UNIVERSAL JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES
ISSN 2992-8826
https://sr-journals.org/index.php/UJMANS



УДК: 616.317-002.13

МНОГОФАКТОРНЫЙ ХАРАКТЕР ЭТИОПАТОГЕНЕЗА АНГУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА

Тахирова Камола Абраровна
д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапевтической стоматологии,
Ташкентский государственный медицинский университет
kamolaxon.abrorovna@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8747-09 +998994894008
Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна
базовый докторант кафедры госпитальной терапевтической стоматологии,
Ташкентский государственный медицинский университет
nigina.mf@mail.ru +998909111491 ORCID ID: 0009-0000-8240-6917

Аннотация. Ангулярный хейлит является распространённым воспалительным заболеванием углов рта, характеризующимся хроническим и рецидивирующим течением. Несмотря на типичную клиническую картину, заболевание нередко отличается устойчивостью к стандартной терапии, что обусловлено сложным и многофакторным характером его этиопатогенеза. В статье представлены результаты клинико-лабораторного исследования 40 пациентов с ангулярным хейлитом, направленного на изучение роли местных, инфекционных, системных и иммунологических факторов в развитии заболевания. Установлено, что ведущими предрасполагающими факторами являются хроническая мацерация кожи углов рта, вредные привычки, инфицирование грибами рода *Candida*, а также дефицит железа и витаминов группы В. Иммунологические исследования выявили дисбаланс цитокинового профиля с повышением уровня провоспалительного интерлейкина IL-1β и снижением противовоспалительного IL-10. Полученные данные подтверждают многофакторный характер ангулярного хейлита и обосновывают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению данного заболевания.

Ключевые слова: ангулярный хейлит, этиопатогенез, дефицит железа, витамины группы В, иммунологические нарушения.

Annotatsiya. Angular xeylit og‘iz burchaklarida joylashgan, surunkali va qaytalanuvchi kechishga ega bo‘lgan yallig‘lanishli kasallik hisoblanadi. Klinik belgilarning nisbatan tipik bo‘lishiga qaramay, kasallik ko‘pincha standart davolash usullariga chidamli bo‘lib, bu uning etiopatogenezining ko‘p omilli xususiyati bilan izohlanadi. Mazkur maqolada angular xeylit bilan kasallangan 40 nafar bemorda o‘tkazilgan klinik-laborator tekshiruv natijalari keltirilgan. Tadqiqot davomida kasallik rivojlanishida mahalliy, infeksion, tizimli va immunologik omillarning roli baholandi. Natijalarga ko‘ra, terining doimiy namlanishi, zararli odatlar, *Candida* zamburug‘lari bilan infeksiyalanish, temir va B guruhi vitaminlari yetishmovchiligi yetakchi etiologik omillar hisoblanadi. Immunologik tekshiruvlar IL-1β darajasining oshishi va IL-10 darajasining pasayishini ko‘rsatdi. Olingan natijalar angular xeylitning ko‘p omilli etiopatogenezga ega ekanligini tasdiqlaydi va kompleks diagnostik yondashuv zarurligini asoslaydi.

Kalit so‘zlar: angular xeylit, etiopatogenez, temir yetishmovchiligi, B guruhi vitaminlari, immunologik buzilishlar.

Abstract . Angular cheilitis is a common inflammatory condition affecting the corners of the mouth and characterized by a chronic recurrent course. Despite its typical clinical presentation, the disease often demonstrates resistance to standard therapy, which can be explained by the complex multifactorial nature of its etiopathogenesis. This article presents the results of a clinical and

laboratory study involving 40 patients with angular cheilitis, aimed at assessing the role of local, infectious, systemic, and immunological factors in disease development. The findings indicate that chronic maceration of the skin, harmful habits, infection with *Candida* species, iron deficiency, and deficiencies of B-group vitamins are among the leading etiological factors. Immunological analysis revealed a significant imbalance in cytokine regulation, manifested by elevated levels of the pro-inflammatory cytokine IL-1β and reduced levels of the anti-inflammatory cytokine IL-10. The obtained results confirm the multifactorial nature of angular cheilitis and substantiate the need for an integrated diagnostic and therapeutic approach to improve treatment outcomes.

Keywords: angular cheilitis, etiopathogenesis, iron deficiency, B-group vitamins, immunological disorders.

Введение

Ангулярный хейлит (АХ) — воспалительное заболевание, локализующееся в области углов рта, характеризующееся хроническим и рецидивирующим течением. По данным различных авторов, распространённость ангулярного хейлита среди стоматологических пациентов колеблется от 5 до 15 %, а при наличии соматической патологии достигает 25–30 % [1,2]. Несмотря на типичную клиническую картину, заболевание нередко демонстрирует устойчивость к стандартной терапии, что указывает на сложность и многофакторность его этиопатогенеза.

Современные исследования свидетельствуют о том, что в формировании ангулярного хейлита участвуют как местные факторы, так и системные нарушения, включая дефицитные состояния и иммунологические расстройства [3–5].

Цель исследования

Изучить основные этиологические факторы и их вклад в патогенез ангулярного хейлита на основании клинико-лабораторных данных.

Материалы и методы

Обследовано **40 пациентов** с клинически подтверждённым ангулярным хейлитом в возрасте от 18 до 65 лет. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц без поражений красной каймы губ.

Методы исследования включали клинический стоматологический осмотр, микробиологическое исследование отделяемого из углов рта, общий анализ крови, определение уровня сывороточного железа, ферритина, витаминов B_6 и B_{12}, а также иммунологические показатели (IL-1β, IL-10, CD25, CD95).

Результаты и обсуждение

Местные этиологические факторы

Анализ стоматологического статуса показал, что у **28 из 40 пациентов (70%)** выявлены выраженные местные предрасполагающие факторы. Наиболее часто отмечались:

- хроническая мацерация кожи углов рта — **75%**,
- вредные привычки (облизывание губ, прикусывание) — **57,5%**,
- снижение высоты прикуса — **45%**,
- частичная потеря боковых зубов — **32,5%**.

Нарушение барьерной функции эпителия на фоне постоянной мацерации создаёт условия для внедрения и персистенции микроорганизмов, что подтверждается данными других авторов [6,7].

Инфекционный фактор

Микробиологическое исследование выявило наличие *Candida albicans* у **60% пациентов**, стафилококковой флоры — у **45%**, при этом у **37,5%** отмечалось сочетание грибковой и бактериальной микрофлоры. Пациенты со смешанной инфекцией характеризовались более выраженными клиническими проявлениями и частыми рецидивами, что согласуется с данными литературы [8,9].

Системные дефицитные состояния

Лабораторные исследования показали, что у большинства пациентов с ангулярным хейлитом имеются дефицитные состояния:

- снижение уровня сывороточного железа выявлено у **55%** пациентов (в среднем **8,9 ± 1,2 мкмоль/л**),
- снижение ферритина — у **62,5%** (в среднем **18,4 ± 3,1 нг/мл**),
- дефицит витамина B_6 — у **47,5%**,
- дефицит витамина B_{12} — у **42,5%**.

Наличие указанных нарушений способствует снижению регенераторных процессов эпителия и поддержанию хронического воспаления [10,11].

Иммунологические аспекты патогенеза

Иммунологическое исследование выявило выраженный дисбаланс цитокинов. Уровень **IL-1β** у пациентов с ангулярным хейлитом был повышен до **15,8 ± 2,3 пг/мл**, в то время как в контрольной группе он составлял **6,1 ± 1,4 пг/мл**. Уровень **IL-10**, напротив, был снижен до **4,2 ± 0,9 пг/мл** по сравнению с **9,5 ± 1,8 пг/мл** у здоровых лиц. Повышение экспрессии CD25 и CD95 отмечалось у более чем половины пациентов, что свидетельствует об активации клеточного иммунного ответа [12,13].

Анализ частоты выявления основных этиологических факторов показал, что наиболее значимыми являются хроническая мацерация (75 %), инфекционный фактор (*Candida albicans* — 60 %) и иммунологические нарушения (65 %), что наглядно представлено на рисунке 1.

Клинический пример

Пациентка 42 лет обратилась с жалобами на болезненные трещины в углах рта, жжение и кровоточивость. Заболевание длится более двух лет, отмечаются частые рецидивы. Объективно: мацерация кожи, эрозивные дефекты с серозными корками. Лабораторно: сывороточное железо — **7,6 мкмоль/л**, ферритин — **14,2 нг/мл**, IL-1β — **17,1 пг/мл**, IL-10 — **3,9 пг/мл**. Микробиологически выявлена *Candida albicans*. Данный случай подтверждает многофакторный характер патогенеза ангулярного хейлита.

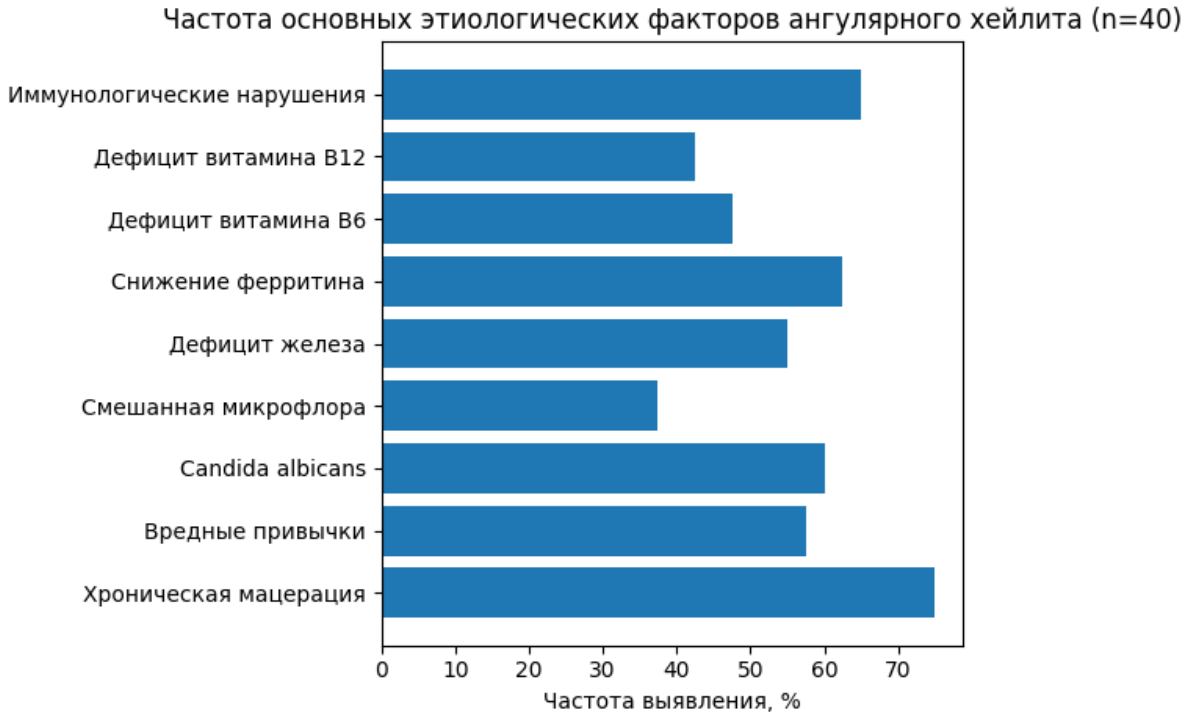


Рис. 1. Частота выявления основных этиологических факторов ангулярного хейлита (n = 40).

Заключение

Полученные данные подтверждают, что ангулярный хейлит является заболеванием с многофакторным этиопатогенезом, в формировании которого участвуют местные

повреждающие факторы, инфекционные агенты, дефицитные состояния и иммунологические нарушения. Учет данных факторов является необходимым условием для разработки эффективных диагностических и лечебных алгоритмов.

Список литературы

1. Budtz-Jørgensen E. Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*, 1981.
2. Park K.K., Brodell R.T., Helms S.E. Angular cheilitis, part 1: local etiologies. *Cutis*, 2011.
3. Krishnan P.A., Kannan R. Cheilitis: a clinical and pathological review. *J Oral Maxillofac Pathol*, 2013.
4. Reamy B.V., Derby R., Bunt C.W. Common tongue conditions in primary care. *Am Fam Physician*, 2010.
5. Scully C., Porter S. Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2008.
6. Neville B.W. et al. *Oral and Maxillofacial Pathology*. Saunders, 2016.
7. Lodi G. et al. Interventions for treating oral candidiasis. *Cochrane Database*, 2012.
8. Samaranayake L.P. Oral mycoses in immunocompromised patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1990.
9. Akpan A., Morgan R. Oral candidiasis. *Postgrad Med J*, 2002.
10. World Health Organization. Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control, 2001.
11. O'Leary F., Samman S. Vitamin B12 in health and disease. *Nutrients*, 2010.
12. Abbas A.K., Lichtman A.H. *Basic Immunology*. Elsevier, 2020.
13. Dinarello C.A. Interleukin-1 and interleukin-1 antagonism. *Blood*, 1991.