, соответственно 6,1% и 11%, также в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в предгорной зоне, соответственно 6,8% и 11%. В этой же группе среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с эксфолиативными хейлитами, чем в предгорной зоне, соответственно 2,8% и 6,6%. Также в возрастной группе 60-74 лет среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в равнинной зоне, соответственно 2,8% и 6,1%. В группе 75-90 лет статистическая разница при сравнении количества мужчин и женщин с этой патологией в различных климатогеографических зонах была не достоверна ( $p > 0,05$ ).

**Аллергический хейлит** по частоте выявляемости был на втором месте после эксфолиативного. Выявлено, что в зависимости от общего количества 381 пациента, аллергический хейлит диагностирован меньше у 115 (30,2%) мужчин и у 266 (69,8%) женщин, разница была статистически достоверна ( $p < 0,05$ ), также при изучении заболеваемости в различных возрастных группах выявлен статистически достоверный уровень значимости показателей (Таблица 7). В возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 8,2%, 4,8% и 4,4%. В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с аллергическими хейлитами, чем предгорной и горной зонах, соответственно 20,8%, 36,9% и 43%. В возрастной группе 60-74 лет выявлено, что у мужчин статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) эта патология больше встречалась в предгорной зоне, чем в равнинной и горной 13,1%, 6% и 2,6%.

Таблица 7 - Данные по возрасту и полу у пациентов с аллергическим хейлитом

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Равнинная	15* (8,2)	41 (22,4)	18 (9,8)	38 (20,8)	11* (6)	18* (9,8)	19 (10,4)	23 (12,6)	63 (34,4)	120 (65,6)	
Предгорная	4 (4,8)	18 (21,4)	9 (10,7)	31** (36,9)	11** (13,1)	5 (5,9)	6 (7,2)	нет	30** (35,7)	54 (64,3)	84 (100)
Горная	5*** (4,4)	36 (31,6)	14 (12,3)	49*** (43)	3*** (2,6)	7*** (6,1)	нет	нет	22*** (19,3)	92 (80,7)	114 (100)
Итого	24 (6,3)	95 (24,9)	41 (10,8)	118 (30,9)	25 (6,6)	30 (7,9)	25 (6,6)	23 (6)	115 (30,2)	266 (69,8)	381 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическими хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическими хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическими хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с хейлитами, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 9,8%, 5,9% и 6,1%. В группе 75-90 лет статистическая разница при сравнении количества мужчин и женщин с данной патологией в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ). При сравнительном анализе общего количества пациентов с аллергическим хейлитом выявлено, что у мужчин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) меньше диагностируется аллергический хейлит, чем в предгорной и равнинных зонах, соответственно 19,3%, 35,7% и 34,4%. Статистическая разница при сравнении количества пациентов с этой патологией у женщин в различных климатогеографических зонах недостоверна ( $p > 0,05$ ).

**Актинический хейлит** находится на третьем месте среди заболеваемости хейлитами. Выявлена статистически значимая разница только в возрастной группе 75-90 лет и только у женщин (Таблица 8). Так среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 6,9%, 4,4% и 3,4%. Статистическая разница при сравнении количества пациентов с актиническим хейлитом в различных возрастных периодах, как у женщин, так и у мужчин в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

**Ангулярный хейлит** по распространенности идет сразу же после актинического. Так в возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в горной зоне, соответственно 4,8% и 7,3% (Таблица 9). В этой же группе среди женщин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с ангулярными хейлитами, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 3,6%, 11,5% и 12,9%.



Таблица 8 - Данные по возрасту и полу у пациентов с актиническим хейлитом

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	
Равнинная	19 (16,5)	9 (7,8)	16 (13,9)	27 (23,5)	11 (9,6)	14 (12,2)	11 (9,6)	8* (6,9)	57 (49,6)	58 (50,4)	
Предгорная	16 (17,8)	6 (6,7)	14 (15,6)	23 (25,5)	9 (10)	11 (12,2)	7 (7,8)	4 (4,4)	46 (51,1)	44 (48,9)	90 (100)
Горная	20 (17,1)	8 (6,8)	18 (15,4)	31 (26,5)	14 (12)	13 (11,1)	9 (7,7)	4*** (3,4)	61 (52,1)	56 (47,9)	117 (100)
Итого	55 (17,1)	23 (7,1)	48 (14,9)	81 (25,1)	34 (10,6)	38 (11,8)	27 (8,4)	16 (5)	164 (50,9)	158 (49,1)	322 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таблица 9 - Данные по возрасту и полу у пациентов с ангулярными хейлитами

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	
Равнинная	6 (5,3)	13* (11,5)	11 (9,7)	7* (6,2)	17 (15,1)	24 (21,2)	12* (10,6)	23* (20,4)	46 (40,7)	67 (59,3)	
Предгорная	4* (4,8)	3** (3,6)	9 (10,7)	11 (13,1)	17 (20,2)	16 (19)	15 (17,8)	9 (10,7)	45 (53,6)	39 (46,4)	84 (100)
Горная	9 (7,3)	16 (12,9)	14 (11,3)	11 (8,9)	20 (16,1)	16*** (12,9)	20*** (16,1)	18 (14,5)	63 (50,8)	61 (49,2)	124 (100)
Итого	19 (5,9)	32 (10)	34 (10,6)	29 (9,1)	54 (16,8)	56 (17,4)	47 (14,6)	50 (15,6)	154 (48)	167 (52)	321 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярными хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярными хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярными хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с данной патологией, чем в предгорной зоне, соответственно 6,2% и 13,1%.

В возрастной группе 60-74 лет среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в предгорной, соответственно 12,9% и 19%. В возрастной группе 75-90 лет среди мужчин статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией в равнинной зоне, чем в предгорной и горной, соответственно 10,6%, 17,8% и 16,1%. Среди женщин в этой группе статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией в равнинной зоне, чем в предгорной, соответственно 20,4% и 10,7%. Статистическая разница при сравнении общего количества пациентов с ангулярным хейлитом в разных возрастных периодах, как у женщин, так и у мужчин с учетом климатогеографических зон республики недостоверна ( $p > 0,05$ ).

**Метереологический хейлит** распространен у пациентов различного пола и в различных возрастных группах более или менее равномерно (Таблица 10). Так в возрастной группе 18-44 лет среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с метереологическими хейлитами, чем в предгорной и горной, соответственно 6,7%, 3,9% и 3,2%. Статистическая разница при сравнении общего количества пациентов в различных климатогеографических зонах с метереологическим хейлитом в различные возрастные периоды (кроме возрастной группы 18-44 лет), как у женщин, так и у мужчин недостоверна ( $p > 0,05$ ).

**Хроническая трещина губы** также была распространена у пациентов различного пола и в различных возрастных группах более или менее равномерно (Таблица 11). Интересно, что в возрастной группе 18-44 лет не была выявлена эта патология ни у одного пациента.

Таблица 10 - Данные по возрасту и полу у пациентов с метеорологическими хейлитами

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Равнинная	11 (12,2)	6* (6,7)	17 (18,9)	16 (17,8)	17 (18,9)	11 (12,2)	4 (4,4)	8 (8,9)	49 (54,4)	41 (45,6)	
Предгорная	6 (11,8)	2 (3,9)	7 (13,7)	13 (25,5)	9 (17,6)	5 (9,8)	3** (5,9)	6 (11,6)	25 (49)	26 (51)	51 (100)
Горная	8 (12,7)	2*** (3,2)	11 (17,5)	14 (22,2)	13 (20,6)	8 (12,8)	2 (3,2)	5 (7,9)	34 (54)	29 (46)	63 (100)
Итого	25 (12,3)	10 (4,9)	35 (17,1)	43 (21,1)	39 (19,1)	24 (11,8)	9 (4,4)	19 (9,3)	108 (52,9)	96 (47,1)	204 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическими хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическими хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическими хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таблица 11 - Данные по возрасту и полу у пациентов с хроническими трещинами губ

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)		
Равнинная	нет	нет	11 (15,1)	4 (5,5)	16 (21,9)	13 (17,8)	14 (19,2)	15* (20,5)	41 (56,2)	32 (43,8)	73 (100)
Предгорная	нет	нет	8 (18,6)	2 (4,7)	11 (25,6)	9 (20,9)	8 (18,6)	5 (11,6)	27 (62,8)	16 (37,2)	43 (100)
Горная	нет	нет	13 (19,1)	3 (4,4)	17 (25)	14 (20,6)	14 (20,6)	7*** (10,3)	44 (64,7)	24 (35,3)	68 (100)
Итого	нет	нет	32 (17,4)	9 (4,9)	44 (23,9)	36 (19,6)	36 (19,6)	27 (14,6)	112 (60,9)	72 (39,1)	184 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хроническими трещинами губ, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хроническими трещинами губ, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хроническими трещинами губ, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В возрастной группе 75-90 лет среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с ХТГ, чем в предгорной и горной, соответственно 20,5%, 11,6% и 10,3%. Статистическая разница при сравнении общего количества пациентов в различных климатогеографических зонах с ХТГ в различные возрастные периоды (кроме возрастной группы 75-90 лет), как у женщин, так и у мужчин недостоверна ( $p > 0,05$ ).

**Гландулярный апостематозный хейлит** при сравнительном анализе общего количества заболевших выявлено, что в равнинной и предгорной зонах соотношение количества заболевших мужчин и женщин примерно одинаковое, а в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено большее количество женщин, чем мужчин, соответственно 67,3% и 32,7%. В этой же группе количество заболевших женщин в различных климатогеографических зонах было примерно одинаковое, но у мужчин статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией в горной зоне, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 32,7%, 53,8% и 50% (Таблица 12).

В возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной, соответственно 7,7% и 5%. В этой же группе среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с glandулярными хейлитами, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 14,3%, 9,6% и 7,5%. В возрастной группе 45-59 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с glandулярными хейлитами, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 7,7%, 20% и 12,3%.

Таблица 12 - Данные по возрасту и полу у пациентов с glandулярными апостематозными хейлитами

Климатогеографические зоны	Возраст и пол										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	Кол-во (%)	
Равнинная	4* (7,7)	5 (9,6)	4* (7,7)	12 (23,1)	6 (11,5)	7 (13,5)	14* (26,9)	нет	28 (53,8)	24 (46,2)	52 (100)
Предгорная	2 (5)	3** (7,5)	8** (20)	7** (17,5)	6 (15)	5 (12,5)	4 (10)	5 (12,5)	20** (50)	20 (50)	40 (100)
Горная	3 (6,1)	7*** (14,3)	6*** (12,3)	18*** (36,7)	7 (14,3)	8 (16,3)	нет	нет	16*** (32,7)	33 (67,3)	49 (100)
Итого	9 (6,4)	15 (10,6)	18 (12,8)	37 (26,2)	19 (13,5)	20 (14,2)	18 (12,8)	5 (3,5)	64 (45,4)	77 (54,6)	141 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярными апостематозными хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярными апостематозными хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярными апостематозными хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В этой же группе среди женщин в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с glandулярными хейлитами, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 36,7%, 23,1% и 17,5%. В возрастных группах 45-59 и 75-90 лет как у женщин, так и у мужчин в различных климатогеографических зонах статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ).

При сравнительном изучении общего количества пациентов с хейлитами в различных климатогеографических зонах выявлено, что при распределении по половым признакам общего количества пациентов в меньшинстве оказались мужчины (48,9%), женщин было несколько больше (51,1%), но статистическая разница была недостоверна ( $p > 0,05$ ), хотя в равнинной зоне по сравнению с предгорной статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) было больше пациентов с хейлитами, соответственно 20,2% и 12,9% (Таблица 13). При изучении сравнительных данных по возрастным группам выявлено, что в зависимости от общего количества 2106 пациентов, хейлиты диагностированы у 1029 (48,9%) мужчин и 1077 (51,1%) женщин, разница была статистически недостоверна ( $p > 0,05$ ), но при изучении различных возрастных групп выявлен статистически достоверный уровень значимости показателей.

Так в возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной, соответственно 5% и 3,4%. В этой же группе среди женщин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с хейлитами, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 2,7%, 4,8% и 4,7%. В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с хейлитами, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 5,1%, 7,1% и 8,3%. В этой же группе статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах недостоверна ( $p > 0,05$ ).



Таблица 13 - Данные по общему количеству пациентов по возрасту и полу у пациентов с хейлитами

Климатогеографические зоны	Возраст и пол пациентов										
	18-44		45-59		60-74		75-90		Всего		Общее кол-во (%)
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	Кол- во (%)	
Равнинная	106* (5)	102* (4,8)	95 (4,5)	149 (7,1)	90 (4,3)	99* (4,7)	103* (4,9)	77* (3,6)	394 (18,7)	427* (20,2)	821 (38,9)
Предгорная	71 (3,4)	57** (2,7)	82 (3,9)	107** (5,1)	83 (3,9)	63 (3)	67 (3,2)	44 (2,1)	303 (14,4)	271 (12,9)	574 (27,3)
Горная	103 (4,9)	98 (4,7)	98 (4,7)	176 (8,3)	86 (4,1)	71 (3,4)	45*** (2,1)	34*** (1,6)	332 (15,8)	379 (18)	711 (33,8)
Всего	280 (13,3)	257 (12,2)	275 (13,1)	432 (20,5)	259 (12,3)	233 (11,1)	215 (10,2)	155 (7,3)	1029 (48,9)	1077 (51,1)	2106 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хейлитами, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В возрастной группе 60-74 лет среди мужчин статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах недостоверна ( $p > 0,05$ ). В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с хейлитами, чем в предгорной, соответственно 4,7% и 3%.

В возрастной группе 75-90 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,9%, 3,2% и 2,1%. В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 3,6%, 2,1% и 1,6%.

Таким образом, при сравнительном изучении общего количества пациентов с хейлитами в различных климатогеографических зонах РД выявлено, что в процентном соотношении мужчины (48,9%), женщины (51,1%), но статистическая разница была недостоверна, хотя в равнинной зоне по сравнению с предгорной было больше мужчин с хейлитами.

В возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной зоне. В этой же группе среди женщин в предгорной зоне выявлено меньше пациентов с хейлитами, чем в равнинной и в горной зонах. В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в предгорной зоне выявлено меньше пациентов с хейлитами, чем в равнинной и горной зонах. В этой же группе статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах недостоверна. В возрастной группе 60-74 лет среди мужчин статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах также недостоверна. В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно выявлено больше пациентов с хейлитами, чем в предгорной зоне, соответственно. В возрастной

группе 75-90 лет среди мужчин в равнинной зоне выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах.

При анализе распространенности хейлитов в зависимости от нозологии статистически достоверно выявлено, что эксфолиативный реже встречается в предгорной зоне, аллергический реже встречается в предгорной и горной зонах, ангулярный выявлен реже в предгорной в возрасте 18-44 лет и в равнинной в возрасте 75-90 лет, glandулярный апостематозный реже встречается в предгорной и горной зонах, что касается метеорологического хейлита и хронической трещины губы, то они распространены у пациентов равномерно во всех климатогеографических зонах.

### **3.3. Сравнительный анализ стоматологического статуса у пациентов с воспалительными болезнями губ**

Стоматологический статус оценивали по трем критериям: кариес и его осложнения, болезни парадонта и нуждаемость в протезировании у пациентов с хейлитами, анализ проводили по всем воспалительным болезням красной каймы губ [5 а].

***Кариес и его осложнения.*** Эксфолиативный хейлит выявлен у 195 пациентов в равнинной, у 182 в предгорной и у 176 пациентов в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 64,6% пациентов в равнинной зоне, у 53,3% в предгорной и у 88,1% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при эксфолиативном хейлите в горной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 88,1% и 53,3%. Статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ) при сравнении количества пациентов с кариесом и его осложнениями при эксфолиативном хейлите в равнинной зоне, по сравнению с предгорной и горной зонами, соответственно 64,6%, 53,3% и 88,1% (Таблица 14).

Аллергический хейлит выявлен у 183 пациентов в равнинной, у 84 в предгорной и у 114 пациентов в горной зоне. При этом кариес и его

осложнения выявлены у 62,8% пациентов в равнинной зоне, 72,6% в предгорной и 46,5% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при аллергическом хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной, соответственно 72,6% и 46,5%. Статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ) при сравнении количества пациентов с кариесом и его осложнениями при аллергическом хейлите в равнинной зоне, по сравнению с предгорной и горной зоны, соответственно 62,8%, 72,6% и 46,5%.

Актинический хейлит выявлен у 115 пациентов в равнинной, 90 в предгорной и 117 пациентов в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 61,7% пациентов в равнинной зоне, 83,3% в предгорной и 80,3% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с кариесом и его осложнениями при актиническом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ).

Ангулярный хейлит выявлен у 113 пациентов в равнинной, 84 в предгорной и 124 пациентов в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 38,9% пациентов в равнинной зоне, 34,5% в предгорной и 74,2% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при ангулярном хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 74,2%, 38,9% и 34,5%.

Таблица 14 - Данные по стоматологическому статусу у пациентов с хейлитами в различных климатогеографических зонах

Климатогеографические зоны	Равнинная				Предгорная				Горная			
	Карис и его осложнения	Болевани пародонта	Нуждаемость в протезировании	Всего пациентов	Карис и его осложнения	Болевани пародонта	Нуждаемость в протезировании	Всего пациентов	Карис и его осложнения	Болевани пародонта	Нуждаемость в протезировании	Всего пациентов
Стоматологический статус												
Хейлиты												
Эксфолиативный хейлит	126 (64,6)	151 (77,4)	141 (72,3)	195 (100)	97 (53,3)	76 (41,8)	88 (48,4)	182 (100)	155 (88,1)	140 (79,5)	133 (75,6)	176 (100)
Аллергический хейлит	115 (62,8)	124 (67,8)	155 (84,7)	183 (100)	61 (72,6)	72 (85,7)	59 (70,2)	84 (100)	53 (46,5)	69 (60,5)	75 (65,8)	114 (100)
Актинический хейлит	71 (61,7)	63 (54,8)	77 (66,9)	115 (100)	75 (83,3)	77 (85,6)	69 (76,7)	90 (100)	94 (80,3)	73 (62,4)	89 (76,1)	117 (100)
Ангулярный хейлит	44 (38,9)	97 (85,8)	89 (78,8)	113 (100)	29 (34,5)	53 (63,1)	31 (36,9)	84 (100)	92 (74,2)	103 (83,1)	105 (84,7)	124 (100)
Метеорологический хейлит	77 (86,5)	69 (77,5)	58 (65,2)	90 (100)	39 (76,5)	42 (82,3)	28 (54,9)	51 (100)	45 (71,2)	54 (85,7)	61 (96,8)	63 (100)
Хроническая трещина губы	44 (60,3)	59 (80,8)	52 (71,2)	73 (100)	26 (60,5)	38 (88,4)	32 (74,4)	43 (100)	38 (57,6)	49 (74,2)	46 (69,7)	68 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	37 (71,2)	43 (82,7)	31 (59,6)	52 (100)	18 (45)	27 (67,5)	23 (57,5)	40 (100)	32 (65,3)	41 (83,7)	43 (87,7)	49 (100)

Метеорологический хейлит выявлен у 90 пациентов в равнинной, у 51 в предгорной и у 63 пациентов в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 86,5% пациентов в равнинной зоне, у 76,5% в предгорной и у 71,2% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с кариесом и его осложнениями при метеорологическом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ).

Хроническая трещина губы выявлена у 73 пациентов в равнинной, у 43 в предгорной и у 68 в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 60,3% пациентов в равнинной зоне, у 60,5% в предгорной и у 57,6% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с кариесом и его осложнениями при хронической трещине губы в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p > 0,05$ ).

Гландулярный апостематозный хейлит выявлен у 52 пациентов в равнинной, у 40 в предгорной и у 49 в горной зоне. При этом кариес и его осложнения выявлены у 71,2% пациентов в равнинной зоне, у 45% в предгорной и у 65,3% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при glandularном апостематозном хейлите в равнинной зоне по сравнению с предгорной и горной, соответственно 71,2%, 45% и 65,3%.

Таким образом, анализ стоматологического статуса с хейлитом выявил превышение кариеса и его осложнений у пациентов эксфолиативным хейлитом в горной зоне по сравнению с предгорной, соответственно 88,1% и 53,3%. Пациентов аллергическим хейлитом выявлено больше с этой патологией в предгорной зоне по сравнению с горной, соответственно 72,6% и 46,5%. Также выявлено больше пациентов с кариесом при angularном хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 74,2%, 38,9% и 34,5%. Количество пациентов с этой патологией при glandularном апостематозном хейлите в равнинной зоне по сравнению с предгорной, соответственно превышает 71,2% и 45%. В

отношении пациентов с актиническим, метеорологическим хейлитами и хронической трещиной губы, статистическая разница не достоверна в различных климатогеографических зонах.

**Болезни пародонта.** Болезни пародонта выявлены у 77,4% пациентов с эксфолиативным хейлитом в равнинной зоне, у 41,8% в предгорной и у 79,5% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией при эксфолиативном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 41,8%, 79,5% и 77,4%.

Аллергический хейлит при болезнях пародонта выявлен у 67,8% пациентов в равнинной зоне, 85,7% в предгорной и у 60,5% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с заболеваниями пародонта при аллергическом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

Актинический хейлит при болезнях пародонта выявлен у 54,8% пациентов в равнинной зоне, у 85,6% в предгорной и у 62,4% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при актиническом хейлите в предгорной зоне по сравнению с равнинной, соответственно 85,6% и 54,8%.

Ангулярный хейлит при болезнях пародонта выявлен у 85,8% пациентов в равнинной зоне, у 63,1% в предгорной и у 83,1% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с болезнями пародонта при ангулярном хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

Приводим клинический пример пациентки с ангулярным хейлитом с сочетанием пародонтита из предгорной климатогеографической зоны.

**Пациентка Ш., 20 лет,** одного из предгорных районов, обратилась с жалобами на длительно существующие эрозии в углах губ, на боли при открывании рта, усиливающиеся при разговоре.

При осмотре в уголках рта имеются эрозии ярко-красного цвета без налета. Красная кайма губ сухая, слизистая преддверия слегка

гиперемирована, отечна. Слизистая оболочка десен слегка гиперемирована, рыхлая, при пальпации кровоточит, симптом Мюллемана положительный. ГИ – 4,0; ВОР – более 30%. Имеются над- и поддесневые зубные отложения, при проведении ddT – глубина зондирования 4-6 мм, рецессия десны 2 мм, BL – от 1/3 до 1/2 длины корней, горизонтальный тип деструкции костной ткани. CAL – 8 мм. Отсутствуют 17, 28, 36, 47. Прикус глубокий. Язык слегка обложен, отечен, PTN – 4. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. На панорамной рентгенограмме выявлено снижение уровня костной ткани (межзубных перегородок) – до 1/3 длины корней зубов.

Выставлен клинический диагноз: Ангулярный хейлит на фоне глубокого прикуса. Хронический генерализованный пародонтит.

Проведены консультации гастроэнтеролога, аллерголога, патологии не выявлено. Проведено микологическое исследование с углов рта и с языка на *Candida*, в мазках выделены грибы рода *Candidaalbicans*, с чувствительностью к флюконазолу. В протокол лечения включили: обучение гигиене и санация рта, местное и общее противовоспалительное лечение, скейлинг, лечение пародонтита.

Общая терапия заключалась в витаминотерапии группы В,А,Е,С по показаниям. Витамин А 50 000 МЕ и витамин Е 200 МЕ по 1 капсуле 1 раз в день в течении 3-х недель. Витамин С по 1,0 гр. (растворимый) 1 раз в день в течении 1 месяца. Специфическая терапия заключалась в использовании флюконазола 1 табл (50 мг) x 2 раза в день в течении 10 дней, кандид по 2 капсулы x 2 раза в день в течении 14 дней. Местно использовали аппликацию на марлевых салфетках мазь «Клотримазол» на губы и на углы рта. Через 10 дней применяли аппликацию гелем Вита-гель. После еды и чистки зубов два раза в день рекомендовано антисептическое полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина, далее нанесение геля «Холисал» на пораженные участки слизистой в течении 10 дней.

Через месяц после начала лечения состояние пациента значительно улучшилось, боли исчезли, эрозии в углах рта эпителизировались.



Метеорологический хейлит при болезнях пародонта выявлен у 77,5% пациентов в равнинной зоне, у 82,3% в предгорной и у 85,7% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с заболеваниями пародонта при метеорологическом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница не достоверна ( $p>0,05$ ).

Хроническая трещина губы при болезнях пародонта выявлена у 80,8% пациентов в равнинной зоне, 88,4% в предгорной и 74,2% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с заболеваниями пародонта при хронической трещине губы в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница не достоверна ( $p>0,05$ ).

Гландулярный апостематозный хейлит при болезнях пародонта выявлен у 82,7% пациентов в равнинной зоне, 67,5% в предгорной и 83,7% в горной зоне. При сопоставимом анализе количества пациентов с болезнями пародонта при хронической трещине губы в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница не достоверна ( $p>0,05$ ).

Таким образом, при изучении стоматологического статуса болезни пародонта выявлены меньше всего при эксфолиативном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 41,8%, 79,5% и 77,4%. Также выявлено больше пациентов с этой патологией при актиническом хейлите в предгорной зоне по сравнению с равнинной, соответственно 85,6% и 54,8%. В отношении пациентов с другими нозологическими формами хейлитов статистическая разница не достоверна в различных климатогеографических зонах.

***Нуждаемость в протезировании.*** Эксфолиативный хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 72,3% пациентов в равнинной зоне, 48,4% в предгорной и 75,6% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p<0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией при эксфолиативном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 48,4%, 75,6% и 72,3%.

Аллергический хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 84,7% пациентов в равнинной зоне, у 70,2% в предгорной и у 65,8% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с нуждаемостью в протезировании при аллергическом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p>0,05$ ).

Актинический хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 66,9% пациентов в равнинной зоне, 76,7% в предгорной и у 76,1% в горной зоне. При детальном анализе количества пациентов с нуждаемостью в протезировании при актиническом хейлите в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p>0,05$ ).

Ангулярный хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 78,8% пациентов в равнинной зоне, у 36,9% в предгорной и у 84,7% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p<0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией при ангулярном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 36,9%, 84,7% и 78,8%.

Метеорологический хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 65,2% пациентов в равнинной зоне, у 54,9% в предгорной и у 96,8% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p<0,05$ ) выявлено больше пациентов при метеорологическом хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 96,8%, 65,2% и 54,9%.

Хроническая трещина при нуждаемости в протезировании выявлена у 71,2% пациентов в равнинной зоне, у 74,4% в предгорной и у 69,7% в горной зоне. При сравнительном анализе количества пациентов с нуждаемостью в протезировании при хронической трещине губы в равнинной, предгорной и горной зонах статистическая разница недостоверна ( $p>0,05$ ).

Гландулярный апостематозный хейлит при нуждаемости в протезировании выявлен у 59,6% пациентов в равнинной зоне, у 57,5% в предгорной и у 87,7% в горной зоне. Статистически достоверно ( $p<0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией при glandularном

апостематозном хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 87,7%, 59,6% и 57,5%.

Таким образом, при изучении стоматологического статуса выявлена меньшая нуждаемости в протезировании при эксфолиативном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 48,4%, 75,6% и 72,3%. Также выявлено больше пациентов с этой патологией при актиническом хейлите в предгорной зоне по сравнению с равнинной, соответственно 76,6% и 66,9%. В отношении пациентов с другими нозологическими формами хейлитов статистическая разница не достоверна в различных климатогеографических зонах. Статистически достоверно выявлено меньше пациентов с этой патологией при ангулярном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 36,9%, 84,7% и 78,8%. Статистически выявлено больше пациентов с этой патологией при метеорологическом хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 96,8%, 65,2% и 54,9%. В отношении пациентов с другими нозологическими формами хейлитов, статистическая разница была недостоверна в различных климатогеографических зонах.

#### **3.4. Сравнительный анализ соматического статуса у пациентов с воспалительными болезнями губ**

Исследование проводили в трех климатогеографических зонах у пациентов с хейлитами, данные которых вносили в графу медицинской карты каждого пациента (раздел соматические болезни) в виде сопутствующего заболевания. Эти сопутствующие патологические процессы были разбиты на 6 разделов по МКБ-10 (болезни системы кровообращения, органов пищеварения, нервной и эндокринной систем, органов дыхания, аллергические состояния), остальные группы в исследование не включали в виду их малочисленности [63 б].

В равнинной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом чаще выявляли сопутствующие болезни органов пищеварения (30,4%).

Приводим клинический пример пациента с эксфолиативным хейлитом и хроническим гастритом.

*Пациентка А., 31 год*, жалобы на сухость губ, шелушение, зуд, частое образование на губах чешуек, с привычкой скусывать их. Предъявляет также жалобы на боли в эпигастральной области, особенно после еды. При осмотре в области нижней губы в центральной части выявлены чешуйки сероватого цвета, плотно прикрепленные к красной кайме губ, при снятии чешуек обнажается ярко красная поверхность, при этом кожа вокруг губ не изменена (Рисунок 6).

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре преддверия рта – слизистая оболочка слегка гиперемирована, выявлены незначительные зубные отложения в пришеечной области, глубина зондирования (3-4 мм), ВЛ – атрофия костной ткани в области 31, 32, 41, 42 зубов на 1/3 длины корней, имеется рецессия десны 2 мм. САЛ – нарушение клинического прикрепление – 5 мм. Прикус глубокий. Острые края фронтальных зубов. Слизистая оболочка рта бледно розового цвета, увлажнена, язык слегка обложен налетом беловатого цвета.



Рисунок 6 - В области нижней губы в центральной части выявлены чешуйки сероватого цвета, плотно прикрепленные к красной кайме губ

После консультации гастроэнтеролога выявлен хронический гастрит, лечение назначено гастроэнтерологом (проведена 14-дневная эрадикационная терапия: диета, омепразол 40 мг два раза в сутки, кларитромицин по 500 мг два раза в сутки, амоксициллин 1 г два раза в сутки). Явления гастрита через две недели купированы.

Выставлен диагноз: эксфолиативный хейлит (сухая форма), хронический генерализованный пародонтит, хронический гастрит.

Проведено обучение гигиене рта, скейлинг, выравнивание окклюзионных взаимоотношений зубов. Общее лечение включало: витаминотерапию по показаниям (В1 и В6, В12). Рекомендовано принимать вит. А по 50 000 МЕ по 1 капсуле x 1 раз в день в течение 3 недель. Вит. Е по 200 МЕ по 1 капсуле x 1 раз в день в течение 3 недель. Вит. С по 1,0 гр. (растворимый) 1 раз в день в течение 1 месяца.

Местное лечение заключалось в ферментотерапии (трипсин), и противовоспалительную терапию (гиоксизоновую мазь) в виде аппликации на марлевых салфетках на пораженные участки – 20 минут, в течение 7-10 дней. После еды и чистки зубов два раза в день рекомендовано полоскание полости рта 0,05% раствором хлоргексидина, и нанесение геля «Холисал» два раза в день в течение 10 дней. Через месяц после начала лечения состояние пациента значительно улучшилось, корочки исчезли, красная кайма губ чистая, блестящая (Рисунок 7).



Рисунок 7 - Через месяц после лечения корочки исчезли, красная кайма губ чистая

Гораздо реже в равнинной части выявляли сопутствующие болезни органов дыхания и кровообращения (по 10,6%) (Таблица 15).

У пациентов с аллергическим хейлитом чаще определяли болезни эндокринной системы (36,2%), реже всего болезни нервной системы (3,2%).

С актиническим хейлитом многократно выявляли болезни органов пищеварения (47,7%), реже всего болезни нервной системы (4,6%).

У пациентов с ангулярным хейлитом почти всегда имелись болезни органов пищеварения (30,7%), реже всего болезни системы дыхания (7,9%).

Метеорологический хейлит преимущественно наблюдали при заболеваниях эндокринной системы (32,5%), реже всего при болезнях системы кровообращения (7,7%).

У пациентов с хронической трещиной губ чаще обнаружены болезни эндокринной системы (25,4%), реже всего аллергические состояния и болезни пищеварения (по 11,1%).

Гландулярный апостематозный хейлит неоднократно отмечался при аллергических состояниях (33,3%), реже всего при болезнях системы кровообращения (4,8%).

Таблица 15 - Данные по соматическим болезням у пациентов с хейлитам, проживающих в равнинной зоне

Хейлиты	Соматическая патология у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматической патологии %
Эксфолиативный хейлит	49 (30,4)	17 (10,6)	18 (11,2)	34 (21,1)	17 (10,6)	26 (16,1)	161 (100)
Аллергический хейлит	18 (19,1)	4 (4,3)	3 (3,2)	34 (36,2)	11 (11,7)	24 (25,5)	94 (100)
Актинический хейлит	41 (47,1)	18 (20,7)	4 (4,6)	9 (10,3)	8 (9,2)	7 (8,1)	87 (100)
Ангулярный хейлит	31 (30,7)	14 (13,9)	21 (20,8)	16 (15,8)	8 (7,9)	11 (10,9)	101 (100)
Метеорологический хейлит	7 (13,5)	4 (7,7)	6 (11,5)	17 (32,5)	8 (15,4)	10 (19,2)	52 (100)
Хроническая трещина губы	7 (11,1)	8 (12,7)	14 (22,7)	16 (25,4)	11 (17,5)	7 (11,1)	63 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	3 (7,2)	2 (4,8)	8 (19)	6 (14,3)	9 (21,4)	14 (33,3)	42 (100)

В предгорной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом преимущественно отмечались болезни эндокринной системы (34,9%), реже всего болезни органов дыхания (5,9%) (Таблица 16). У пациентов с аллергическим хейлитом многократно диагностировали болезни эндокринной системы (26,2%), реже всего аллергические состояния (11,9%). У пациентов с актиническим хейлитом почти всегда выявляли болезни пищеварения (37,4%), реже всего болезни нервной системы (3,4%). У пациентов с ангулярным хейлитом неоднократно устанавливали болезни органов пищеварения (25,6%), реже всего болезни органов дыхания (6,4%). У пациентов с метеорологическим хейлитом преимущественно наблюдали болезни эндокринной системы (29,4%), реже всего болезни системы кровообращения (5,9%). У пациентов с хронической трещиной губы зачастую определяли болезни эндокринной системы (32,6%), реже всего аллергические состояния и болезни системы кровообращения (по 9,3%). У пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом преимущественно имелись болезни эндокринной системы (45%), реже всего болезни систем кровообращения и органов дыхания (по 7,5%).

В горной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом неоднократно выявляли аллергические состояния (36,4%), реже всего болезни органов дыхания (9,1%) (Таблица 17). У пациентов с аллергическим хейлитом чаще наблюдали аллергические состояния (29,7%), реже всего болезни системы дыхания (8,8%). Пациенты с актиническим хейлитом зачастую имели аллергические состояния (81,6%), реже всего болезни системы кровообращения (1,9%), не выявлены пациенты с болезнями нервной и эндокринной систем. Пациенты с ангулярным хейлитом больше имели болезни нервной системы (22,8%), реже всего аллергические состояния (7,6%).



Таблица 16 - Данные по соматическим болезням у пациентов с хейлитам, проживающих в предгорной зоне

Хейлиты	Соматическая патология у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматической патологии %
Эксфолиативный хейлит	39 (25,7)	16 (10,5)	19 (12,5)	53 (34,9)	9 (5,9)	16 (10,5)	152 (100)
Аллергический хейлит	11 (13,1)	13 (15,5)	12 (14,3)	22 (26,2)	16 (19)	10 (11,9)	84 (100)
Актинический хейлит	33 (37,5)	14 (15,9)	3 (3,4)	18 (20,5)	6 (6,8)	14 (15,9)	88 (100)
Ангулярный хейлит	20 (25,6)	11 (14,1)	17 (21,8)	18 (23,1)	5 (6,4)	7 (9)	78 (100)
Метеорологический хейлит	8 (15,7)	3 (5,9)	5 (9,8)	15 (29,4)	6 (11,8)	14 (27,4)	51 (100)
Хроническая трещина губы	5 (11,6)	4 (9,3)	10 (23,3)	14 (32,6)	6 (13,9)	4 (9,3)	43 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	нет	3 (7,5)	6 (15)	18 (45)	3 (7,5)	10 (25)	40 (100)

Таблица 17 - Данные по соматическим болезням у пациентов с хейлитам, проживающих в горной зоне

Хейлиты	Соматическая патология у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматической патологии
Экфолиативный хейлит	18 (14,9)	17 (14,1)	15 (12,4)	16 (13,2)	11 (9,1)	44 (36,4)	121 (100)
Аллергический хейлит	19 (20,9)	11 (12,1)	10 (10,9)	16 (17,6)	8 (8,8)	27 (29,7)	91 (100)
Актинический хейлит	13 (12,6)	2 (1,9)	нет	нет	4 (3,9)	84 (81,6)	103 (100)
Ангулярный хейлит	14 (15,2)	18 (19,6)	21 (22,8)	13 (14,1)	19 (20,7)	7 (7,6)	92 (100)
Метереологический хейлит	7 (12,9)	8 (14,8)	12 (22,3)	11 (20,4)	9 (16,7)	7 (12,9)	54 (100)
Хроническая трещина губы	18 (40,9)	14 (31,9)	8 (18,2)	2 (4,5)	2 (4,5)	нет	44 (100)
Гландулярный апостематозный хейлит	14 (28,6)	5 (10,2)	11 (22,4)	13 (26,5)	2 (4,1)	4 (8,2)	49 (100)

У пациентов с метеорологическим хейлитом зачастую выявляли болезни нервной системы (22,3%), реже всего аллергические и болезни органов пищеварения (по 12,9%). У пациентов с хронической трещиной губы преимущественно наблюдали болезни органов пищеварения (40,9%), реже всего эндокринные болезни и болезни органов дыхания (по 4,5%), не выявлены с аллергическими. Пациенты с glandулярным апостематозным хейлитом больше имели болезни органов пищеварения (28,6%), реже всего болезни органов дыхания (4,1%).

При сравнительном анализе данных по соматическим болезням у пациентов с хейлитами, проживающих в различных климатогеографических зонах выявлено следующее. В равнинной и предгорной зонах у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с болезнями органов пищеварения, чем в горной зоне, соответственно 30,4%, 25,7% и 14,9% (Таблица 18). В горной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с болезнями эндокринной системы, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 13,2%, 21,1% и 34,9%. В предгорной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с болезнями системы дыхания, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 5,9%, 10,6% и 9,1%. В предгорной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определяли меньше пациентов с аллергическими состояниями, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 10,5%, 16,1% и 36,4%. Статистическая разница при болезнях системы кровообращения и нервных болезнях в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с аллергическими хейлитами в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) наблюдали меньше пациентов с болезнями органов пищеварения, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 13,1%, 19,1% и 20,9% (Таблица 19).

Таблица 18 - Данные по соматическим болезням у пациентов с эксфолиативным хейлитом

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические заболевания у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические болезни %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	49 (30,4)	17 (10,6)	18 (11,2)	34* (21,1)	17* (10,6)	26* (16,1)	161 (100)
Предгорная	39** (25,7)	16 (10,5)	19 (12,5)	53** (34,9)	9** (5,9)	16** (10,5)	152 (100)
Горная	18*** (14,9)	17 (14,1)	15 (12,4)	16*** (13,2)	11 (9,1)	44*** (36,4)	121 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с эксфолиативным хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таблица 19 - Данные по соматическим болезням у пациентов с аллергическим состоянием

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические заболевания у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	18 (19,1)	4* (4,3)	3* (3,2)	34 (36,2)	11* (11,7)	24* (25,5)	94 (100)
Предгорная	11** (13,1)	13 (15,5)	12 (14,3)	22 (26,2)	16** (19)	10** (11,9)	84 (100)
Горная	19 (20,9)	11*** (12,1)	10*** (10,9)	16*** (17,6)	8 (8,8)	27 (29,7)	91 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическим хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическим хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с аллергическим хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В равнинной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с болезнями системы кровообращения, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,3%, 15,5% и 12,1%. Болезней нервной системы в равнинной у пациентов с аллергическими хейлитами статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) имели меньше пациентов, чем в предгорной и горных зонах, соответственно 3,2%, 14,3% и 10,9%. Болезней эндокринной системы в горной зоне у пациентов с аллергическими хейлитами статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлялись реже, чем в равнинной зоне, соответственно 17,6% и 36,2%. В равнинной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) наблюдали меньше с болезнями органов дыхания, чем в предгорной зоне, соответственно 11,7% и 19%, а в предгорной зоне больше чем в горной, соответственно 19% и 8,8%. Аллергические состояния в предгорной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) установлено меньше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 11,9%, 25,5% и 29,7%.

В горной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) реже определяли болезни органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 12,6%, 47,1% и 37,5% (Таблица 20). Болезни системы кровообращения в горной зоне пациенты с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) имели меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 1,9%, 20,7% и 15,9%. В равнинной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определили меньше пациентов с болезнями эндокринной системы, чем в предгорной зоне, соответственно 10,3% и 20,5%, в тоже время эта патология в горной зоне невыявлена. В горной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определили меньше болезни органов дыхания, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 3,9%, 9,2% и 6,8%.

Таблица 20 - Данные по соматическим болезням у пациентов с актиническим хейлитом

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические болезни у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	41 (47,1)	18 (20,7)	4 (4,6)	9* (10,3)	8 (9,2)	7* (8,1)	87 (100)
Предгорная	33** (37,5)	14** (15,9)	3 (3,4)	18 (20,5)	6** (6,8)	14** (15,9)	88 (100)
Горная	13*** (12,6)	2*** (1,9)	нет	нет	4*** (3,9)	84*** (81,6)	103 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с актиническим хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

В равнинной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) обнаружили меньше аллергических состояний, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 8,1%, 15,9% и 81,6%. Статистическая разница при нервных болезнях в различных климатогеографических зонах при актиническом хейлите была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с ангулярным хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) реже определялись болезни органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 15,2%, 30,7% и 25,6% (Таблица 21). Болезни эндокринной системы в предгорной зоне у пациентов с ангулярным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) преимущественно больше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 23,1%, 15,8% и 14,1%. Болезни органов дыхания в горной зоне у пациентов с ангулярным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) зачастую больше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 20,7%, 7,9% и 6,4%. Статистическая разница при болезнях системы кровообращения, нервных болезнях и аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с ангулярным хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с метеорологическим хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) обнаружено больше с болезнями системы кровообращения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 14,8%, 7,7% и 5,9% (Таблица 22). Болезни нервной системы в горной зоне у пациентов с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определяли чаще, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 22,3%, 11,5% и 9,8%. Болезни эндокринной системы в горной зоне у пациентов с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) установили меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 20,4%, 32,5% и 29,4%.



Таблица 21 - Данные по соматическим болезням у пациентов с ангулярным хейлитом

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические болезни у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	31 (30,7)	14 (13,9)	21 (20,8)	16 (15,8)	8 (7,9)	11 (10,9)	101 (100)
Предгорная	20** (25,6)	11 (14,1)	17 (21,8)	18** (23,1)	5** (6,4)	7 (9)	78 (100)
Горная	14*** (15,2)	18 (19,6)	21 (22,8)	13 (14,1)	19*** (20,7)	7 (7,6)	92 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярным хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярным хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с ангулярным хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таблица 22 - Сравнительные данные по соматическим болезням у пациентов с метеорологическим хейлитом

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические болезни у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	7 (13,5)	4 (7,7)	6 (11,5)	17 (32,5)	8 (15,4)	10 (19,2)	52 (100)
Предгорная	8 (15,7)	3 (5,9)	5** (9,8)	15** (29,4)	6 (11,8)	14** (27,4)	51 (100)
Горная	7 (12,9)	8*** (14,8)	12*** (22,3)	11*** (20,4)	9 (16,7)	7*** (12,9)	54 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическим хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическим хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с метеорологическим хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Аллергические состояния у пациентов в горной зоне с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) обнаружили меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 12,9%, 19,2% и 27,4%. Статистическая разница при болезнях органов пищеварения, болезнях органов дыхания в различных зонах у пациентов с метеорологическим хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ). Пациенты с хронической трещиной губы в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) имели больше болезней органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 40,9%, 11,1% и 11,6%.

Болезни системы кровообращения у пациентов с хронической трещиной губы в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определяли больше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 31,9%, 12,7% и 9,3% (Таблица 23). Болезни эндокринной системы в горной зоне у пациентов с хронической трещиной губы статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) обнаружены меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 4,5%, 25,4% и 32,6%. Болезни органов дыхания в горной зоне у пациентов с хронической трещиной губы статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 4,5%, 17,5% и 13,9%. Статистическая разница при болезнях нервной системы, аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с хронической трещиной губы была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

У пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определяли преимущественно болезни органов пищеварения, чем в равнинной зоне, соответственно 28,6% и 7,2%. Болезни системы кровообращения у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,8%, 7,5% и 10,2% (Таблица 24). Болезни нервной системы в горной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически

достоверно ( $p < 0,05$ ) обнаружено больше, чем в предгорной зоне,  
соответственно 22,4% и 15%.

Таблица 23 - Данные по соматическим болезням у пациентов с хронической трещиной губы

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические болезни у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	7 (11,1)	8 (12,7)	14 (22,7)	16 (25,4)	11 (17,5)	7 (11,1)	63 (100)
Предгорная	5** (11,6)	4** (9,3)	10 (23,3)	14** (32,6)	6** (13,9)	4 (9,3)	43 (100)
Горная	18*** (40,9)	14*** (31,9)	8 (18,2)	2*** (4,5)	2*** (4,5)	Нет	44 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хронической трещиной губы, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хронической трещиной губы, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с хронической трещиной губы, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Таблица 24 - Данные по соматическим болезням у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом

Климатогеографические зоны	Выявленные соматические болезни у пациентов с хейлитами						
	Болезни органов пищеварения %	Болезни системы кровообращения %	Болезни нервной системы %	Болезни эндокринной системы %	Болезни органов дыхания %	Аллергические состояния %	Общее количество соматических пациентов %
Равнинная	3 (7,2)	2* (4,8)	8 (19)	6* (14,3)	9* (21,4)	14 (33,3)	42 (100)
Предгорная	нет	3 (7,5)	6** (15)	18** (45)	3** (7,5)	10 (25)	40 (100)
Горная	14*** (28,6)	5*** (10,2)	11 (22,4)	13*** (26,5)	2*** (4,1)	4 (8,2)	49 (100)

Примечание:

\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом, проживающих в равнинной зоне, по сравнению с предгорной;

\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом, проживающих в предгорной зоне, по сравнению с горной;

\*\*\* -  $P < 0,05$  - уровень значимости показателей у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом, проживающих в горной зоне, по сравнению с равнинной.

Болезни эндокринной системы в предгорной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) опеределено больше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 45%, 14,3% и 26,5%.

Болезни органов дыхания в равнинной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) обнаружено больше, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 21,4%, 7,5% и 4,1%. Статистическая разница при аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

При сочетании воспалительных болезней красной каймы губ с патологией органов и тканей рта проводили следующие мероприятия: санацию полости рта, традиционное консервативное комплексное лечение у пациентов с хейлитами, включающее общую терапию в виде десенсибилизирующей, седативной и витаминотерапии, иногда назначали антибиотики и иммуномодуляторы. Так же всем пациентам, с этой патологией рекомендовали препараты общеукрепляющего действия (витамин С, Е, группы В). При местном лечении назначали противовоспалительные, противогрибковые, антисептические средства, а также препараты, ускоряющие эпителизацию красной каймы губ. Пациентам рекомендовали длительное смазывание губ гигиеническими помадами или кремами для губ. При тяжелой соматической патологии после консультации с терапевтом, а при необходимости с гастроэнтерологом, неврологом и кардиологом проводили лечение сопутствующей соматической патологии.

Таким образом, сравнительные данные показывают, что пациенты с воспалительными заболеваниями красной каймы часто наблюдали сопутствующую соматическую патологию, так пациенты с эксфолиативным хейлитом чаще имеют болезни органов пищеварения (23,7%), причем больше в равнинной и меньше в горной, соответственно 30,4% и 14,9%. У пациентов с аллергическими состояниями чаще наблюдали болезни эндокринной

системы (26,7%), причем больше в равнинной зоне и меньше в горной, соответственно 36,2% и 17,6%. У пациентов с актиническим хейлитом чаще выявляют аллергические состояния (35,2%), причем больше в горной и меньше в равнинной зонах, соответственно 81,6% и 8,1%. У пациентов с ангулярным хейлитом чаще определяют болезни органов пищеварения (23,8%), причем больше в равнинной и меньше в горной, соответственно 30,7% и 15,2%. У пациентов с метеорологическим хейлитом чаще обнаружены болезни эндокринной системы (27,4%), причем больше в равнинной и меньше в горной, соответственно 32,5% и 20,4%. У пациентов с хронической трещиной губы чаще наблюдали болезни нервной системы (21,4%), примерно на одном уровне во всех зонах, хотя немного больше в предгорной и меньше в горной, соответственно 23,3% и 18,2%. Пациенты с glandулярным апостематозным хейлитом чаще имеют болезни эндокринной системы (28,6%), причем больше в предгорной зоне и меньше в равнинной, соответственно 45% и 14,3%.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Республике Дагестан имеются достаточно суровые климатические условия, такие как резкие перемены атмосферного давления и низкой и высокой температуры воздуха, избыток ультрафиолетового облучения, высокая влажность, особенности питания, которые отрицательно влияют на распространенность стоматологической патологии населения [39]. Суровые климатические условия проживания и недостаток фтора в питьевой воде (менее 0,16 г/л) оказывают отрицательное действие на состоянии здоровья органов и тканей рта жителей горной климатогеографической зоны Республики Дагестан [1, 40]. Кроме того, действие этих отрицательных факторов усиливается недостаточным уровнем стоматологической помощи, неудовлетворительной индивидуальной гигиеной рта и низкой мотивацией сохранения стоматологического здоровья [4]. Не смотря, на тяжелые климатические условия, особенно в сельской местности республики, никто из исследователей не изучал распространение болезней красной каймы губ у населения РД.

Для выявления особенностей структуры, возрастного состава и пола у пациентов хейлитами в различных регионах Республики Дагестан (равнинном, предгорном и горном), было проведено за три года (2019-2021 гг.) обследование взрослого населения (2106 человек), охватывающее основные возрастные группы, в трех климатогеографических зонах РД. При этом в равнинной зоне выявлены 821, в предгорной зоне 574 и горной зоне 711 пациентов с хейлитами. Исследовали наиболее часто встречаемые в регионах Республики Дагестан следующие воспалительные болезни красной каймы губ: эксфолиативный, аллергический, актинический, ангулярный, метеорологический, glandулярный апостематозный хейлиты и хронические трещины губ, классифицируемые в основном по МКБ-10.

Все пациенты были разделены на три группы:

- 1 группа – пациенты с воспалительными болезнями губ, проживающие в равнинной зоне Республики Дагестан (821 человек – 38,98%).
- 2 группа – пациенты с воспалительными болезнями губ, проживающие в предгорной зоне Республики Дагестан (574 человек – 27,26%).
- 3 группа - пациенты с воспалительными болезнями губ, проживающие в горной зоне Республики Дагестан (711 человек – 33,76%).

При обследовании красной каймы губ выясняли продолжительность заболевания, характер жалоб, сухость, болезненность губ и комиссур при широком открывании рта, улыбке, приеме пищи, эстетические недостатки, время появления первых симптомов, учитывали, проводилось ли лечение по поводу данного заболевания, его характер, результат и эффективность. Визуально оценивали состояние красной каймы губ и кожи периоральной области, обращали внимание на архитектуру, цвет, наличие сухости, корочек, трещин, эрозий, состояние углов рта, наличие лихенизации и пигментации кожи в области комиссур. Пальпаторно обследовали трещины, эрозии красной каймы губ, комиссур, оценивая их болезненность и плотность краев. Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием компьютерной программы Microsoft Office Excel 2013 (Microsoft Corporation) и пакета программ Statistica 6.0 (StatSoftInc).

В исследовании принимали участие 1029 мужчин и 1077 женщин в возрасте от 18 до 90 лет. Наибольшее распространение этой патологии (33,6%) было в возрастной группе 45-59 лет, меньше всего (17,5%) воспалительных болезней красной каймы губ было в возрастной группе 75-90 лет. Чаще выявлялся у женщин, чем у мужчин соответственно 51,1% и 48,9%.

Среди воспалительных заболеваний красной каймы губ в Республики Дагестан чаще всего выявлялся эксфолиативный хейлит – у 553 (26,2%) пациентов от общего количества пациентов. Сухая форма эксфолиативного хейлита была выявлена у 348 (62,9%) пациентов, экссудативная форма у 205 (37,1%) человек. На втором месте диагностировали аллергический хейлит у 381 (18,1%) жителей республики, далее следовали практически в равной мере

- актинический у 322 (15,4%) и ангулярный у 321 (15,3%) пациентов. Количество пациентов с метеорологическим хейлитом и хронической трещине губ также находились примерно на одном уровне – соответственно 204 (9,7%) и 184 (8,7%) пациентов. Реже всего встречался у пациентов glandулярный апостематозный хейлит, у 141 (6,6%) пациентов. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) аллергический хейлит у пациентов чаще выявлен в равнинной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной и горной областями – соответственно у 183 (8,7%) и 84 (4%), 114 (5,4%) человек. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) ангулярный хейлит у пациентов чаще выявлен в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной, соответственно у 124 (5,9%) и 84 (4%) человек. Статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) хроническая трещина губы чаще выявлена у пациентов в равнинной и горной климатогеографических зонах, по сравнению с предгорной – соответственно у 73 (3,4%), 68 (3,2%) и 43 (2,1%) человек. При сравнительном анализе распространенности различных видов хейлитов (экسفолитивный, актинический, glandулярный апостематозный) у пациентов в различных климатогеографических зонах, статистически достоверных данных не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Становится понятным, что некоторые виды хейлитов (аллергический, ангулярный, хроническая трещина губы) менее распространены у жителей в предгорной климатогеографической зоне, чем в равнинной и горной, причем аллергические хейлиты более распространены у пациентов в равнинной, чем в предгорной и горной зонах. Ангулярный хейлит у пациентов чаще выявлен в горной климатогеографической зоне, по сравнению с предгорной и хроническая трещина губы чаще выявлена у пациентов в равнинной и горной климатогеографических зонах, по сравнению с предгорной.

При анализе возрастного состава в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан выявлены следующие особенности. Так в равнинной зоне выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 244 (29,7%) пациентов, на втором месте была

выявлена эта патология в возрастной группе 18-44 лет у 208 (25,3%) пациентов, на третьем месте определены хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 189 (23,1%) человек и на последнем месте устанавливали данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 180 (21,9%) жителей этой местности. В предгорной местности выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 189 (32,9%) пациентов, на втором месте была выявлена эта патология в возрастной группе 60-74 лет у 146 (25,4%) пациентов, на третьем месте выявляли хейлиты в возрастной группе 18-44 лет у 128 (22,3%) человек и на последнем месте устанавливали данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 111 (19,4%) жителей этой местности. В горной зоне выявлено, что наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45-59 лет у 274 (38,6%) пациентов, на втором месте была выявлена эта патология в возрастной группе 18-44 лет у 201 (28,3%) пациента, на третьем месте определяли хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 157 (22%) человек и на последнем месте устанавливали данное заболевание в возрастной группе 75-90 лет у 79 (11,1%) жителей этой местности.

Таким образом, чаще всего хейлиты выявляли в возрастной группе 45-59 лет, примерно в одинаковом количестве в различных зонах (в равнинной у 29,7%, предгорной у 32,9%, горной у 38,6%). На втором месте были определены воспалительные болезни губ в возрастной группе 18-44 лет у 25,3% в равнинной и у 28,3% пациентов в горной зоне. В предгорной зоне на втором месте была установлена эта патология в возрастной группе 60-74 лет у 25,4% пациентов. На третьем месте выявляли хейлиты в возрастной группе 60-74 лет у 23,1% человек в равнинной зоне и у 22% пациентов в горной зоне, в предгорной зоне выявляли хейлиты в возрастной группе 18-44 лет у 22,3% пациентов. Реже всего хейлиты обнаруживали в возрастной группе 75-90 лет, эти данные статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) отличались в равнинной (21,9%) и предгорной (19,4%) зонах от количества заболеваний в горной зоне у 11,1%.

При анализе возраста и пола в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан выявлены следующие особенности. Так в равнинной зоне выявлено, наиболее часто хейлиты встречались в возрастной группе 45 -59 лет у 244 (29,7%) пациентов, что чаще всего данные болезни отмечаются у женщин, чем мужчин, в равнинной местности соответственно 427 (52%) и 394 (48%) человек, в горной зоне соответственно 379 (53,3%) и 332 (46,7%) пациентов. В предгорной зоне чаще болеют мужчины, чем женщины 303 (52,8%) и 332 (47,2%) пациентов.

При сравнительном изучении общего количества пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ в различных климатогеографических зонах выявлено, что в меньшинстве оказались жители мужского пола (48,9%), жителей женского пола было несколько больше (51,1%), но статистическая разница была недостоверна ( $p > 0,05$ ), хотя в равнинной зоне по сравнению с предгорной статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) было больше пациентов с хейлитами, соответственно 20,2% и 12,9%. При изучении сравнительных данных по возрастным группам выявлено, что в зависимости от общего количества 2106 пациентов, воспалительные болезни красной каймы губ диагностированы у 1029 (48,9%) мужчин и у 1077 (51,1%) женщин, разница была статистически недостоверна ( $p > 0,05$ ), но при изучении различных возрастных групп выявлен статистически достоверный уровень значимости показателей. Так в возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной зоне, соответственно 5% и 3,4%. В этой же группе среди женщин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 2,7%, 4,8% и 4,7%. В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 5,1%, 7,1% и 8,3%. В этой же группе статистическая разница

при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ). В возрастной группе 60-74 лет среди мужчин статистическая разница при сравнении количества мужчин с воспалительными болезнями красной каймы губ в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ). В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с хейлитами, чем в предгорной зоне, соответственно 4,7% и 3%. В возрастной группе 75-90 лет среди мужчин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,9%, 3,2% и 2,1%. В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 3,6%, 2,1% и 1,6%.

Таким образом, при сравнительном изучении общего количества пациентов с хейлитами в различных климатогеографических зонах Республике Дагестан выявлено, что при изучении общего количества пациентов по половым признакам в меньшинстве оказались мужчины (48,9%), женщин было несколько больше (51,1%), но статистическая разница была недостоверна, хотя в равнинной зоне по сравнению с предгорной было больше мужчин с воспалительными болезнями красной каймы губ. В возрастной группе 18-44 лет среди мужчин в равнинной зоне выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной зоне. В этой же группе среди женщин в предгорной зоне выявлено меньше пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ, чем в равнинной и горной зонах. В возрастной группе 45-59 лет среди женщин в предгорной зоне выявлено меньше пациентов с этой патологией, чем в равнинной и горной зонах. В этой же группе статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах была недостоверна. В возрастной группе 60-74 лет среди мужчин

статистическая разница при сравнении количества мужчин с данной патологией в различных климатогеографических зонах была недостоверна. В этой же группе среди женщин в равнинной зоне статистически достоверно выявлено больше пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ, чем в предгорной зоне, соответственно. В возрастной группе 75-90 лет среди мужчин в равнинной зоне выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, выявлено больше пациентов с этой патологией, чем в предгорной и горной зонах, соответственно.

При анализе распространенности хейлитов в зависимости от нозологии статистически достоверно выявлено, что эксфолиативный хейлит реже встречается в предгорной зоне, аллергический реже встречается в предгорной и горной зонах, ангулярный хейлит выявлен реже в предгорной в возрасте 18-44 лет и в равнинной в возрасте 75-90 лет, glandулярный апостематозный хейлит реже встречается в предгорной и горной зонах, что касается метеорологического хейлита и хронической трещины губы, то они распространены у пациентов равномерно во всех климатогеографических зонах.

При изучении стоматологического статуса выявлена меньшая нуждаемость в протезировании при эксфолиативном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 48,4%, 75,6% и 72,3%. Также выявлено больше пациентов с этой патологией при актиническом хейлите в предгорной зоне по сравнению с равнинной, соответственно 85,6% и 54,8%. В отношении пациентов с другими нозологическими формами хейлитов статистическая разница была не достоверна в различных климатогеографических зонах. Статистически достоверно выявлено меньше пациентов с этой патологией при ангулярном хейлите в предгорной зоне по сравнению с горной и равнинной, соответственно 36,9%, 84,7% и 78,8%. Статистически достоверно выявлено больше пациентов с этой патологией при метеорологическом хейлите в горной зоне по сравнению с равнинной и предгорной, соответственно 96,8%,

65,2% и 54,9%. В отношении пациентов с другими нозологическими формами воспалительных болезней красной каймы губ статистическая разница была не достоверна в различных климатогеографических зонах.

При сравнительном анализе соматического статуса у пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ выявлено, что в равнинной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом чаще отмечались сопутствующие болезни органов пищеварения (30,4%), реже всего болезни системы дыхания и кровообращения (по 10,6%). У пациентов с аллергическим хейлитом чаще устанавливали болезни эндокринной системы (36,2%), реже всего болезни нервной системы (3,2%). У пациентов с актиническим хейлитом преимущественно наблюдали болезни органов пищеварения (47,7%), реже всего болезни нервной системы (4,6%). У пациентов с ангулярным хейлитом чаще определяли болезни органов пищеварения (30,7%), реже всего болезни системы дыхания (7,9%). Пациенты с метеорологическим хейлитом преимущественно имели болезни нервной системы (32,5%), реже всего болезни системы кровообращения (7,7%). У пациентов с хронической трещиной губы чаще выявляли болезни эндокринной системы (25,4%), реже всего аллергические состояния и болезни органов пищеварения (по 11,1%). Пациенты с glandулярным апостематозным хейлитом преимущественно имели аллергические болезни (33,3%), реже всего болезни системы кровообращения (4,8%). В предгорной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом чаще определяли болезни эндокринной системы (34,9%), реже всего болезни системы дыхания (5,9%). У пациентов с аллергическим хейлитом больше устанавливали болезни эндокринной системы (26,2%), реже всего аллергические состояния (11,9%). Пациентам с актиническим хейлитом в основном диагностировали болезни органов пищеварения (37,4%), реже всего болезни нервной системы (3,4%). У пациентов с ангулярным хейлитом больше имели болезни органов пищеварения (25,6%), реже всего болезни системы дыхания (6,4%). Пациентам с метеорологическим хейлитом в



основном диагностировали болезни эндокринной системы (29,4%), меньше всего болезни органов кровообращения (5,9%). Пациентам с хронической трещиной губы больше устанавливали болезни эндокринной системы (32,6%), меньше всего аллергические состояния и болезни системы кровообращения (по 9,3%). Пациентам с glandулярным апостематозным хейлитом больше определяли болезни эндокринной системы (45%), реже всего болезни систем кровообращения и дыхания (по 7,5%). В горной климатогеографической зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом чаще выявляли аллергические состояния (36,4%), реже всего болезни системы дыхания (9,1%). Пациентам с аллергическим хейлитом чаще выявляли аллергические состояния (29,7%), реже всего болезни органов дыхания (8,8%). У пациентов с актиническим хейлитом чаще выявляли аллергические болезни (81,6%), реже всего болезни системы кровообращения (1,9%), не выявлены пациенты с болезнями нервной и эндокринной систем. Пациентам с ангулярным хейлитом чаще выявляли болезни нервной системы (22,8%), реже всего аллергические состояния (7,6%). Пациентам с метеорологическим хейлитом чаще выявляли болезни нервной системы (22,3%), реже всего аллергические и болезни органов пищеварения (по 12,9%). Пациентам с хронической трещиной губы преимущественно определяли болезни органов пищеварения (40,9%), реже всего эндокринные болезни и болезни системы дыхания (по 4,5%), не выявлены аллергические состояния. У пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом чаще выявляли болезни органов пищеварения (28,6%), реже всего болезни системы дыхания (4,1%).

При сравнительном анализе данных по соматическим болезням у пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ, проживающих в различных климатогеографических зонах, выявлено следующее. В равнинной и предгорной зонах у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше с болезнями органов пищеварения, чем в горной зоне, соответственно 30,4%, 25,7% и 14,9%. В горной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически

достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше болезнями эндокринной системы, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 13,2%, 21,1% и 34,9%. В предгорной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) установлено меньше болезнями органов дыхания, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 5,9%, 10,6% и 9,1%. В предгорной зоне у пациентов с эксфолиативным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) определено меньше с аллергическими состояниями, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 10,5%, 16,1% и 36,4%. Статистическая разница при болезнях системы кровообращения и нервных болезнях в различных климатогеографических зонах была недостоверна ( $p > 0,05$ ). Пациенты с аллергическим хейлитом в предгорной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) имели меньше болезней органов пищеварения, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 13,1%, 19,1% и 20,9%. В равнинной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) диагностировали меньше болезней системы кровообращения, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,3%, 15,5% и 12,1%. Болезни нервной системы в равнинной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в предгорной и горных зонах, соответственно 3,2%, 14,3% и 10,9%. Болезни эндокринной системы в горной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) диагностировали меньше, чем в равнинной зоне, соответственно 17,6% и 36,2%. В равнинной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше с болезнями системы дыхания, чем в предгорной зоне, соответственно 11,7% и 19%, а в предгорной зоне больше чем в горной, соответственно 19% и 8,8%. Аллергические состояния в предгорной зоне у пациентов с аллергическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 11,9%, 25,5% и 29,7%. В горной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно

( $p < 0,05$ ) выявлено меньше с болезнями органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 12,6%, 47,1% и 37,5%. Болезни системы кровообращения в горной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 1,9%, 20,7% и 12,1%. В равнинной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) установлено меньше с болезнями эндокринной системы, чем в предгорной зоне, соответственно 10,3% и 20,5%, в тоже время эта патология в горной зоне не выявлена. В горной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше с болезнями системы дыхания, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 3,9%, 9,2% и 6,8%. В равнинной зоне у пациентов с актиническим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше аллергических болезней, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 8,1%, 15,9% и 81,6%. Статистическая разница при нервных болезнях в различных климатогеографических зонах при актиническом хейлите была недостоверна ( $p > 0,05$ ). У пациентов с ангулярным хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше с болезнями органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 15,2%, 30,7% и 25,6%. Болезни эндокринной системы в предгорной зоне у пациентов с ангулярным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 23,1%, 15,8% и 14,1%. Болезни системы дыхания в горной зоне у пациентов с ангулярным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 20,7%, 7,9% и 6,4%. Статистическая разница при болезнях системы кровообращения, нервных болезнях и аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с ангулярным хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ). У пациентов с метеорологическим хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше с болезнями системы кровообращения, чем в

равнинной и предгорной зонах, соответственно 14,8%, 7,7% и 5,9%. Болезни нервной системы в горной зоне у пациентов с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 22,3%, 11,5% и 9,8%. Болезни эндокринной системы в горной зоне у пациентов с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 20,4%, 32,5% и 29,4%. Аллергических состояний в горной зоне у пациентов с метеорологическим хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 12,9%, 19,2% и 27,4%. Статистическая разница при болезнях органов пищеварения, болезнях системы дыхания в различных климатогеографических зонах у пациентов с метеорологическим хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ). У пациентов с хронической трещиной губы в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) выявлено больше с болезнями органов пищеварения, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 40,9%, 11,1% и 11,6%. Болезни системы кровообращения у пациентов с хронической трещиной губы в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 31,9%, 12,7% и 9,3%. Болезни эндокринной системы в горной зоне у пациентов с хронической трещиной губы статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 4,5%, 25,4% и 32,6%. Болезни системы дыхания в горной зоне у пациентов с хронической трещиной губы статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в равнинной и предгорной зонах, соответственно 4,5%, 17,5% и 13,9%. Статистическая разница при болезнях нервной системы, аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с хронической трещиной губы была недостоверна ( $p > 0,05$ ). У пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом в горной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше с болезнями органов пищеварения, чем в равнинной зоне,

соответственно 28,6% и 7,2%. Болезни системы кровообращения у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом в равнинной зоне статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено меньше, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 4,8%, 7,5% и 10,2%. Болезни нервной системы в горной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в предгорной зоне, соответственно 22,4% и 15%. Заболевания эндокринной системы в предгорной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) выявлено больше, чем в равнинной и горной зонах, соответственно 45%, 14,3% и 26,5%. Заболевания органов дыхания в равнинной зоне у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом статистически достоверно ( $p < 0,05$ ) выявлено больше, чем в предгорной и горной зонах, соответственно 21,4%, 7,5% и 4,1%. Статистическая разница при аллергических состояниях в различных климатогеографических зонах у пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом была недостоверна ( $p > 0,05$ ).

При сочетанном поражении воспалительных болезней красной каймы губ с патологией полости рта проводили лечение заключалось: санация полости рта, традиционное консервативное комплексное лечение, включающее общую терапию в виде десен сибиллизующей, седативной и витаминотерапии, по показаниям назначали антибиотики и иммуномодуляторы. Так же всем пациентам, с воспалительными заболеваниями красной каймы губ рекомендовали препараты общеукрепляющего действия (витамин С, Е, группы В). При местном лечении назначали противовоспалительные, противогрибковые, антисептические средства, а также препараты, ускоряющие эпителизацию красной каймы губ. Пациентам рекомендовали длительное смазывание губ гигиеническими помадами или кремами для губ. По показаниям пациенты были проконсультированы с врачами общего профиля (гастроэнтерологом, неврологом и кардиологом эндокринологом, аллергологом, терапевтом).

Таким образом, сравнительные данные показывают, что у пациентов с воспалительными заболеваниями красной каймы часто обнаружена сопутствующая соматическая патология, так пациенты с эксфолиативным хейлитом чаще имеют болезни органов пищеварения (23,7%), причем больше в равнинной и меньше в горной, соответственно 30,4% и 14,9%. У пациентов с аллергическим хейлитом чаще устанавливали болезни эндокринной системы (26,7%), причем больше в равнинной и меньше в горной местности, соответственно 36,2% и 17,6%. У пациентов с актиническим хейлитом установлены аллергические состояния (35,2%), причем больше в горной и меньше в равнинной области, соответственно 81,6% и 8,1%. Пациенты с ангулярным хейлитом чаще имеют болезни органов пищеварения (23,8%), причем больше в равнинной и меньше в горной, соответственно 30,7% и 15,2%. У пациентов с метеорологическим хейлитом определены болезни эндокринной системы (27,4%) причем больше в равнинной и меньше в горной местности, соответственно 32,5% и 20,4%. У пациентов с хронической трещиной губы чаще отмечали заболевания нервной системы (21,4%), примерно на одном уровне во всех зонах, хотя немного больше в предгорной и меньше в горной, соответственно 23,3% и 18,2%. У пациентов с glandулярным апостематозным хейлитом чаще устанавливали болезни эндокринной системы (28,6%), причем больше в предгорной и меньше в равнинной, соответственно 45% и 14,3%.

## ВЫВОДЫ

1. Уровень распространенности воспалительных болезней красной каймы губ отличается в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан, так в равнинной зоне чаще встречается аллергический хейлит и хроническая трещина губы, в предгорной зоне реже встречаются эксфолиативный, ангулярный и glandулярный апостематозный хейлиты. В горной зоне выше распространенность аллергического и ангулярного хейлита.
2. Имеется высокая распространенность воспалительных заболеваний красной каймы губ у взрослого населения, при этом чаще выявляется эксфолиативный хейлит (26,2%). Некоторые формы поражения красной каймы губ, такие как аллергический и ангулярный хейлиты, хроническая трещина губ более распространены в равнинной и горной климатогеографических зонах.
3. В Республике Дагестан воспалительные болезни губы чаще определяются у женщин, чем у мужчин, в равнинной зоне 52% и 48%, соответственно, в горной зоне 53,3% и 46,7%, соответственно, в то же время воспалительные болезни красной каймы губ в предгорной зоне чаще выявляются у мужчин (52,8%), чем у женщин (47,2%).
4. Воспалительными болезнями губ чаще поражаются пациенты в возрасте 45-59 лет при одинаковой распространенности в различных климатогеографических зонах. При этом в равнинной и горной зонах чаще они встречаются в возрасте 18-44 лет, а в предгорной возрастной группе 60-74 лет. Реже хейлиты наблюдаются в возрастной группе 75-90 лет, с большей распространенностью в равнинной (21,9%) и предгорной (19,4%) зонах.
5. У пациентов с воспалительными болезнями красной каймы губ имеется поражение зубов кариесом с осложнениями (64,9%), болезни пародонта (72,8%), а также высокая нуждаемость в ортопедическом лечении (70,5%).
6. Пациенты с воспалительными заболеваниями красной каймы губ часто имеют сопутствующую соматическую патологию, так при эксфолиативном

хейлите выявляются болезни органов пищеварения (23,7%), причем больше в равнинной и меньше в горной зонах, соответственно, 30,4% и 14,9%. Болезни эндокринной системы имеются у 26,7%, аллергические состояния у 35,2% пациентов.



## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях совершенствования организации и улучшения качества диагностики и оказания стоматологической помощи при воспалительных заболеваниях губ необходимо:

### 1. Руководителям стоматологических медицинских организаций:

- в климатогеографических регионах с высоким уровнем распространенности воспалительных болезней губ проводить периодическое обследование населения для их своевременного выявления;
- обеспечить в полном объеме оказание стоматологической помощи пациентам с воспалительными болезнями губ;
- организовать диспансерное наблюдение за пациентами с болезнями губ;
- организовать широкую санитарно-просветительскую работу среди населения по соблюдению здорового образа жизни, отказу от вредных привычек и своевременному обращению к врачу-стоматологу;

### 2. Врачам-стоматологам:

- при осмотре стоматологического пациента обращать внимание на наличие первичных элементов поражения губ;
- при сборе анамнеза уточнять аллергологический анамнез и наследственность пациентов;
- проявлять онкологическую настороженность при сборе анамнеза;
- пациентам с болезнями губ проводить санацию рта;
- своевременно направлять пациентов, нуждающихся в ортопедическом лечении к врачам-стоматологам-ортопедам;
- всех пациентов с воспалительными болезнями губ ставить на диспансерный учет;
- активно заниматься санитарно-просветительской работой.

3. Провести лечебно-профилактические мероприятия по выявлению воспалительных заболеваний красной каймы губ,
4. Для уменьшения негативного воздействия климатических факторов и солнечного излучения, необходимо восполнение дефицита витаминов и микроэлементов по лабораторным показателям, а также использовать крема с системой защиты в виде УФ-фильтров.
5. В качестве лечения воспалительных болезней красной каймы губ назначить комплексные мази с высокоактивными глюкокортикоидными компонентами.
6. Для подтверждения диагноза, в сложных случаях, при необходимости назначать консультации врачей других специальностей (терапевт, эндокринолог, гастроэнтеролог, аллерголог).

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

ВНЧС	височно-нижнечелюстной сустав
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГКЗ	горная климатогеографическая зона
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ККГ	красная кайма губ
МКБ 10	Международная классификация болезней 10 созыва
ПКЗ	предгорная климатогеографическая зона
РД	Республика Дагестан
РКЗ	равнинная климатогеографическая зона
СКВ	системная красная волчанка
СО	слизистая оболочка
СОР	слизистая оболочка рта
ХТГ	хроническая трещина губы

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абдурахманов, Г.Г. Клинико-эпидемиолого-экологические аспекты заболеваемости пародонтитом взрослого населения сельской местности Республики Дагестан: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Гусен Гусенович Абдурахманов. – Махачкала, 2009. – 24 с.
2. Алиева, С.Б. Рак губы. Клинические рекомендации / С.Б. Алиева, Ю.В. Алымов, М.В. Болотин и др. - М., 2017. – 20 с.
3. Алимский, А.В. Метеорологические хейлиты - краевая патология северных промышленных территорий / А.В. Алимский, Л.М. Алпатова // Новое в стоматологии. - 2000.- №2.-С.35-36.
4. Алиханов, Т.М. Состояние и пути повышения эффективности стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, а также долгожителей (материалы по Республике Дагестан): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14, 14.02.03 / Алиханов Тимур Маратович. – М., 2013. – 23 с.
5. Асхаков, М.С. Хейлиты: воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожи губ / М.С. Асхаков // Вестник молодого ученого. – 2015. - № 3. – С. 37-42.
- 5а. Ашуев Ж.А., Штанчаева М. М., Ибрагимова С-П. М., КсанаевТ.Н. Стоматологический статус у больных хейлитами в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан / Ж.А. Ашуев, М.М. Штанчаева, С-П.М. Ибрагимова, Т.Н. Ксанаев // Институт стоматологии. – 2022. - №3 (96). – С. 80-82.
6. Барер, Г.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Мед. пособие / Г.М. Барер. - М.: МЗРФ МГМСУ, 2003. – 116 с.
7. Боровский, Е.В. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский. – М., 2003. - 736 с.
8. Брусенина, Н.Д. Заболевания губ. Учебное пособие / Н.Д. Брусенина, Е.А. Рыбалкина. – М.: ГОУ ВУНМЦ. – 2005. – 184 с.
9. Брусенина, Н.Д. Опыт комплексного лечения хронических

заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ / Н.Д. Брусенина, С.В. Тарасенко, Е.А. Рыбалкина Н.А. Конарева // Стоматология для всех. – 2007. - № 3. – С. 14-17.

10. Брусенина, Н.Д., Рыбалкина Е.А., Антонова Н.О. Психоэмоциональная коррекция при лечении пациентов хроническими рецидивирующими трещинами губ на фоне эксфолиативного хейлита / Н.Д. Брусенина, Е.А. Рыбалкина, Н.О. Антонова // Сб. «Стоматология нового тысячелетия». – М., 2002. – С. 128—129.

11. Волкова, М.Н. Заболевания слизистой оболочки рта: учебно-методическое пособие / М.Н. Волкова, Ю.П. Чернявский, Н.А. Сахарук, Ю.Р. Еленская. – Витебск: ВГМУ, 2016. – 236 с.

12. Воронина, Е.П. Стоматологический статус детей, родившихся и постоянно проживающих в районе расположения алюминиевого завода: дис. ... канд. мед. наук; 14.00.21 / Воронина Евдокия Петровна. – Волгоград, 1995. – 196 с.

13. Гажва, С.И. Современные методы лечения заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ / С.И. Гажва, А.В. Дятел, О.С.Надейкина// Современные проблемы науки и образования. – 2014. - №6. – С. 1127.

14. Гажва, С.И. Проблема ранней диагностики онкопатологии слизистой оболочки рта (социальные аспекты) / С.И. Гажва, А.В. Грехов, Т.П. Горячева, И.В. Сенина-Волжская // Современные проблемы науки и образования. - 2015. – № 3. – С. 22-23. [http:// www.science-education.ru/123-19168](http://www.science-education.ru/123-19168).

15. Гажва, С.И. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области / С.И. Гажва, А.В. Дятел // Фундаментальные исследования. – 2014. - №10-6. – С. 1076-1080.

16. Гемонов, В.В. Развитие и строение органов ротовой полости и зубов / В.В. Гемонов, Э.Н. Лаврова, Л.И. Фалин. – М.: ГОУ ВУНМЦ МХ РФ, 2002. – 256 с.

17. Горбатова, Л.Н. Физиологические и иммунологические аспекты аллергических хейлитов у детей / Л.Н. Горбатова. - Архангельск, 1997. - 19 с.
18. Горячева, Т.П. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки рта / Т.П. Горячева, О.В. Шкаредная, Э.А. Базикян и др. // Современные технологии в медицине. – 2017. № 3(9). С. 118-124.
19. Гусев, Ю.С. Частота и особенности течения метеорологического хейлита у населения Тюменского Севера / Ю.С. Гусев, Б.Н. Зырянов. - Омск, 1990. - 6 с. - Русь. - деп. в «Союзмединформ», № Д-19337.
20. Данилевский, Н.Ф. Кератозы слизистой оболочки полости рта и губ / Н.Ф. Данилевский, Л.И. Урбанович // Киев: Здоровье, 2009. - 220 с.
21. Денисова, М.А. Клинико–функциональное обоснование фотодинамической терапии хронических заболеваний губ: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Денисова Мария Анатольевна. – М., 2016. – 150 с.
22. Дзугаева, И.И. Анализ структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, регистрируемых у взрослого населения на приеме в типовой стоматологической поликлинике / И.И. Дзугаева, К.В. Умарова // Российский стоматологический журнал. – 2014. - №5. – С. 50-52.
23. Дрожжина, В.А. Особенности распространения, профилактики и лечения хейлитов у детей 7-12 лет г. Санкт-Петербурга / В.А. Дрожжина, М.К. Русак, Е.В. Леонова // Пародонтология. - 2000. - № 2 (16). - С. 45-48.
24. Дятел, А.В. Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний красной каймы губ у пациентов с atopическим дерматитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Дятел Алёна Викторовна. – Нижний Новгород, 2015. – 24 с.
25. Зайков, С.В. Аллергические заболевания губ: клиника, диагностика, лечение / С.В. Зайков, О.В. Желиховская // Новости медицины и фармации. – 2014. - № 1-2. – С. 485-486.
26. Зорян, Е.В. Применение комплексного гомеопатического препарата «Траумель С» при лечении хронической рецидивирующей

трещины губы / Е.В. Зорян, М.В. Матавкина // Российский стоматологический журнал. – 2012. - №3. – С. 26-30.

27. Зыкеева, С.К. Заболевания языка и губ у детей и подростков / С.К. Зыкеева, М.О. Билисбаева // Вестник КазНМУ. – 2018. - №1. – С. 148-153.

28. Зыкова, Е.А. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / Е.А. Зыкова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. – 2016. – № 3. – С. 49-55.

29. Елизарова, В.М. Атопический хейлит при атопическом дерматите у детей / В.М. Елизарова, В.В. Репина // Фарматека. – 2013. - № 2. – С. 12-14.

30. Каприн, А.Д. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2017. – 250 с.

31. Караков, К.Г. Инфекционные заболевания в практике врача-стоматолога / К.Г. Караков, К.С. Гандылян, С.М. Безроднова и др. – Ереван, 2015. – 204 с.

32. Каррадерз, А. Ботокс / А. Каррадерз, Д. Каррадерз // М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 159 с.

33. Каррадерз, А. Контурная и объемная пластика / А. Каррадерз, Д. Каррадерз // М.: ООО «Рид Элсивер», 2010. – 224 с.

34. Киржинова, Е.М. Гемодинамические и микробиологические аспекты местной терапии самостоятельных заболеваний красной каймы губ: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 // Киржинова Екатерина Михайловна. – Ставрополь, 2015. – 140 с.

35. Костина, И.Н. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица: Учебное пособие для врачей-стоматологов-хирургов, челюстно-лицевых хирургов и стоматологов-терапевтов / И.Н. Костина, А.А. Епишова, С.С. Григорьев и др. – Издательский Дом «ТИРАЖ», 2019. – 84 с.

36. Крихели, Н.И. Заболевания губ в эстетической стоматологии / Н.И. Крихели, Н.Д. Брусенина, Е.А. Рыбалкина // Российская стоматология. –

2012. - № 4. – С. 57-64.

37. Крихели, Н.И. Заболевания губ. Учебное пособие / Н.И. Крихели, Е.В. Пустовойт, Е.А. Рыбалкина – М.: Практическая медицина. – 2016.–112 с.

38. Кулыгина, В.Н. Патогенетическое обоснование комплексного лечения и профилактики воспалительных и деструктивных заболеваний красной каймы губ: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.22 // Кулыгина Валентина Николаевна. — Винница, 2003. — 44 с.

39. Курбанов, О.Р. Функционирование и механизмы развития регионального рынка стоматологических услуг: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.21, 14.00.33 / Курбанов Оми Рамазанович. – М., 2009. – 44 с.

40. Курбанов, О.Р. Распространенность и интенсивность болезней пародонта у взрослого населения горной климатогеографической зоны Республики Дагестан // О.Р. Курбанов, А.И. Абдурахманов, З.О. Курбанов и др. // Вестник ДГМА. – 2013. - № 4(9). – С. 48-50.

41. Ласкарис, Д. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта: руководство для врачей / Д. Ласкарис. – М.: Московское информационное агентство, 2006. – 304 с.

42. Лемецкая, Т.И. Применение препарата «Мексидол» в комплексной профилактике и лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта / Т.И. Лемецкая, Е.Л. Аллик, Е.В. Зорян // Стоматология для всех. – 2002. – № 4. – С. 22–23.

43. Лесков, А.С. Анализ стоматологической заболеваемости рабочих химического производства: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.14 / Лесков Александр Сергеевич. - Н. Новгород, 2012. – 23 с.

44. Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.М. Лукиных. – Н. Новгород, 2000. – 367 с.

45. Луцкая, И.К. Заболевания губ – хейлиты / И.К. Луцкая // Consilium Medicum. Дерматология. – 2016. - № 1. – С. 58–62.

46. Луцкая, И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта / И.К. Луцкая // Современная стоматология.



– 2011. - № 1. – С. 33-36.

47. Машкиллейсон, А.Л. Кожные и венерические болезни / А.Л. Машкиллейсон, С.А. Кутин, Е.И. Абрамова и др. — М.: Медицина, 1986. — 256 с.

48. Машкиллейсон, А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки рта / А.Л. Машкиллейсон. - М.: Медицина, 1970. - 270 с.

49. Мосесянц, Э.Н. Структура стоматологической заболеваемости в детской популяции // Вопросы стоматологии: тезисы доклада. – Караганда. – 1992. – С.25-27.

50. Московский, А.В. Особенности ортопедического лечения при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / А.В. Московский, Ю.А. Вокулова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. – С. 791.

51. Мудунов, А.М. Злокачественные образования губы. Клинические рекомендации / А.М. Мудунов, И.В. Решетов, Е.Л. Чойнзонов и др. – М., 2020. – 27 с.

52. Пурсанова, А.Е. Клинико-иммунологические особенности предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ / А.Е. Пурсанова, Л.Н. Казарина, О.О. Гущина и др. // Стоматология. – 2018. - №5. – С. 23-26.

53. Рабинович И.М. Клинико-патогенетические аспекты различных форм хейлита / И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович, А.С. Абрамова. М.А. Денисова // Стоматология. – 2016. - №95(1). – С. 67-72.

54. Святенко, Т. Преканкрозы / Т. Святенко, А. Прохач // Косметология. – 2012. – Т. 55, № 5. – С. 68–71.

55. Страхова, С.Ю. Заболевания губ у детей. Клинические лекции / С.Ю. Страхова, Л.Н. Дроботько // Consilium-medicum. Педиатрия. – 2011. - №4. - С. 91-96.

56. Ткач, С.С. Патология красной каймы, слизистой и кожи губ: современное состояние вопроса / С.С. Ткач, Л.М. Яновский // Сибирский

медицинский журнал. – 2006. - № 2. – С. 10-15.

57. Торопова, Н.П. Распространённость и клинические особенности хейлита у детей, пациентов атипичным дерматитом / Н.П. Торопова, Т.С. Лепешкова, С.Н. Теплова // В помощь практическому врачу. – 2010. - №4. - С. 60-65.

58. Урбанович, Л.И. Нейрогистологическое и гистохимическое исследование трещин губ / Л.И. Урбанович, И.С. Иванов, А.И. Райда и др. // Врачебное дело. - 2014. - № 2. - С. 22-25.

59. Филиппова, Е.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, губ, языка у людей пожилого и старческого возраста / Е.В. Филиппова, А.К. Иорданишвили, Д.А. Либих // Пародонтология. - 2013. - № 2 (67). - С. 69-72.

60. Хисматуллина, З.Р. Уход при заболеваниях красной каймы губ / З.Р. Хисматуллина, А.И. Булгакова, Г.Р. Хамзина, М.В. Зацепина // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. - №2. – С. 81—86.

61. Цветкова, Л.А. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Л.А. Цветкова, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 208 с.

62. Чернышева, Н.Д. Алгоритм обследования пациентов с заболеваниями слизистой оболочки рта и красной каймы губ / Н.Д. Чернышева, Г.И. Ронь, Н.Н. Костромская // Проблемы стоматологии. – 2000. - №1. – С. 5-6.

63. Чуйкин, С.В. Особенности клинического течения красного плоского лишая слизистой оболочки рта, ассоциированной с герпесвирусной инфекцией / С.В. Чуйкин, Г.М. Акмалова, Н.Д. Чернышева // Современные проблемы науки и образования. – 2015. № 2. <http://science-education.ru/ru/article/view?id=18735>.

63а. Штанчаева, М.М. Распространенность хейлитов в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан в зависимости от возрастных групп и гендерных отличий / М.М. Штанчаева // Медицинский альфавит. – 2022. - №7. – С.37–39.

63б. Штанчаева, М.М., Ашуев Ж.А, Смирнова Л.Е. Сравнительный анализ соматического статуса у больных с хейлитами в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан / М.М. Штанчаева, Ж.А, Ашуев, Л.Е. Смирнова. // Институт стоматологии. – 2021. - №4 (93).–С. 94-95.

63в. Штанчаева М.М., Ашуев Ж.А., Ксанаев Т.М., Ибрагимова С-П.М. Распространенность эксфолиативного хейлита и лечебные мероприятия у пациентов в различных климатогеографических зонах Республики Дагестан / М.М. Штанчаева, Ж.А. Ашуев, Т.М. Ксанаев, С-П.М. Ибрагимова // Институт стоматологии. – 2022. - №2 (95). - С. 67 – 69.

64. Янушевич, О.О. Пародонтология / под ред. О.О. Янушевича. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с.

65. Almazrooa, S.A. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience / S.A. Almazrooa, S.B. Woo, H. Mawardi, N. Treister // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. – 2013. - Vol. 116. – P. 485-489. doi: 1016/j.oooo.2013.08.016.

66. Bakula, A. Contact allergy in the mouth: diversity of clinical presentations and diagnosis of common allergens relevant to dental practice / A. Bakula, L. Lugović-Mihić, M. Šitum et al. // Acta Clin Croat. - 2011. - Vol. 50. – P. 553-561.

67. Banks, T. comprehensive review of current treatments for granulomatous cheilitis / T. Banks, S. Gada // Br J Dermatol. - 2012. - Vol. 166. – P. 934-937. doi: 10.1111/j.1365-2133.2011.10794.

68. Bentley, J.M. Paying more than lip service to lip lesions / J.M. Bentley, B. Barankin, G.J. Lauzon // Can Fam Physician. - 2003. - Vol. 49. – P. 1111-1116.

69. Bermejo-Fenoll, A. Premalignant nature of oral lichen planus. A retrospective study of 550 oral lichen planus patients from south-eastern Spain / A. Bermejo-Fenoll, M. SanchezSiles, P. López-Jornet et al. // Oral Oncol. – 2009. – Vol. 45. – P. 54-56.

70. Bork, K. Diseases of the lips and mouth / K. Bork // In: Dermatology,

3<sup>rd</sup> edn., Berlin: Springer-Verlag, - 2009. – P. 1081-1107.

71. Bovenschen, H.J. Novel treatment for cheilitis glandularis / H.J. Bovenschen // *Acta DermVenereol.* - 2009. - Vol. – 89. – P. 99-100.
72. Budimir, J. Oral lesions in patients with pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid / J. Budimir, L. Mihić, M. Šitum et al. // *Acta Clin Croat.* - 2008. - Vol. 47(1). – P. 13-18.
73. Budimir, V. Allergic contact cheilitis and perioral dermatitis caused by propolis: case report / V. Budimir, V. Brailo, I. Alajbeg et al. // *Acta Dermatovenerol Croat.* - 2012. - Vol. 20(3). – P. 187-190.
74. Callen, J.P. Cutaneous lupus erythematosus: a personal approach to management / J.P. Callen // *Australas J Dermatol.* - 2006. - Vol. 47. – P. 13-27.
75. Chan, W.M.M. Severely crusted cheilitis as an initial presentation of systemic lupus erythematosus / W.M.M. Chan, S.M. Pang, S.K. Ng // *Indian J Dermatol.* - 2017. - Vol. 62(4). – P. 440. doi: 10.4103/ijd.IJD\_559\_16.
76. Charakida, A. Safety and side effects of the acne drug, oral isotretinoin / A. Charakida, P.E. Mouser, A.C. Chu // *Expert Opin Drug Saf.* - 2004. - Vol. 3. – P. 119-129.
77. Charpentier, C. A surprising granulomatous cheilitis / C. Charpentier, D. Kottler, C. Fite et al. // *Gastroenterology.* – 2017. – Vol. 154 (5). doi: 10.1053/j.gastro.2017.07.005.
78. Collet, E. Cheilitis, perioral dermatitis and contact allergy / E. Collet, G. Jeudy, S. Dalac // *Eur J Dermatol.* - 2013. - Vol. 23. – P. 303-307. doi: 10.1684/ejd.2013.1932.
79. Critchlow, W.A. Cheilitis granulomatosa: a review / W.A. Critchlow, D. Chang // *Head Neck Pathol.* - 2014. - Vol. 8. – P. 209-213. doi: 10.1007/s12105-013-0488-2.
80. Das Chagas, E. Optical diagnosis of actinic cheilitis by infrared spectroscopy / E. Das Chagas, L.F. Silva de Carvalho, T.M. Pereira et al. // *PhotodiagnosisPhotodynTher.* - 2016. - Vol. 16. – P. 27-34. doi: 10.1016/j.pdpdt.2016.07.013.

81. De Souza Lucena, E.E. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers / E.E. De Souza Lucena, D.C. Costa, E.J. da Silveira et al. // *Oral Dis.* - 2012. - Vol. 18. – P. 575-579.
82. Dermnet New Zealand all about the skin [Internet]. New Zealand: Dermatological Society. - 2017. Cheilitis; [about 3 screens]. Available from: <https://www.dermnetnz.org/topics/cheilitis/>.
83. Devani, A. Answer: Can you identify this condition? /A. Devani // *Can Fam Physician.* - 2007. - Vol. 53. – P. 1022-1023.
84. Duvančić, T. Prominent features of allergic angioedema on oral mucosa / T. Duvančić, L. Lugović-Mihić, A. Brekalo et al. // *Acta Clin Croat.* - 2011. - Vol. 50(2). P. 531-538.
85. Friedrich, R.E. Cheilitis glandularis: case report with respect to immunohistochemical findings / R.E. Friedrich, T. Löning // *GMS InterdiscipPlastReconstr Surg DGPW.* - 2016. - Vol. 5. – P. Doc04. doi: 10.3205/iprs000083.
86. Green, A. Discoid erythematosus in Australian Aborigines / A. Green // *Australasian Journal of Dermatology.* - 2007. - Vol. 36. – P. 175-177.
87. Greenberg, S.A. Diseases of the lips / S.A. Greenberg, B.J. Schlosser, G.W. Mirowski // *Clin Dermatol.* - 2017. - Vol. 35(5). – P. e1-e14. doi: 10.1016/j.clindermatol.2017.11.003.
88. Happle, R. Morsicatiolinguarum as a lapsus linguae: a linguistic poem / R. Happle // *Dermatology.* - 2001. - Vol. 202. – P. 344.
89. Kang, H.S. Three Cases of 'MorsicatioLabiorum' / H.S. Kang, H.E. Lee, Y.S. Ro et al. / *Ann Dermatol.* – 2012. - Vol. 24(4). – P. 455-458. <https://doi.org/10.5021/ad.2012.24.4.455>.
90. Kelava, N. Oral allergy syndrome – the need of a multidisciplinary approach / N. Kelava, L. Lugović-Mihić, T. Duvančić et al. // *Acta Clin Croat.* - 2014. - Vol. 53(2). – P. 210-9.

91. Lavanya, N. Oral lichen planus: An update on pathogenesis and treatment / N. Lavanya, P. Jayanthi, K. Ranganathan // *J. Oral Maxillofac. Pathol.* – 2011. – Vol. 15, № 2. – P. 127-132.
92. Liu, W. Malignant potential of oral and labial chronic discoid lupus erythematosus: a clinicopathological study of 87 cases / W. Liu, Z.Y. Shen, L.J. Wang et al. // *Histopathology.* - 2011. - Vol. 59. – P. 292-298.
93. Lodi, G. Hepatitis C virus infection and lichen planus: a systematic review with meta-analysis / G. Lodi, R. Pellicano, M. Carrozzo // *Oral Dis.* – 2010. – Vol. 16. – P. 601-12.
94. Lu, S. Initial diagnosis of anemia from sore mouth and improved classification of anemias by HCV and RDW in 30 patients / S. Lu, H. Wu // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod.* - 2004. - Vol. 98. – P. 679-685. doi:10.1016/S1079210404000599.
95. Lugović, L. Atopic dermatitis: immunophenotyping of inflammatory cells in skin lesions / L. Lugović, J. Lipozenčić, J. Jakić-Razumović // *Int J Dermatol.* - 2001. - Vol. 40. P. 489-494. doi: 10.1046/j.1365-4362.2001.01203.
96. Lugović-Mihić, L. Psychoneuroimmunologic aspects of skin diseases / L. Lugović-Mihić, L. Ljubešić, J. Mihić et al. // *Acta Clin Croat.* - 2013. - Vol. 52(3). – P. 337-345.
97. Lugović-Mihić, L. Differential Diagnosis of Cheilitis – How to Classify Cheilitis? / L. Lugović-Mihić, K. Pilipović, I. Crnarić, M. Šitum // *Acta Clin Croat.* - 2018. - Vol. 57. – P. 342-351. doi: 10.20471/acc.2018.57.02.16.
98. Lugović-Mihić, L. Bolestikože s promjenamalicuiusnojšupljini / L. Lugović-Mihić, M. Šitum // *Zagreb: Medicinskanaklada; 2017.* (in Croatian)
99. Mani, S.A. Exfoliative cheilitis: report of a case / S.A. Mani, B.T. Shareef // *J Can Dent Assoc.* - 2007. - Vol. 73. – P. 629-632.
100. Martins-Filho, P.R. The prevalence of actinic cheilitis in farmers in a semi-arid northeastern region of Brazil / P.R. Martins-Filho, L.C. Da Silva, M.R. Piva // *Int J Dermatol.* - 2011. - Vol. 50. – P. 1109-1114.

101. Michele, G. Hepatitis C virus chronic infection and oral lichen planus: an Italian casecontrol study / G. Michele et al. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2007. – Vol. 19, № 8. – P. 647-52.
102. Miranda, A.M. Prevalence of actinic cheilitis in a population of agricultural sugarcane workers / A.M. Miranda, L.G. Soares, T.M. Ferrari et al. // *Acta Odontol Latinoam.* - 2012. - Vol. 25. – P. 201-206.
103. Muhvić-Urek, M. Oral pathology in inflammatory bowel disease / M. Muhvić-Urek, M. Tomac-Stojmenović, B. Mijandrušić-Sinčić // *World J Gastroenterol.* - 2016. - Vol. 22. – P. 5655-5667. doi: 10.3748/wjg.v22.i25.5655.
104. Muthukrishnan, A. Actinic cheilosis: early intervention prevents malignant transformation / A. Muthukrishnan, L. Bijai Kumar // *BMJ Case Rep.* - 2017. - Vol. 20. – P. 2017. pii: bcr2016218654. doi:10.1136/bcr-2016-218654.
105. Nico, M.M. Cheilitis glandularis: a clinicopathological study in 22 patients / M.M. Nico, J. Nakano de Melo, S.V. Lourenco // *J Am Acad Dermatol.* - 2010. - Vol. 62. – P. 233-238.
106. Noimark, L. Nutritional problems related to food allergy in childhood / L. Noimark, H.E. Cox // *Pediatr Allergy Immunology* - 2008. - Vol. 19. – P. 88–95.
107. O’Gorman, S.M. Contact allergy in cheilitis / S.M. O’Gorman, R.R. Torgerson // *Int J Dermatol.* - 2016. - Vol. 55. P. 386-391. doi: 10.1111/ijd.13044.
108. Panico, R. Oral mucosal lesions in anorexia nervosa, bulimia nervosa and EDNOS / R. Panico, E. Piemonte, J. Lazos et al. // *J Psychiatr Res.* - 2018. - Vol. 96. – P. 178-182. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.09.022.
109. Park, K.K. Angular cheilitis. Part 2: Nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment / K.K. Park, R.T. Brodell, S.E. Helms // *Cutis.* - 2011. - Vol. 88. – P. 27-32
110. Patil, S. Prevalence of lip lesions in an Indian population / S Patil, S. Maheshwari // *J Clin Exp Dent.* – 2014. – Vol. 6(4). – P. - e374-e378. doi:10.4317/jced.51597.

111. Peršić, S. Oral lesions in patients with lichen planus / S. Peršić, L. Lugović-Mihić, J. Budimir et al. // *Acta Clin Croat.* - 2008. - Vol. 47(2). – P. 91-96.
112. Pilati, S. Histopathologic features in actinic cheilitis by the comparison of grading dysplasia systems / S. Pilati, B.C. Bianco, D. Vieira, F. Modolo // *Oral Dis.* - 2017. - Vol. 23(2). – P. 219-224. doi: 10.1111/odi.12597.
113. Roveroni-Favaretto, L.H. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report / L.H. Roveroni-Favaretto, K.B. Lodi, J.D. Almeida // *Cases J.* - 2009. - Vol. 23. – P. 9077. doi: 10.1186/1757-1626-2-9077.
114. Salgueiro, A.P. Treatment of actinic cheilitis: a systematic review / A.P. Salgueiro, L.H. de Jesus, I.F. de Souza et al. // *Clin Oral Investig.* – 2019. - Vol. 23(5). – P. 2041-2053. doi: 10.1007/s00784-019-02895-z.
115. Samad, A. Oral manifestations of Plummer-Vinson syndrome: a classic report with literature review / A. Samad, N. Mohan, R.V. Balaji et al. // *J Int Oral Health.* - 2015. - Vol. 7. – P. 68-71.
116. Samimi, M. Cheilitis: diagnosis and treatment / M. Samimi // *Presse Med.* - 2016. - Vol. 45. – P. 240-250. doi: 10.1016/j.lpm.2015.09.024
117. Sarkar, S. Clinically granulomatous cheilitis with plasma cells / S. Sarkar, S. Ghosh, D. Sengupta // *Indian Dermatol Online J.* - 2016. - Vol. 7. – P. 96-98. doi: 10.4103/2229-5178.178094.
118. Schena, D. Contact allergy in chronic eczematous lip dermatitis / D. Schena, F. Fanntuzi, G. Girolomoni // *Eur J Dermatol.* - 2008. - Vol. 18. – P. 688-692. doi: 10.1684/ejd.2008.0520.
119. Schwarz, I. Mucosal diseases from an allergological perspective / I. Schwarz, D. Bokanovic, W. Aberer // *Hautarzt.* - 2016. - Vol. 67. – P. 780-785. doi: 10.1007/s00105-016-3866-3.
120. Scully, C. Down syndrome: lip lesions (angular stomatitis and fissures) and *Candida albicans* / C. Scully, W. Van Bruggen, P. Diz Dios et al. // *Br J Dermatol.* - 2002. - Vol. 147. – P. 37-40.



121. Shulman, J.D. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA / J.D. Shulman // *Int J Paediatr Dent.* - 2005. - Vol. 15(2). – P. 89-97. doi: 10.1111/j.1365-263X.2005.00632.x.

122. Souza Lucena, E.E. Prevalence and factors associated to actinic cheilitis in beach workers / E.E. Souza Lucena, D.C. Costa, E.J. Silveira, K.C. Lima // *Oral Dis.* - 2012. - Vol. 18. – P. 575-579. doi: 10.1111/j.1601-0825.2012.01910.

123. Staubach, P. Lichen planus / P. Staubach // *CME Dermatol.* – 2009. – Vol. 4. – P. 68-79.

124. Uptodate [Internet]. Alphen aan den Rijn (NL): Wolters Kluwer. [cited 2017. - Vol. 26]. Cheilitis; [about 10 screens]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cheilitis>.

125. Van der Waal, I. Oral leukoplakia, the ongoing discussion on definition and terminology / I. Van der Waal // *Med. Oral Pathol. Oral Cir. Bucal.* – 2015. – Vol. 20. – P. 685-92.

126. Yamaguchi, Y., Nishie W, Ito T, Shimizu H. Plasma cell cheilitis successfully treated with topical calcineurin inhibitors / Y. Yamaguchi, W. Nishie, T. Ito, H. Shimizu // *Eur J Dermatol.* - 2016. - Vol. 26(6). – P. 609-610. doi: 10.1684/ejd.2016.2858.

### Медицинская карта обследования пациента с хейлитом

ФИО \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_

Национальность \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

Используемые препараты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ срок \_\_\_\_\_

Консультация врачей \_\_\_\_\_

Жалобы (подчеркнуть нужное): боли, неэффективное жевание, эстетический дефект, запах изо рта, зуд и жжение во рту, кровоточивость десен, застревание пищи в межзубных промежутках, сухость во рту, подвижность зубов.

Состояние красной каймы губ \_\_\_\_\_

Состояние СОР (увлажненность, цвет, элементы поражения) \_\_\_\_\_

Стоматологический статус:

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 34 35 36 37 38

Упрощенный индекс CPI \_\_\_\_\_

Потеря эпителиального прикрепления \_\_\_\_\_

КПУз \_\_\_\_\_

Нуждаются в замене \_\_\_\_\_ пломб \_\_\_\_\_ коронок

Нуждаются в ортопедическом лечении \_\_\_\_\_ зубов, в удалении  
зубов \_\_\_\_\_

Данные ОПТГ и внутриротовой  
рентгенографии \_\_\_\_\_

Лабораторные методы \_\_\_\_\_

Предварительный \_\_\_\_\_ стоматологический  
диагноз \_\_\_\_\_

Проведенное лечение \_\_\_\_\_