

6. Вологина М.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. и др. Микрофлора экосистемы полости рта при расщелинах неба // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов Волгоградского государственного медицинского университета.- Волгоград: ООО «Бланк», 2009.- С.432.
7. Дусмухамедов М.З. Комплексное лечение детей с врожденной расщелиной неба, прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений: Дис... д-ра мед. наук. — Ташкент, 2006. —С.26.
8. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики. Дис...мед. наук. — Ташкент, 2004. —С. 105.
9. Корсак А.К. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в раннем возрасте / А.К. Корсак, А.В. Любецкий, В.И. Лапковский // Современная стоматология.-[2007. - №4. - С. 40-43
10. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей - Москва, 1990 г.- 170 с.
11. Лавриков В. Г. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексной терапии врожденных расщелин лица / Лавриков В. Г., Зернов А. В., Степина С. В. // Стоматология. 2004. №2. С. 44-45.
12. Муртазаев С.М., Юлдашев А.Ю., Азимов М.И., Заллялиева М.В. Применение бифидум-лактобактерина в дооперационном периоде у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Стоматология (М.).-2002.-№6.-С.53-56.
13. |Adeyemo WL, Adeyemi MO, Ogunsola FT, Ogunlewe MO, Ladeinde I AL, Mofikoya BO, Butali A. Prevalence and bacteriology of bacteremia ' associated with cleft lip and palate surgery. J Craniofac Surg. 2013 Jul;24(4): 1126-31. doi: 10.1097/SCS.0b01 3e3 1828016e8.
14. Antoszewska J, Kawala B, Minch L. Selected aspects of the oral environment in cleft palate patients—a problem evidently beyond dentists' scope. Postepy Hig Med Dosw (Online). 2010 Dec 27;64:659-64
15. JJelebiler O, Ersoy B, Numanoglu A. Anterior pillarplasty: a modification in cleft palate repair. J Craniofac Surg. 2011 Jul;22(4):1432-4. doi: 10.1097/SCS.0b01 3e3 1821 cc698.
16. Chuo CB, Timmons MJ. The bacteriology of children before primary cleft I lip and palate surgery. Cleft Palate Craniofac J. 2005 May;42(3):272-6.
17. Cildir SK, Sandalli N, Nazli S, Alp F, Caglar E. A novel delivery system of probiotic drop and its effect on dental caries risk factors in cleft lip/palate children. Cleft Palate Craniofac J. 2012 May;49(3):369-72. doi: 10.1597/10-035.
18. Costa B, Gomide MR. Prevalence, cause, and location of palatal fistula in operated complete unilateral cleft lip and palate: retrospective study. Cleft PalateCraniofac J. 2014 Mar;51(2): 158-64. doi: 10.1597/11-190.
19. O.Ferdous KM, Salek AJ, Islam MK, Das BK, Khan AR, Karim MS. Repair of cleft lip and simultaneous repair of cleft hard palate with vomer flap in unilateral complete cleft lip and palate: a comparative study. Pediatr Surg Int. 2010 Oct;26(10):995-1000. doi: 10.1007/s00383-010-2643-0.

УДК: 616.317-002-08

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА



Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Для лечения эксфолиативного хейлита используются средства, воздействующие на этиологические факторы, патогенетические механизмы и симптомы заболевания. Медикаментозное воздействие включает лечение местных проявлений на слизистой красной каймы губ, а системное – комплекс мер, купирующих системные факторы развития заболевания: лечение фоновой соматической патологии, применение нейролептиков, кортикостероидов, метотрексата, детоксикационной терапии, а также нетрадиционных методов.

Ключевые слова: эксфолиативный хейлит, соматическая патология, медикаментозное воздействие, комплексное лечение.

Annotation

The treatment of eksfoliative cheilitis is in use of agents influencing on etiological factors, pathogenetic mechanisms and symptoms of diseases. Drug treatment includes the treatment of local manifestations on the mucosa of the red lip rim, and the systemic one - in a complex of measures that arrest the systemic factors of the disease development: treatment of background somatic pathology, the use of neuroleptics, corticosteroids, methotrexate, detoxification therapy, and non-traditional methods of treatment.

Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, в частности эксфолиативного хейлита (ЭХ), является одной из актуальных проблем современной стоматологии.

логии. Лечение эксфолиативного хейлита – трудная задача. Ввиду длительного рецидивирующего течения и полиэтиологической природы заболевания лечение должно быть комплексным и направленным на различные звенья патогенеза. Систематический анализ применяемых в настоящее время методов лечения свидетельствует об эффективности использования местного и общего (системного) лечения, а также их сочетания.

Общее (системное) лечение. Фундаментальные исследования этиологии и патогенеза ЭХ свидетельствуют о его взаимосвязи с соматическим и психоэмоциональным состоянием пациента [6,24]. В связи с этим ЭХ требует обследования пациента у невролога, акушера-гинеколога, эндокринолога; предполагает обязательные биохимические анализы крови, чтобы оценить функцию щитовидной железы и уровень половых гормонов. Изучаются также состояние иммунной системы и неспецифическая резистентность организма. Больным ЭХ предписывается низкоуглеводная или средиземноморская диета. Продукты для такой диеты включают все виды зелени, фрукты, овощи, корнеплоды, оливковое масло, яйца, постное масло и рыбу, ягоды, семена и орехи, в исключительных случаях пациент может употреблять мороженое, конфеты, шоколад. Для предотвращения пилинга губ рекомендуется потребление овощей, нормализация сна, хорошая гигиена полости рта, очищение организма от токсинов, нормализация функционирования желудочно-кишечного тракта, прием достаточного количества жидкости [4,7,19,20,23,33].

Основные стрессовые или психиатрические состояния могут вызывать или усугублять эксфолиативный хейлит, который регрессирует с помощью психотерапии и лечения анксиолитико-антидепрессантами. Наличие у пациентов с ЭХ депрессии и тревожно-фобических расстройств является показанием к назначению психотропных препаратов с целью медикаментозной коррекции выявленного психопатологического нарушения, что позволяет не только ускорить процесс заживления красной каймы губ, но и исключить рецидив в отдаленные сроки [4].

В различных исследованиях приводятся убедительные сведения о высокой эффективности нейролептиков. В качестве антидепрессантов традиционно применяются диазепам или amitриптилина гидрохлорид [13,17,25]. Улучшение состояния пациентов с ЭХ происходит при приеме такролимуса, иммуносупрессивного макролида, в последнее десятилетие одобренного для лечения атопического дерматита [26,39,51,52].

Оланзапин, обычно назначаемый для лечения обсессивно-импульсивного расстройства, может быть дополнительным вариантом лечения для пациентов с эксфолиативным хейлитом в тех случаях, когда отмечается устойчивость к кортикостероидной терапии [31].

Указывается, что, несмотря на активную локальную терапию, включающую крем фуцинолон 0,025%, бетаметазон 0,05%, таблетки метронидазола 250 мг, кетоконазола 200 мг, преднизолон 5 мг и дифенилгидамин 25

мг, противогрибковый агент (нистатин), а также мазь гидрокортизона 1%, смягчающий крем с мочевиной 10% и бальзам для губ, решающим в качественных положительных изменениях оказалось лечение у психиатра [35].

Однако необходимо понимать, что в настоящее время стандартное лечение для купирования психологических расстройств при ЭХ отсутствует, оно должно назначаться в соответствии с клинической ситуацией. При этом тревожное расстройство, которое является излечимым, предвещает лучший прогноз, в то время как более глубокие расстройства личности являются предвестником худшего прогноза развития ЭХ [23,25,28,31].

Подчеркивается, что психофармакологическое и психотерапевтическое лечение должно назначаться в соответствии с диагнозом в зависимости от наличия сопутствующего заболевания (например, депрессия или пограничная личность).

Назначение внутрь нейролептиков и транквилизаторов (элениум, седуксен) эффективно с одновременным лечением общего заболевания и вспомогательными методами: рефлекс-, а также пирогенная терапия (для повышения сопротивляемости организма) [20].

Помимо психотропных препаратов, для системного лечения используются кортикостероиды и противогрибковые средства [34,37]. Учитывая их противовоспалительные эффекты, кортикостероиды используются в качестве варианта первой линии для лечения ЭХ. Показана высокая эффективность применения кортикостероидов для лечения таких больных [14,35,36,53,54]. Однако побочные эффекты, такие как гипертония, диабет или остеопороз, значительно ограничивают их применение. Установлена высокая эффективность применения сочетания стероидов и геля алоэ вера [21].

Противогрибковая терапия показана пациентам с вторичной грибковой инфекцией [43].

Терапия метотрексатом (7,5 мг/нед.) эффективна при отсутствии положительного эффекта в ответ на анксиолитическую терапию, значительно улучшает скейлинг и эритему. Считается, что метотрексат может использоваться как нестероидный терапевтический вариант лечения в случаях тяжелого ЭХ, возникшего на фоне импульсивного облизывания губ [29].

Появились данные об успешном лечении 32 больных ЭХ, рефрактерных к обычным методам терапии, с использованием иглокалывания и традиционной китайской медицины, основанной на принципах инь и янь, которая, по мнению авторов, активизирует селезенку и удаляет влагу [43].

Комплексное лечение больных хейлитом должно предусматривать меры по нормализации метаболизма с обязательным включением детоксикационной терапии. В качестве иммуномодулирующей и сорбционной терапии целесообразно применение препаратов водорослевого происхождения (альгинат калия, дополан) [7].

Для местного лечения ЭХ предлагаются многочисленные методы. Ассортимент лекарственных средств

довольно широк и включает антибактериальные и противогрибковые средства, кортикостероидные мази, солнцезащитные кремы и бальзамы, смягчающие средства, травяные продукты, мазь с 20% мочевиной, мази с такролимусом и салициловой кислотой, витамины, вазелиновые гели, минеральные масла и увлажняющие средства, а также физиотерапевтические методы [30,32,44,45,49,50,54].

При сухой форме рекомендуется смазывать красную кайму индифферентными кремами, гигиенической губной помадой, масляными растворами витаминов А, Е, группы В. При экссудативной применяют пограничные лучи Букки (200 R 2 раза в неделю) – 3-4 курса по 8-10 сеансов [2,7,9].

Менеджмент местного лечения направлен, в основном, на поддержание влажности губ, что обеспечивается за счет местного применения кортикостероидов от гидрокортизона до клобетазола в виде мазей. Имеются также сообщения об использовании мази такролимуса [16].

Показана высокая эффективность применения глицериновой буры и пероксида водорода (1%) при альтернативном лечении ЭХ. Имеются сведения, что проявления ЭХ у больного, существовавшие на губах более 7 лет и невосприимчивые к предыдущему лечению, успешно купировались через год после обработки поврежденной пероксидом водорода 1% и глицериновой бурой. Эти лекарства оказались одинаково эффективными и при лечении рефрактерных ЭХ. Сочетание препаратов характеризуется низкой стоимостью и отсутствием побочных эффектов при длительном лечении и последующем наблюдении [47].

Широко используются аппликации мази календулы 10%. Высокая клиническая эффективность 10% мази календулы установлена у пациентов, рефрактерных к лечению кремом триамцинолона и солнцезащитным кремом, крем календулы успешно купировал губные пятна в течение 15 дней [40]. Представлены результаты исследований, позволяющие рассматривать мазь календулы как альтернативу кортикоидной терапии при эксфолиативном хейлите, а также как потенциальную терапию при отшелушивании хейлита [27,37,41]. Аппликация «Траумель С» геля ускоряет эпителизацию и уменьшает выраженность болевого синдрома. Признаки эпителизации наблюдаются на третий день. Комплексное использование «Траумель С» с лидокаиновой блокадой по Н.Д. Брусениной позволяет достичь длительной ремиссии (до 36 мес. [15].

Для лечения ЭХ разработан бальзам для губ «Лакри», оказывающий смягчающее, успокаивающее и увлажняющее действие, обладающий противовоспалительным и заживляющим эффектом. В состав бальзама входят экстракт солодки, бисаболл, Д-пантенол, экстракт алоэ, алантодин, масло ши, касторовое, миндальное масла, витамины А и Е. Через неделю после начала лечения наблюдалась нормализация показателей микроциркуляции красной каймы губ: показатель сред-

ней Vvol составил $5,95 \pm 0,05$ мл/мин, что значительно отличается от данных контрольной группы: Vvol – $2,71 \pm 0,04$ мл/мин [18].

Применение местных ингибиторов кальцинейрина (такролимуса и пимекролимуса) и увлажняющих агентов для лечения ЭХ приводит к клиническому улучшению с полной или частичной ремиссией поражений как на верхней, так и на нижней губе. Тем не менее, авторы заявили, что трудно определить, обусловлен эффект лечения противовоспалительными или увлажняющими и смягчающими свойствами мази. Кроме того, высказано предположение, что примененные мази защищают область поражения от раздражителей [4,7,19,22].

Для лечения хейлитов у пациентов с зубочелюстными аномалиями разработана мазь, состоящая из масляного экстракта лекарственных растений в качестве активного вещества и пчелиного воска в качестве основы, обладающая выраженным антимикробным, ранозаживляющим и кератопластическим действием, а также способствующей сокращению сроков лечения [1].

На основании результатов клинических исследований установлено, что гомеопатический препарат Ирикар оказывает противовоспалительное действие за счет снижения активности ферментов циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, нарушения синтеза арахидоновой кислоты, лейкотриенов, простагландинов, тромбксана, а также связывания свободных радикалов и более эффективен при местном симптоматическом лечении сухой формы эксфолиативного хейлита, чем использование стандартной методики лечения [3].

Для нормализации локальной гемодинамики и функционального состояния сосудистой системы губ на этапе восстановления у больных метеорологическим хейлитом, эксфолиативным хейлитом и рецидивирующими трещинами красной каймы губ рекомендуется проводить амплипульс-форез 2% раствора никотиновой кислоты, витаминотерапию (В1 и В12), гидромассаж, хвойно-жемчужные и сульфидные ванны, фонофорез 0,5% раствора гидрокортизона как часть общей этиотропной терапии [12].

Разработан оригинальный состав мази для включения в комплекс терапии заболеваний красной каймы губ, содержащей 15% водный раствор риванола, настоя тысячелистника, экстракт элеутерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, кло-тримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунула. Разработан оригинальный состав мази для включения в комплекс лечения заболеваний красной каймы губ, содержащий 15% водный раствор риванола, настоя тысячелистника, экстракт элетерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, кло-тримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунула [5].

Общепринятой процедурой, направленной на удаление пораженных клеток из кожи губ и придания им эстетического вида, является лазерное лечение [16,24,38,43,46,48].

В последние годы доказана высокая эффективность эксимерного лазера, обеспечивающего очень специфическую длину волны 308 нм монохромного ультрафиолетового излучения в высокоинтенсивных коротких импульсах. Его основным преимуществом является точность, поскольку она непосредственно проникает в пораженную кожу, не затрагивая окружающую здоровую кожу, что обеспечивает преимущество перед узкополосной терапией UVB [38]. Эксимерная лазерная терапия способна воздействовать на хронические эксфолиативные процессы. Исследования показали, что механизм действия лазера вызывает истощение Т-клеток, воздействуя на ключевые медиаторы апоптоза и уменьшая скорость пролиферации кератиноцитов [24]. Это, в свою очередь, приводит к уменьшению воспаления и десквамации.

Эксфолиативный хейлит реагирует на эксимерный лазер аналогично псориазу, так как его патогенез обусловлен хронической десквамацией губ. Показана высокая клиническая эффективность эксимерного лазера у пациентов, устойчивых к стандартной противомикробной и противовоспалительной терапии. Клиническое улучшение достигается за счет снижения скорости кератинизации, возможно, с помощью тех же основных механизмов действия, влияющих на Т-клетки и апоптоз при псориазе [23].

Установлена высокая клиническая эффективность физиотерапевтического лечения при помощи лазерного стоматологического аппарата «Оптодан». Полупроводниковый излучатель аппарата генерирует лазерный свет в ближней инфракрасной области спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, мощностью до 4 Вт, с частотой 0,8-2 кГц, обладает импульсным режимом генерации, имеет широкий спектр патогенетического лечебного действия (противовоспалительный, противоотечный, тромболитический эффекты), обеспечивает понижение проницаемости сосудов, нормализацию микроциркуляции, повышение парциального давления кислорода в тканях, оказывает бактерицидное и бактериостатическое действие, стимулирует общие и местные факторы иммунной защиты, что позволяет добиться полного купирования процесса, исчезновения чешуек и гиперемии [10].

Показана высокая эффективность лечения пациентов с эксфолиативным и glandулярным формами хейлита традиционным методом в комплексе с фотодинамической терапией [16,42]. Клинические данные о ранозаживляющем и обезболивающем действии, выраженных антимикробном и противогрибковом эффектах позволили рекомендовать в практику новый комбинированный препарат оригинального состава и целенаправленно применять его при различных формах хейлитов. Ранозаживляющая мазь содержит экстракты тысячелистника и элеутерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, клотримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунула [18].

На основании клинических исследований показана высокая эффективность комбинированной схемы лечения, включающая антисептическую обработку, аппликации мазью Траумель С, а также общеукрепляющую терапию (витамины группы В, А, Е, С в течение 3-4-х нед.); с коррекцией выявленных психопатологических нарушений и иммунокорректирующей терапией [11].

Заключение

Целенаправленный выбор индивидуальной фармакотерапии с учетом имеющейся патологии, тяжести и особенностей ее клинического течения, а также наличия у пациента сопутствующих заболеваний, позволил добиться определенных успехов в лечении эксфолиативного хейлита. Однако, несмотря на разнообразие предложенных средств и методов лечения, распространенность ЭХ, особенно у лиц молодого возраста, продолжает увеличиваться. При выборе фармакотерапии не рассматривается полиэтиологичность заболевания, а научные исследования посвящены в основном разработке и апробации средств и методов местного лечения. В связи с сохранением высокого процента рецидивов и появления более тяжелых «экссудативных» форм, поиск новых методов и средств лечения этого заболевания продолжается. Высокая частота рецидивов и локализация элементов поражения на области красной каймы губ обуславливают не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость проблемы.

Список литературы

1. Аверьянов С.В., Кудашкина Н.В., Ромейко И.В. и др. Разработка, патогенетическое обоснование и оценка эффективности применения мази в комплексном лечении хейлитов у студентов // *Здоровье семьи – 21 век.* – 2015. – №1. – С. 6-9.
2. Анисимова И.И., Анисимова И.В., Недосеко В.Б. и др. *Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ: Учеб. пособие.* – Омск: ОмГМА, 2015. – 384 с.
3. Байрамуклова М.Р., Гереев М.З. Гомеопатической лечение сухой формы эксфолиативного хейлита с применением препарата «Мрикар» // *19-я итоговая научная конференция молодых учёных с международным участием: Тез. докл. – Ставрополь, 2011.*
4. Гажва С.И., Дятел А.В., Надейкина О.С. *Современные методы лечения заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ // Науч. обозрение. Мед. науки.* – 2015. – №1. – С. 121-121.
5. Герасимова А.А. *Оптимизация лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта рабочих, подвергающихся воздействию вредных факторов птицеводческого производства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* – Уфа, 2017. – 22 с.
6. Григорьян А.А., Сирак С. В., Сирак А. Г., Ханова С. А. *Разработка и клиническое применение нового ранозаживляющего средства для лечения заболе-*

- ваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков // *Соврем. пробл. науки и образования*. – 2013. – №2. – С. 41.
7. Горбатова Л.Н. Физиологическая оценка состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2006. – 40 с.
 8. Дятел А.В. Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний красной каймы губ у пациентов с атопическим дерматитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2015. – 22 с.
 9. Егоров М.А., Мухамеджанова Л.Р., Михеева Л.И. Гигиенический уход за губами как профилактика заболеваний красной каймы // *Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта: Материалы 4-й Рос. науч.-практ. конф.* – Казань, 2011. – С. 54-57.
 10. Егоров М.А., Мухамеджанова Л.Р., Рувинская Г.Р. Опыт комплексного лечения пациента с эксфолиативным хейлитом и хронической трещиной губы // *Практ. медицина*. – 2009. – №1 (33). – С. 89-91.
 11. Зорян Е.В., Матавкина М.В. Применение комплексного гомеопатического препарата «Траумель с» при лечении хронической рецидивирующей трещины губы // *Рос. стом. журн.* – 2012. – №3. – С. 26.
 12. Киржинова Е.М. Гемодинамические и микробиологические аспекты терапии самостоятельных заболеваний красной каймы губ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2015. – 21 с.
 13. Крихели Н.И. Заболевания губ: учебное пособие; Под ред. Н.И. Крихели. – М.: *Практ. медицина*, 2016. – 105 с.
 14. Кудашкина Н.В., Аверьянов С.В., Зубарева А.В., Исаков И.Р. Разработка мази для лечения хейлитов у студентов с зубочелюстными аномалиями // *Соврем. пробл. науки и образования*. – 2016. – №2. – С. 145.
 15. Матавкина М.В. Роль невrogenного фактора в развитии хронической рецидивирующей трещины губ // *Стоматология*. – 2012. – №3. – С. 76-79.
 16. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Умарова К.В., Денисова М.А. Современные возможности лечения хейлита // *Клин. стоматол.* – 2016. – №3. – С. 36-38.
 17. Рюмин Д.В., Баднина Е.И., Колесова А.Ю. Медикаментозная коррекция эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // *Экспер. и клин. дерматокосметол.* – 2011. – №3. – С. 24-32.
 18. Сирак С.В., Сирак А.Г., Киржинова Е.М. Ранозаживляющая мазь. Патент РФ №2355411. 2009; Бюл. 14. – 8 с.
 19. Almazrooa S.A., Woo S.B., Mawardi H., Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* – 2013. – Vol. 116, №6. – P. e485-489.
 20. Ashton Acton. Stomatitis: New Insights for the Healthcare Professional. – 2013. – Edition: Scholarly Brief. Scholarly Editions.
 21. Bajpai M. Crusting of lips in a 13-year-old boy *Journal of Pakistan // Assoc. Dermatol.* – 2016. – Vol. 26, №3. – P. 283-284.
 22. Bergler-Czop B., Brzezińska-Wcislo L. The new therapy schema of the various kinds of acne based on the mucosa-skin side effects of the retinoids // *Cutan. Ocul. Toxicol.* – 2012. – Vol. 31, №3. – P. 188-194.
 23. Bhatia S.K., Goyal A., Kapur A. Habitual biting of oral mucosa: A conservative treatment approach // *Contemp. Clin. Dent.* – 2013. – Vol. 4, №3. – P. 386-389.
 24. Bhatia B.K., Bahr B.A., Murase J.E. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis // *Int. J. Women's Dermatol.* – 2015. – Vol. 1, №2. – P. 95-98.
 25. Chi F.H., Li Z.Z., Huang Y.P., Chen Y.Y., Li C.H., Fan R.Q. Clinical and pharmacological experimental observation on self-made Shengji ointment for exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Pi Fu Xing Bing Xue Za Zhi.* – 2009. – Vol. 23, №6. – P. 376-380.
 26. Connolly M., Kennedy C. Exfoliative cheilitis: successfully treated with topical tacrolimus // *Brit. J. Dermatol.* – 2014. – Vol. 151, №1. – P. 241-242.
 27. Denardi L.H., Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
 28. Diao Z.H., Gao Y., Wang J.C. Clinical observation of integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on 22 cases of chronic scaling cheilitis // *Hebei Zhong Yi Yao Xue Bao.* – 2012. – Vol. 27, №2. – P. 23-41.
 29. Gupta S., Pande S., Borkar M. Exfoliative cheilitis due to habitual lip biting and excellent response to methotrexate // *Home.* – 2012. – Vol. 2, №1.
 30. He R.G. Clinical observation of heparin sodium cream combined with corticosteroid cream in treating exfoliative cheilitis. // *Food Drug.* – 2005. – Vol. 7, №11. – P. 59-60.
 31. Hussain A. Exfoliative cheilitis // *Indian J. Dent. Adv.* – 2017. – Vol. 8, №1. – P. 56.
 32. James W.D., Berger T.G., Elston D.M., Andrews Diseases of the Skin. *Clinical Dermatology*. – Eleventh edition. – Elsevier Saunders, 2011. – 783 p.
 33. Janam P., Nayar, B.R., Mohan R., Suchitra A. Plasma cell gingivitis associated with cheilitis: A diagnostic dilemma! // *J. Indian Soc. Periodontol.* – 2012. – Vol. 16, №1. – P. 115-119.
 34. Karadag A., Kavala M., Demir F. et al. A case of hyperpigmentation and acanthosis nigricans by testosterone injections // *Hum. Exp. Toxicol.* – 2014. – Vol. 6. – P. 11921-11931.
 35. Leyland L., Field E.A. Case report: exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. // *Dent. Update.* – 2014. – Vol. 31, №9. – P. 524-526.

36. Li J.Y. Observation of the clinical curative effects on yellow-white licorice decoction in exfoliative cheilitis with syndrome of spleen deficiency and blood dryness, Chengdu Traditional Chinese Medicine University. – Chengdu, 2012. – P. 1-54.
37. Roveroni-Favaretto L.H., Denardi, Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
38. Mudigonda T., Dabade T.S., Feldman S.R. A review of targeted ultraviolet B phototherapy for psoriasis // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2012. – Vol. 66, №4. – P. 664-672.
39. Nayaf M.S. Exfoliative Cheilitis a male patient – a case report // *Our Dermatol Online.* – 2015. – Vol. 6, №1. – P. 39-42.
40. Roveroni-Favaretto L.H., Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
41. Silva E.J.R., Goncalves E.S., Aguiar F. et al. Toxicological studies on hydroalcohol extract of *Calendula officinalis* L. // *Phyther. Res.* – 2007. – Vol. 21, №4. – P. 332-326.
42. Stender I.M., Wulf H.C. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid in the treatment of actinic cheilitis // *Brit. J. Dermatol.* – 2011. – Vol. 135, №3. – P. 454-456.
43. Sun Kai, Liu Lijuna. Treatment of exfoliative cheilitis with Traditional Chinese Medicine: a systematic review // *J. Trad. Chin. Med. Vol.* – 2017. – Vol. 37, №2. – P. 147-158.
44. Tang J., He J.H., Liu X.G., Yuan J.J. Clinical effect of Kangfuxin solution on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Xian Dai Yi Sheng.* – 2011. – Vol. 49 (20). – P. 148-149.
45. Tang R. Effect of nursing intervention on chronic desquamative cheilitis // *Quan Ke Hu Li.* – 2012. – Vol. 10 (33). – P. 3083.
46. Taniguchi S., Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and re-view of the literature // *Dermatology.* – 2012. – Vol. 63, №2. – P. 253-255.
47. Thongprasom K. Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report // *Acta Stomatol. Croat.* – 2016. – Vol. 50, №2. – P. 158-161.
48. Wang J.F., Li L.J., Yu R.P. Clinical observation of high-energy ultraviolet B irradiation for treatment of chronic exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Mei Rong Yi Xue.* – 2013. – Vol. 22, №7. – P. 754-755.
49. Wang J.F. Experience of method of Wenzhong Jianpi on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Zhong Yi Yao Xian Dai Yuan Cheng Jiao Yu.* – 2011. – Vol. 9 (20). – P. 104.
50. Wei W.B., Lu L.Y., Tan C.N. Clinical observation of comprehensive therapy in the treatment of scaling cheilitis // *Ya Tai Chuan Tong Yi Yao.* – 2013. – Vol. 9, №3. – P. 134-135.
51. Xu Y.P., Li Z.L. Clinical observation of tacrolimus ointment in treating exfoliative cheilitis in 65 cases // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №12. – P. 884-885.
52. Yang H., Xun Y.F., Jing L.H. Clinical effect of tacrolimus in the treatment of scaling cheilitis // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №9. – P. 670.
53. Zhang X.H. Clinical observation of injection of dexamethasone and compound danshen on desquamative cheilitis // *Lin Chuang Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* – 2005. – Vol. 21, №9. – P. 570-571.
54. Zhao T.Y., Yu X.F., Xiao S.F. Clinical observation of combined Traditional Chinese Medicine, adapalene gel and dexamethasone acetate cream on exfoliative cheilitis // *Ji Lin Yi Xue.* – 2013. – Vol. 34 (31). – P. 6529-6530.

УДК: 616.31-02-084

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-8>

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ



Нармахматов Б.Т.,
Жилонов А.А., Исаков Э.З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

В ходе краткого обзора специальной литературы было оценено современное состояние профилактики стоматологической заболеваемости. Указаны причины высокой стоматологической заболеваемости населения, к числу которых относится как неудовлетворительная санитарная культура и невысокий уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики, так и низкое качество профилактической работы. Подчёркнута важность организации примордиальной профилактики.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, гигиена, профилактическая работа, примордиальная профилактика.

Хулоса

Адабиётлар тахлили натижасида стоматологик касалликларнинг ҳозирги кундаги ҳолатига баҳо берилди. Стоматологик касалликларини келиб чиқиш сабаблари, шу жумладан аҳоли орасида санитар маданият ва билимининг коникарсизлиги, шунингдек профилактика ишларининг