

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-37-43
УДК:616.317 .616.317-002

ХЕЙЛИТЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Успенская О. А., Спиридонова С. А., Сюрняева Э. О., Жирнова Н.-А. Г.

Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия

Аннотация

Предмет исследования. Проведен обзор литературы, посвященный одной из актуальных проблем терапевтической стоматологии — заболеваниям губ.

Цель — анализ актуальной информации, посвященной заболеваниям губ. Синтез полученных данных в единой концепции.
Методология. Изучены данные специальной литературы с использованием научных поисковых библиотечных баз данных: PubMed, Elibrary, Cochrane, Google Scholar. Анализ литературы проводился по 45 источникам.

Результаты. В современном мире широко распространены заболевания слизистой оболочки полости рта, среди них значительную распространенность имеют болезни губ, многие из которых недостаточно изучены. Неоднократно предпринимались попытки создания классификации хейлитов, однако, как отмечают разные авторы, на сегодняшний день общепризнанной классификации не существует. Современным стандартом является классификация МКБ-10. Зарубежные исследователи Кристина Пилипович, Ива Црнарич, Мирна Шитум, Томислав Дуванчич предлагают новую классификацию с разделением хейлитов на три группы (преимущественно обратимые; преимущественно стойкие; хейлиты, ассоциированные с дерматозами или общесоматическими заболеваниями). В специальной литературе описано множество аспектов, присущих различным видам хейлитов. Современное направление лечения хейлитов — комплексный подход, основанный на совместном осуществлении общих и местных мероприятий.

Выводы. На сегодняшний день не существует универсальной схемы лечения заболеваний губ, однако многие авторы сходятся во мнении о необходимости реализации комбинированного лечения. Такой вариант с использованием разных групп лекарственных препаратов обеспечивает достижение эффективного результата.

Ключевые слова: хейлит, заболевания губ, трещина губы, лечение, классификация

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Ольга Александровна УСПЕНСКАЯ ORCID ID 0000-0003-2395-511X
д.м.н., доцент, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, Приволжский
исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия
uspenskaya.olga2011@yandex.ru

Сания Ахмедовна СПИРИДОНОВА ORCID ID 0000-0002-7233-446X
к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, Приволжский исследовательский
медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия
saniyaspiridonova@mail.ru

Элина Олеговна СЮРНЯЕВА ORCID ID 0000-0002-4393-399X
аспирант кафедры терапевтической стоматологии, Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия
elinasur97@yandex.ru

Наталья-Адельгейда Германовна ЖИРНОВА ORCID ID 0000-0003-2540-9075
студентка стоматологического факультета, Приволжский исследовательский медицинский университет, г. Нижний Новгород, Россия
Nataly_zhirnova@mail.ru

Адрес для переписки: Элина Олеговна СЮРНЯЕВА
603024, г. Нижний Новгород, ул. Невзоровых, 47–279
+7 (909) 2948870
elinasur97@yandex.ru

Образец цитирования:

Успенская О. А., Спиридонова С. А., Сюрняева Э. О., Жирнова Н.-А. Г.
ХЕЙЛИТЫ. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ. Проблемы стоматологии. 2022; 2: 37-43.
© Успенская О. А. и др., 2022
DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-37-43

Поступила 18.04.2022. Принята к печати 12.06.2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-37-43

CHEILITIS. A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Uspenskaya O.A., Spiridonova S.A., Syurnyaeva E.O., Zhirnova N.-A.G.

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

Annotation

Subject. A review of the literature devoted to one of the urgent problems of therapeutic dentistry — lip diseases.

Objectives. Analysis of up-to-date information on lip diseases. Synthesis of the obtained data in a single concept.

Methodology. The data of special literature were studied using scientific search library databases: PubMed, Elibrary, Cochrane, Google Scholar. Literature analysis was carried out on 45 sources.

Results. In the modern world, diseases of the oral mucosa are widespread, among them lip diseases have a significant prevalence, many of which are insufficiently studied. Attempts have been repeatedly made to create a classification of cheilitis, however, as various authors note, there is no universally recognized classification today. The modern standard is the classification of ICD-10. Foreign researchers Kristina Pilipovich, Iva Crnarich, Mirna Shitum, Tomislav Duvanchich propose a new classification with the division of cheilitis into three groups (mainly reversible; mainly persistent; cheilitis associated with dermatoses or general somatic diseases). The special literature describes many aspects inherent in various types of cheilitis. The modern direction of treatment of cheilitis is an integrated approach based on the joint implementation of general and local measures.

Conclusions. To date, there is no universal treatment regimen for lip diseases, but many authors agree on the need to implement a combined treatment. This option with the use of different groups of drugs ensures the achievement of an effective result.

Keywords: *cheilitis, lip diseases, crack of a lip, treatment, classification*

The authors declare no conflict of interest.

Olga A. USPENSKAYA ORCID ID 0000-0003-2395-511X

Grand PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of Department of Preventive Dentistry,

Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

uspenskaya.olga2011@yandex.ru

Saniya A. SPIRIDONOVA ORCID ID 0000-0002-7233-446X

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

saniyaspiridonova@mail.ru

Elina O. SYURNYAEVA ORCID ID 0000-0002-4393-399X

Postgraduate student of the Department of Preventive Dentistry, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

elinasur97@yandex.ru

Nataly-Adelgeida G. ZHIRNOVA ORCID ID 0000-0003-2540-9075

Student of the Faculty of Dentistry, Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

Nataly_zhirnova@mail.ru

Correspondence address: Elina O. SYURNYAEVA

603024, Nizhny Novgorod, Nevzorovy str., 47–279

+7 (909) 2948870

elinasur97@yandex.ru

For citation:

Uspenskaya O.A., Spiridonova S.A., Syurnyaeva E.O., Zhirnova N.-A.G.

CHEILITIS. A MODERN VIEW OF THE PROBLEM. Actual problems in dentistry. 2022; 2: 37-43. (In Russ.)

© Uspenskaya O.A. et al., 2022

DOI: 10.18481/2077-7566-2022-18-2-37-43

Received 18.04.2022. Accepted 12.06.2022

Структура стоматологических заболеваний включает в себя не только заболевания твердых тканей зубов и тканей пародонта, но и слизистой оболочки полости рта. Согласно Сапину М. Р., Биличу Г. Л., полость рта (*cavitas oris*) подразделяется на собственно полость рта и преддверие рта, которое включает губы и щеки снаружи, зубы и десны изнутри. Преддверие рта сообщается с собственно полостью рта через промежутки между зубами и щель между третьим большим коренным зубом и передним краем ветви нижней челюсти. Посредством ротового отверстия (ротовой щели) преддверие рта открывается наружу. Ротовая щель ограничена губами. Снаружи губы покрыты кожей, изнутри — слизистой оболочкой с неороговевающим многослойным (плоским) сквамозным эпителием [30].

Заболевания слизистой оболочки полости рта чрезвычайно многообразны и вариабельны, чем и объясняется значительный диапазон их распространенности — в разных странах от 4% до 64% [45]. Значительную часть из них составляют хейлиты — заболевания губ воспалительного характера, в основном поражающие красную кайму и в некоторых случаях также распространяющиеся на слизистую оболочку и кожу вокруг губ. Их характерными особенностями являются полиэтиологичность и разнообразие клинических проявлений. На эту группу патологий, по данным разных авторов [1, 3, 6, 9, 26], приходится от 4% до 75%.

Многие авторы подчеркивают, что на сегодняшний день хейлиты изучены недостаточно, в результате чего до сих пор нет единого мнения по вопросам, касающимся этиологии, патогенеза, особенностей клинической картины и эффективной схемы лечения [26, 27, 33, 37]. Также неоднократно предпринимались попытки наиболее полно и рационально классифицировать данную группу заболеваний. В отечественной литературе наиболее удобной представляется классификация А. Л. Машкиллейсона и С. А. Кутина (1984) [31, 37]. В ней авторы разделяют хейлиты на две группы. Первую группу представляют собственно хейлиты (первичные), являющиеся самостоятельными заболеваниями. Они включают: эксфолиативный хейлит (экссудативная форма; сухая форма; стертая форма); glandулярный хейлит (первичный; вторичный); контактный аллергический хейлит; метеорологический хейлит; актинический хейлит (сухая форма; экссудативная форма). Ко второй группе относятся симптоматические хейлиты (вторичные), являющиеся одним из симптомов заболеваний общего характера. В эту группу включены: атопический хейлит; экзематозный хейлит; плазмноклеточный хейлит; макрохейлит как симптом синдрома Мелькерссона-Розенталя; хейлит при ихтиозе; хейлиты при гиповитаминозах.

Современным стандартом, и как следствие, наиболее широко используемой классификаций на сегодня

является МКБ-10 (ICD-10, 1997 г.). В нее также включен раздел, посвященный патологии губ: K13.0 Болезни губ — хейлит (ангулярный; эксфолиативный; glandулярный; БДУ); хейлодиния; хейлоз; трещина спайки губ (заеда) БДУ. Из данного раздела исключены: арибофлавиноз (E53.0); хейлит, связанный с излучением (L55-L59); трещина спайки губ (заеда) вследствие кандидоза (B37.8), недостаточности рибофлавина (E53.0) [19]. Как отмечают Максименко П. Т., Скрипникова Т. П., Хмиль Т. А., общепринятая классификация хейлитов на сегодняшний день отсутствует [18].

Зарубежные исследователи Кристина Пилипович, Ива Црнарич, Мирна Шитум, Томислав Дуванчич предлагают свою классификацию (2018) хейлитов, представляющую собой три группы: преимущественно обратимые (простой хейлит, ангулярный/инфекционный, контактный/экзематозный, эксфолиативный, хейлит, ассоциированный с приемом медикаментов); преимущественно стойкие (актинический, гранулематозный, glandулярный, плазмноклеточный хейлит); а также хейлиты, ассоциированные с дерматозами или общесоматическими заболеваниями (красная волчанка, красный плоский лишай, ангионевротический отек, пузырчатка, ксеростомия, многоформная экссудативная эритема, болезнь Крона, саркоидоз и др.) [15].

Красная кайма губ, слизистая оболочка и кожа вокруг губ являются своего рода специфическим барьером для факторов внешней и внутренней среды, в связи с чем они в значительной степени подвергаются их воздействию [12, 33]. К данным этиологическим факторам относятся экзогенные — различные хронические раздражители: механические, химические, термические, метеорологические, производственные, а также вредные привычки; и эндогенные — сопутствующие соматические патологии ЖКТ, нервной и эндокринной системы, а также аллергии и заболевания кожи. Немаловажное значение имеют местные факторы — аномалии строения губ и нарушение их архитектоники, расстройства микроциркуляции, сопутствующая ортодонтическая патология [9, 12, 27, 29, 31, 33]. Многие отечественные и зарубежные авторы [6, 29, 33, 34, 44, 45] отмечают в развитии хейлита связь с возрастом и полом пациента; наиболее часто данная группа заболеваний встречается у мужчин среднего возраста. Однако на сегодняшний день при рассмотрении многих видов хейлита не представляется возможным выделить ведущий этиологический фактор. В этом случае данная патология рассматривается как полиэтиологичная, что обосновывает рассмотрение данной проблемы в комплексном междисциплинарном подходе [33, 37]. Согласно результатам исследований разных авторов, наиболее распространенными видами хейлитов являются: метеорологи-

ческий (10–23,68%), эксфолиативный (3–31,58%), актинический (0,46–37%), а также хроническая трещина губы (1–37%) [1, 6, 11, 13, 20, 26].

На сегодняшний день многие исследователи в качестве ведущего этиологического фактора развития эксфолиативного хейлита рассматривают расстройства психоэмоциональной сферы [17, 27, 31, 33, 37]. Также некоторые авторы связывают развитие эксфолиативного хейлита с патологией эндокринной системы, генетическими и иммунологическими факторами [4, 17, 37]. Пациенты предъявляют жалобы на чувство жжения, боли. Экссудативная форма эксфолиативного хейлита характеризуется появлением на красной кайме чешуйко-корок сероватого или желтоватого цвета, в основном локализующихся от линии Клейна до середины красной каймы. Сухая форма характеризуется наличием сероватых или серовато-коричневых чешуек, прикрепленных в центре и отстающих по краям [4, 17, 27, 31, 33, 37]. Характерными признаками эксфолиативного хейлита являются четкая локализация, не затрагивающая кожу и слизистую оболочку губ, и отсутствие эрозий после удаления чешуек. Луцкая И. К. также отмечает зависимость от возраста для пациентов с эксфолиативным хейлитом — для молодых характерна сухая форма, пациенты среднего и пожилого возраста чаще страдают экссудативной формой [17]. Также известны случаи трансформации одной формы в другую [37].

Контактный аллергический хейлит развивается при непосредственном воздействии аллергенов на зону губ и кожи. Является проявлением аллергической реакции замедленного типа. В качестве аллергенов могут выступать различные факторы: косметика и средства гигиены, лекарственные средства, материалы зубных протезов, продукты питания, музыкальные духовые инструменты (никелевые или деревянные) [7, 10, 14, 35]. Характерными проявлениями аллергического хейлита являются наличие эритемы, незначительного шелушения, по мере прогрессирования процесса возникают трещинки и бороздки, корочки. Пациенты отмечают сухость, зуд и жжение [12, 17, 31, 33, 37].

Метеорологический хейлит представляет собой воспалительное заболевание губ, обусловленное действием метеорологических факторов — повышенная или пониженная влажность, ветер, холод, запыленность воздуха, солнечный свет и др. Чаще всего у пациентов поражается нижняя губа на всем протяжении, при этом поражение не затрагивает кожу и слизистую оболочку; возникает сухость, гиперемия, мелкопластинчатые чешуйки. Пациенты постоянно облизывают губы, тем самым ухудшая состояние и увеличивая сухость и шелушение [12, 17, 31, 33, 37].

Актинический хейлит является ответной реакцией на sensibilization, возникающую под действием солнечного света, и выражается в виде аллергической

реакции замедленного типа. Для данного варианта хейлита характерна сезонность — в весенне-летний период количество обострений ожидаемо возрастает, осенне-зимний период самопроизвольно регрессирует. Локализация патологии чаще всего отмечается на нижней губе (в редких случаях может охватывать и кожу) и выражается гиперемией, гиперкератозом, мелкими серебристыми чешуйками. При отсутствии лечения процесс прогрессирует, переходит из сухой формы в экссудативную и сопровождается картиной контактного аллергического дерматита. Появляются эритемы и мелкие пузырьки, при вскрытии которых образуются эрозии. Пациенты предъявляют жалобы на зуд, жжение и болезненность [2, 12, 17, 25, 28, 31–33, 37, 43].

Атопический хейлит является хроническим аллергическим заболеванием губ, часто сопровождающим атопический дерматит или диффузный нейродермит. Часто является начальным проявлением данной патологии. Для атопического хейлита, как и для актинического, характерна выраженная сезонность. Однако, в отличие от актинического хейлита, наибольшее количество обострений происходит в осенне-зимний период, а в весенне-летний происходит ремиссия. Атопический хейлит возникает вследствие предрасположенности организма к атопической аллергии. В качестве аллергенов выступают белковые — истинные аллергены, и небелковые — факторы внешней и внутренней среды: бактерии, микроорганизмы, а также аутоаллергены; продукты питания, косметика и бытовая химия, лекарственные средства, цветочная пыльца, пыль, стресс [7, 10, 14, 35]. Наблюдается незначительная сухость губ, эритема, окружающая красную кайму губ. При данном варианте хейлита наблюдается поражение и красной каймы губ, и кожи вокруг рта. Красная кайма инфильтрирована, на ней присутствуют множественные мелкие чешуйки, вся ее поверхность как бы прорезана тонкими радиальными бороздками. Также наблюдаются ангулярные поражения — кожа подвержена лихенизации, гиперемии, иногда пигментации, присутствуют мелкие трещинки [8, 16, 17, 21–23, 31, 37].

Хроническая трещина губы представляет собой нарушение структурной целостности тканей губы, выраженное в виде линейного дефекта. Дефект затрагивает красную кайму или слизистую оболочку губ. [12, 33]. Трещины локализуются на верхней губе в комиссуральных зонах, в области боковых скатов центрального бугорка и в боковых отделах. На нижней губе характерной локализацией является центральная зона — центральная перетяжка, а также комиссуральные зоны. Несмотря на значительную распространенность этой патологии, выделить истинные причины и механизмы данного состояния до сих пор не удалось. Многие авторы предполагают, что существенную роль в развитии процесса играют

анатомические особенности, хроническая травма и вредные привычки, микробный фактор, а также нарушения сосудисто-тканевых и нейрогенных механизмов [24, 33, 39]. Пациенты предъявляют жалобы на наличие болезненных трещин, при этом дискомфорт усиливается при движении губ — при разговоре, улыбке, приеме пищи, широком открывании рта. Клиническое течение достаточно вариабельно и зависти от глубины и протяженности, длительности течения, структуры патологически измененных тканей (к примеру, при длительном существовании трещины происходит уплотнение ее краев за счет появления рубцовых тканей).

Диагностика хейлитов и хронической трещины губы, как правило, осуществляется посредством тщательного сбора анамнеза и оценки типичных клинических проявлений. Анисимова И. В. и соавторы отмечают ряд проблем, с которыми сталкивается врач при диагностике различных нозологических форм хейлитов: характер течения заболевания (хейлиты проявляются как хронический рецидивирующий процесс); полиморфизм клинических проявлений (чешуйки, корки, эритемы, пузырьки, язвы, мокнущие, лихенизация); а также комбинация различных симптомов, которые существенно отягощают клиническое течение заболевания (воспаление мелких слюнных желез слизистой оболочки губ при ХРТГ) [1]. Многие отечественные и зарубежные авторы подчеркивают необходимость проведения полного обследования полости рта, других слизистых оболочек и кожи [1, 23, 29]. При необходимости используются различные дополнительные методы: люминесцентное исследование в лучах Вуда, инфракрасная термометрия, лазерная доплеровская флоуметрия. С целью определения специфического возбудителя необходимо провести бактериоскопическое исследование. Исследование облигатных и факультативных предраковых процессов с целью предупреждения озлокачествления необходимо подтверждать данными цитологического и гистологического анализа. Некоторые авторы предлагают использовать в качестве перспективных и высокотехнологичных диагностических мероприятий компьютерную капилляроскопию и применение гелий-неонового лазера [27, 31].

В лечении хейлитов необходимо использовать комплексный подход и уделять внимание общим и местным лечебным мероприятиям. Избирательное использование только местных лекарственных средств без комплексного лечения не гарантирует достижения стойкого и эффективного результата.

Многие авторы придерживаются универсальной схемы лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ, которая включает [1, 12, 13, 17, 21, 27, 36–41]:

1. Санацию полости рта и проведение профессиональной гигиены, устранение действия неблагопри-

ятных факторов и вредных привычек; рациональную индивидуальную гигиену полости рта — подбор предметов и средств гигиены с учетом клинической ситуации, а также обучение пациента правильной технике гигиены.

2. Обследование на наличие общей патологии и ее лечение; консультации смежных специалистов: врачей-стоматологов (ортопед, ородонт), дерматологов, неврологов, эндокринологов, аллергологов, оториноларингологов, терапевтов, диетологов. Также стоит обратить внимание на то, что психологический комфорт является неотъемлемой составляющей здоровья человека [42]. Наличие патологии, особенно в челюстно-лицевой области, может негативно сказываться на психическом состоянии. В связи с этим весьма рациональны консультации психологов, психиатров, психоневрологов.

3. Назначение в общем лечении по показаниям антигистаминных препаратов (супрастин, тавегил); седативных (корень валерианы, трава пустырника), антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин) или транквилизаторов (атаракс, сибазон); иммунокорректирующих средств (пирогенал в/м, Имудон); сорбентов (уголь активированный, Полисорб, Сорбекс); витаминных комплексов (А, В, С, РР, фолиевой кислоты); гормональных препаратов (преднизолон, дексаметазон);

4. Назначение в местном лечении по показаниям обезболивающих средств (гель «Камистад», лидоксор); антисептиков (Мирамистин, Стоматидин, перекись водорода 1%); ферментных препаратов (трипсин, химотрипсин 0,1%); кератопластических средств (Солкосерил дентальная адгезивная паста, витамины А, Е в масле, облепиховое масло, метилурациловая мазь); гормональных препаратов (Адвантан, Гиоксизон, Лоринден С, гидрокортизоновая мазь 1%); антибиотиков при присоединении вторичной инфекции (МеторогилДента). Н. И. Крихели, Н. Д. Брусенина с соавторами отмечают эффективность разработанной ими сложной мази, состоящей из тиамин, инсулина, мази «Целестодерм», ретинола, токоферола ацетата и мази «Солкосерил». Период лечения 7–10 дней, использование ежедневно, трижды в день. Авторы отмечают значительные улучшения обменных процессов, скорости регенерации, выраженное ранозаживляющее и ангиопротективное действие [12];

5. При лечении трещины губы обоснованно проведение лидокаиновой блокады (1% раствор лидокаина 1–2 мл) с целью устранения спазма сосудов и улучшения нервной трофики [12], С. А. Рабинович также отмечает эффективность лидокаиновых 1% или новокаиновых 1% блокад при эксфолиативном хейлите [27];

6. В качестве профилактического средства — регулярное использование защитных гигиениче-

ских помад и фотозащитных средств (при активном УФ-излучении);

7. С целью нормализации смыкания губ рациональны следующие мероприятия: обеспечение носового дыхания путем устранения ротового дыхания или путем лечения заболеваний носоглотки; исправление аномалий прикуса; миотерапия для оптимизации тонуса круговой мышцы рта;

8. Рекомендуются отказ от курения и других вредных привычек.

Многие исследователи также отмечают положительный эффект от использования современных

физиотерапевтических методов: лучей Букки — ультрамягкого рентгеновского излучения, эксимерлазерной терапии, ультрафонофореза с применением кортикостероидных мазей, гелий-неонового лазера, ФДТ в комбинации с различными лекарственными препаратами [2, 5, 27].

Лечение заболеваний губ до сих пор остается трудной задачей, однако реализация данных мероприятий позволит достичь эффективного результата и стойкой ремиссии.

Литература/References

1. Анисимова И. В., Недосеко В. Б., Перемотин А. А. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний губ. Институт стоматологии. 2006;30:84–87. [I. V. Anisimova, V. B. Nedoseko, A. A. Peremotin. An integrated approach to the diagnosis and treatment of lip diseases. Institute of Dentistry. 2006;30:84–87. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=15267515>
2. Bakirtzi K., Papadimitriou I., Andreadis D., Sotiriou E., Ricci F. Treatment Options and Post-Treatment Malignant Transformation Rate of Actinic // Cheilitis: A Systematic Review. Academic Editor. Cancers (Basel). <https://doi.org/10.3390/cancers13133354>
3. Боровая М. Л., Гулько Е. М. Анализ распространенности хейлитов у детей. Стоматология XXI века. Эстафета поколений. Сб. трудов V научно — практической конференции молодых ученых с международным участием. 2013;11:19. [M. L. Borovaya, E. M. Gulko. Analysis of the prevalence of cheilitis in children. Dentistry of the XXI century. Relay of generations. Collection of proceedings of the V scientific and Practical Conference of young scientists with international participation. 2013;11:19. (In Russ.)]. <https://www.bsnu.by/files/5414/>
4. Ред. Боровой Е. В., Машкиллейсон А. Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Учебное пособие. Москва: Издательство МЕДпресс. 2001;320. [Eds. E. V. Borovskii, A. L. Mashkilleyson. Diseases of the mucous membrane of the oral cavity and lips. Textbook. Moscow: MEDpress Publishing House. 2001;320. (In Russ.)]. <http://booksshare.net/index.php?id1=4&category=med&author=borovskiy-ev&book=zabolevaniye2001>
5. Bhatia V. K., Bahr B. A., Murase J. E. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis // International Journal of Women's Dermatology. — 2015;1 (2):95–98. DOI: 10.1016/j.ijwd.2015.01.006
6. Гажва С. И., Дятел А. В. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области. Фундаментальные исследования. 2014;10 (6):1076–1080. [S. I. Gazhva, A. V. Dyatel. Prevalence of diseases of the mucous membrane of the red border of the lips in the adult population of the Nizhny Novgorod region. Fundamental research. 2014;10 (6):1076–1080. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22633950>
7. Gawkrödger D. J. Investigation of reactions to dental materials // British Journal of Dermatology. — 2005;153 (3):479–485. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2005.06821.x>
8. Georgakopoulou E., Loumou P., Grigoraki A., Panagiotopoulos A. Isolated lip dermatitis (atopic cheilitis), successfully treated with topical tacrolimus 0.03% // Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal. — 2021;26 (3):357–360. <https://doi.org/10.4317/medoral.24230>
9. Гилева О. С., Смирнова Е. Н., Позднякова А. А., Поздеева О. В., Либик Т. В., Сатюкова Л. Я., Халивина И. Н., Городилова Е. А., Шилова Т. Ю., Гибадуллина Н. В., Садилова В. А., Назукин Е. Д. Структура, факторы риска и клинические особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта. Пермский медицинский журнал. 2012;6:18–24. [O. S. Gileva, E. N. Smirnova, A. A. Pozdnyakova, O. V. Pozdeyeva, T. V. Libik, L. Ya. Satyukova, I. N. Khalyavina, E. A. Gorodilova, T. Y. Shilova, N. V. Gibadullina, V. A. Sadiilova, E. D. Nazukin. Structure, risk factors and clinical features of diseases of the oral mucosa. Perm Medical Journal. 2012;6:18–24. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=18353380>
10. Domic I., Budmir J., Novak I., Mravak-Stipetic M., Lugovic-Mihic L. Assessment of allergies to food and additives in patients with angioedema, burning mouth syndrome, cheilitis, gingivostomatitis, oral lichenoid reactions, and perioral dermatitis // Acta Clin Croat. — 2021;60 (2):276–281. <https://doi.org/10.20471/acc.2021.60.02.14>
11. Киржинова Е. М. Гемодинамические и микробиологические аспекты местной терапии самостоятельных заболеваний красной каймы губ; автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 14.01.14. [Место защиты ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»]. Волгоград, 2015. [E. M. Kirzhinova. Hemodynamic and microbiological aspects of local therapy of independent diseases of the red border of the lips: abstract. diss.... candidate of medical Sciences. 14.01.14. [Place of defense of the Volgograd State Medical University]. Volgograd, 2015. (In Russ.)]. <https://www.disscat.com/content/gemodinamicheskie-i-mikrobiologicheskie-aspekty-mestnoiterapii-samostoyatelnykh-zabolevaniy>
12. Крихели Н. И., Брусенина Н. Д., Рыбалкина Е. А., Пустовойт Е. В. Заболевания губ. Учебное пособие. Москва: Издательство Практическая медицина. 2016:112. [N. I. Krikheli, N. D. Bruseniina, E. A. Rybalkina, E. V. Pustovoit. Diseases of the lips. Textbook. Moscow: Practical Medicine Publishing House. 2016:112. (In Russ.)]. <https://www.labirint.ru/books/508223/>
13. Кудашкина Н. В., Аверьянов С. В., Зубарева А. В., Исхаков И. Р. Разработка мази для лечения хейлитов у студентов с зубочелюстными аномалиями. Современные проблемы науки и образования. 2016;2. [N. V. Kudashkina, S. V. Averyanov, A. V. Zubareva, I. R. Iskhakov. Development of ointment for the treatment of cheilitis in students with dental anomalies. Modern problems of science and education. 2016;2. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25869856>
14. Lugovic-Mihic L., Ilic I., Budimir J., Pondejak N., Mravak Stipetic M. Common allergies and allergens in oral and perioral diseases // Acta Clin Croat. — 2020;59 (2):318–328. <https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.02.16>
15. Lugovic-Mihic L., Pilipovic K., Crnacic I., Situm M., Duvancic T. Differential Diagnosis of Cheilitis — How to Classify Cheilitis? // Acta Clin Croat. — 2018;57 (2):342–351. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.02.16>
16. Луцкая И. К. Аллергическая и атопическая реакции кожи и слизистой оболочки полости рта. Современная стоматология. 2013;2:14–17. [I. K. Lutskaya. Allergic and atopic reactions of the skin and oral mucosa. Modern dentistry. 2013;2:14–17. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=21623677>
17. Луцкая И. К. Клинические проявления самостоятельных заболеваний губ. Медицинские новости. 2011;11:4–8. [I. K. Lutskaya. Clinical manifestations of independent lip diseases. Medical news. 2011;11:4–8. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17070494>
18. Максименко П. Т., Скрипникова Т. П., Хмиль Т. А. Номенклатура, клиническая классификация болезней, изменений слизистой оболочки полости рта, губ и языка. Украинский стоматологичний альманах. 2008;4:28–35. [P. T. Maksimenko, T. P. Skripnikova, T. A. Khmel Nomenclature, clinical classification of diseases, changes in the mucous membrane of the oral cavity, lips and tongue. Ukrainian dental Almanac. 2008;4:28–35. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23221886>
19. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 Клинич. описания и указания по диагностике. ВОЗ. СПб.: Издательство Оверлайд. 1994:303. [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders: ICD-10 Clinic. descriptions and diagnostic instructions. WHO. St. Petersburg: Overlaid Publishing House. 1994:303. (In Russ.)]. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/icd10ps.pdf>
20. Михальченко А. В., Медведева Е. А., Михальченко Д. В. Особенности структуры заболеваний слизистой оболочки полости рта у жителей Волгограда и Волгоградской области. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2016;1:3–7. [A. V. Mikhailchenko, E. A. Medvedeva, D. V. Mikhailchenko. Features of the structure of diseases of the oral mucosa in residents of Volgograd and the Volgograd region. Volgograd Scientific and Medical Journal. 2016;1:3–7. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=27249155>
21. Мишутина О. Л., Шашмурина В. Р. Атопический хейлит в практике врача-стоматолога. Смоленский медицинский альманах. 2021;2:105–108. [O. L. Mishutina, V. R. Shashmurina. Atopic cheilitis in the practice of a dentist. Smolensk Medical Almanac. 2021;2:105–108. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46233619>
22. Мишутина О. Л., Шашмурина В. Р. Атопический хейлит у детей (обзор литературы). Смоленский медицинский альманах. 2020;4:146–149. [O. L. Mishutina, V. R. Shashmurina. Atopic cheilitis in children (literature review). Smolensk Medical Almanac. 2020;4:146–149. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44643221>
23. Mocanu M., Vata D., Alexa A.-I., Trandafir L., Patrascu A.-I., Hancu M. F., Gheuca-Solovastru L. Atopic Dermatitis — Beyond the Skin // Diagnostics (Basel). — 2021;11 (9). <https://doi.org/10.3390/diagnostics11091553>

24. Мухамеджанова Л. П. Конституциональные особенности губ как прогностически значимый фактор при заболеваниях красной каймы. Практическая медицина. 2012;8 (64):55–57. [L. R. Mukhamedzhanova. Constitutional features of the lips as a prognostically significant factor in diseases of the red border. Practical medicine. 2012;8 (64):55–57. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18376803>
25. de Oliveira Silva L. V., de Arruda J. A. A., Abreu L. G. et al. Demographic and Clinicopathologic Features of Actinic Cheilitis and Lip Squamous Cell Carcinoma: a Brazilian Multicentre Study // Head and Neck Pathology. — 2020;14 (4):899–908. <https://doi.org/10.1007/s12105-020-01142-2>
26. Парлагашвили М. М. Оценка состояния красной каймы и слизистой оболочки губ у молодежи 20–27 лет. Стоматология. 2015;94 (6):58. [M. M. Parlagashvili. Assessment of the condition of the red border and the mucous membrane of the lips in young people aged 20–27 years. Dentistry. 2015;94 (6):58. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=25458563>
27. Рабинович И. М., Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С., Денисова М. А. Клинико-патогенетические аспекты различных форм хейлита. Стоматология. 2016;1:67–72. [I. M. Rabinovich, O. F. Rabinovich, E. S. Abramova, M. A. Denisova. Clinical and pathogenetic aspects of various forms of cheilitis. Dentistry. 2016;1:67–72. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=25675500>
28. Rodriguez-Archilla A., Irfan-Bhatti A. Risk factors for actinic cheilitis: A meta-analysis // Journal Dental Research Dental Clinics Dental Prospects. — 2021;15 (4):285–289. <https://doi.org/10.34172/joddd.2021.047>
29. Samimi M. Cheilitis: orientation diagnostique et traitement // La Presse Medicale. — 2016;45 (2):240–250. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.09.024>
30. Скрипкин Ю. К., Кубанова А. А., Акимов В. Г. Кожные и венерические болезни. Учебное пособие. Москва: Издательство ГЭОТАР-Медиа. 2012:544. [Yu. K. Skripkin, A. A. Kubanova, V. G. Akimov. Skin and venereal diseases. Study guide. Moscow: GEOTAR-Media Publishing House. 2012:544. (In Russ.)]. <https://www.labirint.ru/books/285511/>
31. de Sousa Lopes M. L. D., da Silva Junior F. L., Costa Lima K., de Oliveira P. T., da Silveira E. J. D. Clinicopathological profile and management of 161 cases of actinic cheilitis // Anais Brasileiros Dermatologia. — 2015;90 (4):505–512. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20153848>
32. Ткач С. С., Яновский Л. М. Патология красной каймы, слизистой и кожи губ: современное состояние вопроса. Сибирский медицинский журнал. 2006;2:10–13. [S. S. Tkach, L. M. Yanovsky. Pathology of the red border, mucous membrane and skin of the lips: the current state of the issue. Siberian Medical Journal. 2006;2:10–13. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=11529878>
33. Tortorici S., Corrao S., Natoli G., Difalco P. Prevalence and distribution of oral mucosal non-malignant lesions in the western Sicilian population // Minerva Stomatologica. — 2016;65 (4):191–206. PMID: 27374359
34. Tuncer Budanur D., Cengizhan Yas M., Sepet E. Potential hazards due to food additives in oral hygiene products // Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry. — 2016;50 (2):60–69. <https://doi.org/10.17096/jiufd.72103>
35. Успенская О. А. Применение атаракса и эплана в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Universum: медицина и фармакология. 2015;2 (15):4. [O. A. Uspenskaya. The use of atarax and eplan in the complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis. Universum: Medicine and Pharmacology. 2015;2 (15):4. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=22912877>
36. Под ред. Успенской О. А., Жулева Е. Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие. Н. Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии. 2017:504. [Eds. O. A. Uspenskaya, E. N. Zhuleva. Diseases of the oral mucosa. Study guide. N. Novgorod: Publishing House of the Nizhny Novgorod State Medical Academy. 2017:504. (In Russ.)]. <https://search.rsl.ru/ru/record/01008840741>
37. Успенская О. А., Жданова М. Л., Назарова Е. С. Коллагенсодержащий гидрогель для лечения хронической рецидивирующей трещины губы. Dental forum. 2019;3 (74):35–38. [O. A. Uspenskaya, M. L. Zhdanova, E. S. Nazarova. Collagen-containing hydrogel for the treatment of chronic recurrent lip crack. Dental forum. 2019;3 (74):35–38. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39144612>
38. Успенская О. А., Тиунова Н. В., Жданова М. Л., Зардиашвили И. З., Тимина Е. Ю. Клинический случай местного лечения хронической трещины нижней губы. Здоровье и образование в XXI веке. 2019;21 (4):82–86. [O. A. Uspenskaya, N. V. Tiunova, M. L. Zhdanova, I. Z. Zardiashvili, E. Yu. Timina. A clinical case of local treatment of chronic lower lip fracture. Health and education in the XXI century. 2019;21 (4):82–86. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=38478218>
39. Успенская О. А., Круглова Н. В. Обоснование применения витамина U при комплексном лечении заболеваний губ. Dental forum. 2019;2 (73):35–37. [O. A. Uspenskaya, N. V. Kruglova. Justification of the use of vitamin U in the complex treatment of lip diseases. Dental forum. 2019;2 (73):35–37. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37307598>
40. Успенская О. А., Круглова Н. В. Пример комплексного лечения сочетанной патологии губ (клинический случай). Cathedra-кафедра. Стоматологическое образование. 2019;68:42–44. [O. A. Uspenskaya, N. V. Kruglova. Example of complex treatment of combined pathology of the lips (clinical case). Cathedra-department. Dental education. 2019;68:42–44. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42467050>
41. Успенская О. А., Спиридонова С. А. Оценка качества композитной реставрации в зависимости от абразивности полировочных паст. Проблемы стоматологии 2021;2 (17):57–61. [O. A. Uspenskaya, S. A. Spiridonova. Estimation of the quality of composite restoration depending on the abrasivity of polishing pasts. Actual problems in dentistry. 2021;2 (17):57–61. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46411882>
42. Федотов В. П. Фотодерматозы (клиническая лекция). Дерматовенерология. Косметология. 2015;3-4:143–157. [V. P. Fedotov. Photodermatoses (clinical lecture). Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology. 2015;3-4:143–157. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26697237>
43. Shulman J.D. Prevalence of oral mucosal lesions in children and youths in the USA // International Journal of Paediatric Dentistry. — 2005;15(2):89-97. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2005.00632.x>
44. El Toum S., Cassia A., Bouchi N., Kassab I. Prevalence and Distribution of Oral Mucosal Lesions by Sex and Age Categories: A Retrospective Study of Patients Attending Lebanese School of Dentistry // International Journal of Dentistry. — 2018,5:1-7. <https://doi.org/10.1155/2018/4030134>