



Тахирова Камола Абраровна, Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна
Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

АНГУЛЯР ХЕЙЛИТ

Тахирова Камола Абраровна, Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна
Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

ANGULAR CHEILITIS

Takhirova Kamola Abrarovna, Mirzakhodjaeva Nigina Firdavsovna
Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: nigina.mf@mail.ru

Резюме. Ангуляр хейлит (АХ) - оғизнинг бир ёки иккала бурчагида эритема, ёриқлар, яралар ва қобиқ пайдо бўлиши билан тавсифланган клиник касаллик бўлиб, у шиллиқ-тери бирлашмасидан боиланиб, тери юзасига тарқалади. АХ этиологияси жуда хилма-хил ва аниқлаш қийин, чунки у юқумли келиб чиқиши мултифакториал касаллик ҳисобланади. Ушбу патологиянинг ривожланиши ҳам тизимли, ҳам маҳаллий омилларга асосланади, бу фанлараро ёндашувни талаб қилади, чунки бу касаллик релапс ҳолатларининг юқори фоизини кўрсатади. Бурчакли чеилитнинг ривожланишига олиб келадиган тизимли омиллар орасида асосий ролни озуқа моддалари, яъни темир ва В витаминлари (рибофлавин, пиридоксин, кобаламин ва ниатсин) этишмаслиги ўйнайди. Маҳаллий этиологияни кўриб чиқаётганда, оғиз бурчакларида микробларнинг кўпайиши учун сурункали ва нам муҳитни яратадиган ҳар қандай омил АХ этиологияси учун жавобгар бўлиши мумкин, масалан, одатий лабни ялаш, бармоқ сўриши, оғиз бурчакларини тишлаш ва бошқалар. АХ ривожланишининг аниқ этиологиясини ўрганиш беморнинг ноқулайлиги ва оғригини энгиллаштирадиган самарали, муваффақиятли комплекс даволашни таъминлаш учун жуда муҳимдир.

Калит сўзлар: бурчакли хейлит; мултифакториал касаллик; В витаминлари; анемия.

Abstract. Angular cheilitis (AC) is a clinical disorder characterized by erythema, cracks, ulcerations, and crusting at one or both corners of the mouth, beginning at the mucocutaneous junction and extending to the skin surface. The etiology of AC is quite diverse and difficult to determine, since it is considered a multifactorial disease of infectious origin. The development of this pathology is based on both systemic and local factors, requiring a multidisciplinary approach, since this disease shows a high percentage of relapses. Among the systemic factors leading to the development of angular cheilitis, the main role is played by nutritional deficiency, namely iron and B vitamins (riboflavin, pyridoxine, cobalamin, and niacin). When considering the local etiology, any factor that creates a chronic and moist environment for microbial growth at the corners of the mouth may be responsible for the etiology of AC, such as habitual lip licking, thumb sucking, biting the corners of the mouth, etc. Investigation of the exact etiology of the development of AC is crucial to provide effective, successful comprehensive treatment to relieve the patient's discomfort and pain.

Key words: angular cheilitis; angular cheilitis; multifactorial disease; B vitamins; anemia.

Введение. Ротовая полость является одним из важнейших органов для человека. Этот орган представляет собой функциональную единицу, состоящую из зубов, языка, щек, десен и слюны, которые взаимозависимы при выполнении своих функций, а именно жевания, речи и эстетики [18]. Здоровье полости рта важно поддерживать, чтобы ее функции могли работать должным образом. Мягкие ткани полости рта выстилают всю поверхность кости и образуют стенки, которые играют роль в защите, жевании, глотании и речи [11]. Состояние мягких тканей полости рта тесно связано с системным состоянием организма. Полость рта может демонстрировать проявления системных

состояний и быть индикатором общего здоровья организма [19]. Изменения системных состояний могут влиять на изменения целостности мягких тканей в полости рта, одно из которых характеризуется появлением поражений, таких как ангулярный хейлит [13].

Ангулярный хейлит — это поражение уголков губ, вызванное множеством факторов, включая дефицит питательных веществ и системные заболевания [6]. Угловой хейлит возникает в инфицированном углу рта и характеризуется трещинами, сопровождающимися симптомами эритемы [10]. Pandarathodiyil et al. заявили, что ангулярный хейлит — это воспалительное поражение, характеризующееся эритемой, изъязвлением

и образованием корок в углах рта, которое начинается на слизисто-кожном соединении и распространяется на поверхность кожи [15]. Дефицит питательных веществ, особенно компонентов, формирующих эритроциты, таких как витамин В12, железо и фолиевая кислота, может подавлять процесс регенерации эпителиальных клеток полости рта и увеличивать риск образования язв [10].

Ангулярный хейлит — это распространенная оральная патология, характеризующаяся эритемой, трещинами и коркой на 1 или обеих губных комиссурах. Боль и зуд обычно сопровождают эти поражения [17]. Она имеет бимодальное распределение, чаще всего встречаясь у детей, а затем у взрослых (в возрасте от 30 до 60 лет) [7, 17]. Предрасполагающие факторы включают иммунодефицит, и до 10% ВИЧ-инфицированных людей имеют молочницу полости рта с сопутствующим ангулярным хейлитом или без него [7].

Этиология. Ангулярный хейлит может возникнуть в любом возрасте, как у мужчин, так и у женщин [6]. Причины ангулярного хейлита многофакторны и имеют местную и системную этиологию. Местную этиологию, участвующую в развитии ангулярного хейлита, можно классифицировать как анатомическую, механическую, аллергическую, химическую и инфекционную. Эти местные факторы могут влиять по отдельности или в сочетании друг с другом в развитии поражения. Системные причины включают дефицит питательных веществ, системные заболевания и побочные эффекты, связанные с употреблением лекарств [16].

Наиболее частой причиной ангулярного хейлита у взрослых является грибковая инфекция – *Candida albicans*, реже золотистый стафилококк [14]. Грибок рода *Candida* может жить на коже и слизистых оболочках до 75% населения [5].

Местные факторы. Угловой хейлит/инфекционный хейлит может проявиться в любом возрасте с одинаковой частотой у мужчин и женщин, но особенно часто у пожилых людей, носящих зубные протезы [3]. Недостаточная гигиена полости рта, плохо подобранные зубные протезы или отсутствие зубов у пожилых людей могут привести к чрезмерному увлажнению и мацерации слюной, что приводит к этим инфекциям [8].

1. Стоматит, связанный с зубными протезами. Несколько исследований

показали, что ангулярный хейлит чаще встречается у пациентов, носящих зубные протезы. Инфекция может начаться под верхнечелюстным протезом и оттуда распространиться на углы рта [2].

2. Физические и анатомические факторы. Уменьшение вертикальных размеров челюсти, в результате чего уголки губ чаще заполняются слюнной жидкостью и становятся местом, благоприятствующим росту микробов, склонных к изъязвлению и инфицированию. Это может быть вызвано потерей зубов у пожилых людей. Угловой хейлит является результатом размягчения тканей из-за чрезмерной влажности слюны и вторичной инфекции [9].

Системные факторы.

1. Авитаминоз. Комплекс витаминов группы В, состоящий из В2, В6, В3, В12, В9 и В12, представляет собой тип водорастворимого витамина, который играет

роль в метаболизме клеток. Дефицит витаминов В2 и В6 может проявляться в виде поражений углового хейлита, глоссита, боли в горле, а также отека и эритемы слизистой оболочки. Витамин В12 (фолиевая кислота) является одним из основных компонентов в формировании эритроцитов (эритропоэзе), поэтому недостаток этого витамина может снизить выработку эритроцитов, так что возникает анемия. Анемия ослабляет слизистый барьер полости рта, и легко возникают поражения углового хейлита [8].

2. Железодефицитная анемия (микроцитарная гипохромная анемия) является наиболее распространенной из всех анемий. Причины: хроническая потеря крови, например, при менструации, менопаузальное кровотечение, роды, кровоточащий геморрой или кровоточащее злокачественное поражение или язва в желудочно-кишечном тракте. Он также может развиваться у пациентов из-за различных причин, которые могут снизить скорость всасывания железа, таких как субтотальная или полная гастрэктомия, или при синдромах мальабсорбции. Недостаточное потребление железа с пищей является наиболее распространенным этиологическим фактором при ангулярном хейлите [8].

3. Сахарный диабет. Установлено, что угловой хейлит часто встречается у людей, страдающих сахарным диабетом [1].

4. Стресс. Пароксетин, селективный ингибитор обратного захвата серотонина, назначаемый при тревожности и депрессии, часто является причиной развития углового хейлита [15].

Лечение ангулярного хейлита. Лечение АХ должно начинаться с определения причины. Инфекционные поражения обычно реагируют на противогрибковые препараты, антисептики или их комбинации. Если поражения не реагируют на эти противомикробные препараты, необходимо учитывать другие этиологические факторы [7,8]. Неправильно подогнанные зубные протезы и другие стоматологические приспособления должны быть реконструированы для восстановления функциональности и контура лица. У пожилых пациентов с зубными протезами может потребоваться поддерживающая терапия, включая уход за зубными протезами [11]. Может потребоваться улучшение посадки зубных протезов или изготовление новых для улучшения вертикальной высоты лица. Местное применение вазелинового желе, смягчающих средств или бальзама для губ является эффективным как барьер для уменьшения мацерации комиссур и стимуляции заживления [12]. Противослюнявые протезные устройства в случаях сильного слюнотечения, такие как канюля, встроенная в зубные протезы, могут направлять слюнотечение в ротоглотку, а фотодинамическая терапия с использованием фотосенсибилизаторов и диодного света в случаях отсутствия реакции была опробована с некоторым успехом [4]. В некоторых случаях для предотвращения скопления слюны из-за потери тургора кожи можно рассмотреть возможность применения инъекционных наполнителей и хирургических имплантатов [7]. Пациентам необходимо дать рекомендации по гигиене зубных протезов, например, снимать их на ночь и тщательно очищать перед повторной установкой утром [7]. Необходимо поощрять

устранение поведенческих привычек, способствующих развитию АХ, таких как покусывание губ и курение табака. Местное применение противогрибковых препаратов, таких как нистатин, амфотерицин В, кетоконазол и нитрат миконазола, по-видимому, является популярным выбором среди врачей для лечения инфекционного АХ [9,12]. Мазь нистатина 100 000 ЕД/мл местно два раза в день эффективна во многих случаях. В качестве альтернативы, кетоконазол 2% крем местно, клотримазол 1% крем местно, миконазол 2% крем местно являются хорошими вариантами лечения [7]. Однако, когда противомикробные препараты и местные стратегии управления не работают, может потребоваться исследование системных причин. Эти системные причины могут заключаться в дефиците питательных веществ или системных заболеваниях.

Заключение. Ангулярный хейлит может проявляться в многочисленных формах. Несмотря на то, что АХ широко рассматривается как многофакторное заболевание инфекционного происхождения, это не обязательно означает, что микробные организмы инициировали поражение, проникая в ткани в углу рта. Нельзя отрицать возможность местных предрасполагающих факторов, вызывающих состояния, которые способствуют микробному вторжению. Изучение этиологии АХ имеет решающее значение для эффективного определения плана лечения. Тщательная первоначальная оценка местных предрасполагающих факторов может иметь большое значение для эффективной борьбы с этим многофакторным заболеванием.

Литература:

1. Apriasari ML. The management of herpes labialis, oral thrush and angular cheilitis in cases of oral diabetes. Dent J (Majalah Kedokt Gigi). 2019;52(2):76.
2. Budtz-jorgensen, E.; Loe, H. : chlorehexidine as a denture disinfectant in the treatment of denture stomatitis. Scandinavian J. of Dental Research 1972; 80: 457-464.
3. Cabras M, et al Treatment of angular cheilitis: A narrative review and authors' clinical experience. Oral Dis. 2019 Aug.
4. Casu C, et al Photodynamic Therapy in Non- Responsive Oral Angular Cheilitis: 4 Case Reports. Multidisciplinary Digital Publishing Institute Proceedings. 2019;35(1):69.
5. Cawson, R. A. Denture sore mouth and angular cheilitis, British Dental J. 1963; 115:441-449.
6. Fajriani, F. Management of Angular Cheilitis in children. Journal of Dentomaxillofacial Science, 2017; 2(1), 1.
7. Federico JR, Basehore BM, Zito PM. Angular Chelitis [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2020.
8. Freitas J, Bliven P, Case R. Combined zinc and vitamin B6 deficiency in a patient with diffuse red rash and angular cheilitis 6 years after Roux-en-Y gastric bypass. BMJ Case Rep. 2019 Aug 1;12(8):230605.
9. Garbacz K, Kwapisz E, Wierzbowska M. Denture stomatitis associated with small- colony variants of Staphylococcus aureus: a case report. BMC Oral Health. 2019 Oct;19(1):219.
10. Glick M. Burket's ORAL Medicine. Twelfth. Mehta LH, editor. New york, USA: People's Medical Publishing House- USA; 2015. p. 95

11. Hamdani, R., et al 2017 – 2020. An-Nadaa Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2022; 9(1), 49.
12. Lu DP. Prosthodontic management of angular cheilitis and persistent drooling: a case report. Compend Contin Educ Dent. 2007;28(10):572-7; quiz 8. Pubmed PMID:18018392.
13. Marinna, A., & Yusri, M.. Recurrent oral ulceration (rou) in microcytic hypochromic anemia (a case report). medali Journal, 2022, 4(March); 71–82.
14. Moosavi MS, Aminishakib P, Ansari M. Antiviral mouthwashes: possible benefit for COVID-19 with evidence-based approach. J Oral Microbiol. 2020;12(1).
15. Pandarathodiyil AK, Anil S, Vijayan SP. Angular cheilitis-an updated overview of the etiology, diagnosis, and management. Int J Dent Oral Sci. 2021;8(2):1437–42.
16. Rahmi, et al Angular cheilitis in elderly patient with diabetes mellitus and decrease of vertical dimensions. Acta Med Philipp. 2019;53(5):440–3.
17. Sayáns Mp, et Al. Hyaluronic Acid Dermal Fillers in The Management Of Recurrent Angular Cheilitis: A Case Report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet]. 2020;129(1):20.
18. Setiadhi, R., & Wihardja, R. Pengaruh umur terhadap jaringan lunak mulut siswa usia sekolah dasar. Jurnal Kedokteran Gigi Universitas Padjadjaran, 2019; 31(2).
19. Wight, D. G. D. Systemic Disease. Atlas of Liver Pathology, 2017; 140–144.

АНГУЛЯРНЫЙ ХЕЙЛИТ

Тахирова К.А., Мирзаходжаева Н.Ф.

Резюме. Ангулярный хейлит (АХ) — это клиническое заболевание, характеризующееся эритемой, трещинами, изъязвлениями и коркой на одном или обоих углах рта, которое начинается на стыке слизистокожных покровов и распространяется на поверхность кожи. Этиология АХ довольно разнообразна и трудно определяема, поскольку он рассматривается как многофакторное заболевание инфекционного происхождения. В основе развития данной патологии лежат как системные, так и местные факторы, требующие междисциплинарного подхода, поскольку это заболевание показывает высокий процент случаев рецидива. Среди системных факторов, приводящих к развитию углового хейлита основную роль играет дефицит питательных веществ, а именно железа и витаминов группы В (рибофлавин, пиридоксин, кобаламин и ниацин). При рассмотрении местной этиологии любой фактор, который создает хроническую и влажную среду для роста микробов на углах рта, может быть ответственным за этиологию АХ, например, привычное облизывание губ, сосание большого пальца, покусывание уголков рта и другие. Исследование точной этиологии развития АХ имеет решающее значение для предоставления эффективного, удачного комплексного лечения с целью облегчения дискомфорта и боли пациента.

Ключевые слова: ангулярный хейлит; угловой хейлит; многофакторное заболевание; витамины группы В; анемия.