

Impact Factor: 4.917

ISSN: 2181-0966

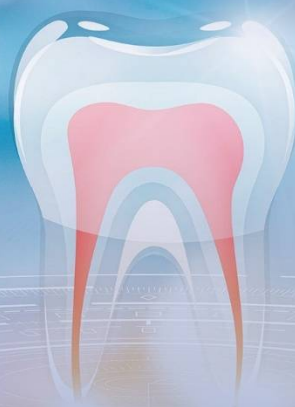
DOI: 10.26739/2181-0966

www.tadqiqot.uz

JOURNAL OF

ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Informing scientific practices around the world through research and development



SAMARKAND
STATE MEDICAL UNIVERSITY

VOLUME 7
ISSUE 1

2026

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

ТОМ 7, НОМЕР 1

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

VOLUME 7, ISSUE 1



ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№1 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2026-1>

Главный редактор:

Ризаев Жасур Алимджанович
доктор медицинских наук, профессор, ректор
Самаркандского государственного медицинского
университета, Узбекистан

Заместитель главного редактора:

Юлдашев Абдуазим Абдувалиевич
доктор медицинских наук, профессор Ташкентского
государственного стоматологического института,
Узбекистан

РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

РЕДАКЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ СОВЕТ:

Ответственный секретарь: А.С. Кубаев – доктор медицинских наук, профессор

Э.Н. Билалов

доктор медицинских наук, профессор

Д.М. Достмухамедов

доктор медицинских наук, профессор

О.Э. Бекжанова

доктор медицинских наук, профессор

А.М. Хайдаров

доктор медицинских наук, профессор

Л.Э. Хасанова

доктор медицинских наук, профессор

Т.Э. Зойиров

доктор медицинских наук, профессор

Э.А. Ризаев

доктор медицинских наук, профессор

Ж.Ф. Шамсиев

доктор медицинских наук, доцент

С.Х. Юсупалиходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Ю.А. Шукурова

доктор медицинских наук, доцент

У.Ю. Мусаев

доктор медицинских наук, доцент

А.И. Хазратов

доктор медицинских наук, доцент

А.А. Ахмедов

доктор медицинских наук, доцент

У.Н. Вахидов

доктор медицинских наук, доцент

Ж.Д. Бузрукзода

кандидат медицинских наук

М.М. Исомов

кандидат медицинских наук, доцент

Д.Ф. Раимкулова

кандидат медицинских наук, доцент

М.К. Юнусходжаева

доктор медицинских наук, доцент

Ф.Ф. Лосев

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ

С.П. Рубникович

академик, доктор медицинских наук,
профессор (Беларусь)

Джун-Янг Пэн

доктор медицинских наук, профессор
(Корея)

Дзинити Сакамото

доктор философии, профессор
(Япония)

М.А. Амхадова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

О.С. Гилёва

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

М.Т. Копбаева

доктор медицинских наук, профессор
(Казахстан)

А.А. Антонова

доктор медицинских наук, профессор
(РФ)

Р.О. Мухамадиев

доктор медицинских наук, профессор

Н.В. Шаковец

доктор медицинских наук, профессор
(Беларусь)

А.И. Грудянов

академик, доктор медицинских наук,
профессор (РФ)

Д.С. Аветиков

доктор медицинских наук, профессор (Украина)

Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

№1 (2026) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2026-1>

Chief Editor:

Jasur A. Rizaev

*Doctor of Medical Sciences, Professor,
Rector of the Samarkand State Medical University,
Uzbekistan*

Deputy Chief Editor:

Abduazim A. Yuldashev

*Doctor of Medical Sciences, Professor of the
Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan*

MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

EDITORIAL ADVISORY BOARD:

Executive Secretary: A. S. Kubaev - Doctor of Medical Sciences, Professor

E.N. Bilalov

Doctor of Medical Sciences, Professor

D.M. Dostmukhamedov

Doctor of Medical Sciences, Professor

O.E. Bekjanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

A.M. Khaidarov

Doctor of Medical Sciences, Professor

L.E. Khasanova

Doctor of Medical Sciences, Professor

T.E. Zoyirov

Doctor of Medical Sciences, Professor

E.A. Rizaev

Doctor of Medical Sciences, Professor

J.F. Shamsiev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

S.H. Yusupalikhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

Yu.A. Shukurova

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.Yu. Musaev

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.I. Khazratov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.A. Akhmedov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

U.N. Vakhidov

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

J.D. Buzrukzoda

Candidate of Medical Sciences

M.M. Isomov

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

D.F. Raimkulova

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

M.K. Yunuskhodjaeva

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

F.F. Losev

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Honored Scientist of the Russian Federation

S.P. Rubnikov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Belarus)

Jun-Yang Peng

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Korea)

Jinichi Sakamoto

Doctor of Philosophy, Professor
(Japan)

M.A. Amkhadova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

O.S. Gileva

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

M.T. Kopbaeva

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Kazakhstan)

A.A. Antonova

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Russian Federation)

R.O. Muxamadiyev

Doctor of Medical Sciences, Professor

N.V. Shakovets

Doctor of Medical Sciences, Professor
(Belarus)

A.I. Grudyanov

academician, doctor of medical sciences,
professor (Russian Federation)

D.S. Avetikov

Doctor of Medical Sciences, Professor (Ukraine)

Page Maker: Khurshid Mirzakhmedov

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Тадqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Тел: (+998-94) 404-0000

СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

1. Rizaev Jasur Alimjanovich, Axmedova Sayyora Muxamadovna, Absalamova Nigora Faxriddinovna OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATIDAGI LEYKOPLAKIYANING KLINIKO- MORFOLOGIK DIAGNOSTIKASI.....	6
2. Xamraeva Nilufar Xamzaevna, Turayeva Feruza Abdurashidovna ODAM PAPILLOMAVIRUSI BILAN KASALLANGAN BEMORLARDA OG'IZ BO'SHLIG'I SHILLIQ QAVATI KASALLIKLARINING KLINIK XUSUSIYATLARINI BAHOLASH.....	11
3. Kamilov Xaydar Pozilovich, Usmanova Lazzat Baxodirovna SURUNKALI QAYTALANUVCHI AFTOZ STOMATITDA MAHALLIY HIMOYA OMILLARINING KLINIK-DIAGNOSTIK AHAMIYATI.....	15
4. Тахирова Камола Аббаровна, Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АНГУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА.....	19
5. Vohidov Elbek Rahimovich MASHINASOZLIK KORXONALARI ISHCHILARIDA OG'IZ BO'SHLIG'I A'ZOLARIDAGI PATOLOGIK O'ZGARISHLAR (ADABIYOTLAR SHARHI).....	23
6. Исомов Мираскад Максудович, Ризаев Жасур Алимджанович, Мирзаев Алишер Умирзокович СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ТРАВМОЙ.....	28
7. Axmedova Sayyora Muxamadovna, Absalamova Nigora Faxriddinovna OG'IZ BO'SHLIG'I LEYKOPLAKIYASIDA ASOSLI DIAGNOSTIKA VA DAVO ALGORITMI.....	37
8. Rizayev Jasur Alimjanovich, Xudoyqulov Shahzod Shavkatovich AUTISTIK SPEKTR BUZILISHLARI BO'LGAN BOLALARNI STOMATOLOGIK DAVOLASHGA TAYYORLASHGA KOMPLEKS YONDASHUV.....	40
9. Махмуд Закирович Дусмухамедов, Дусмухамедов Дилшод Махмуджанович, Исроилова Жасмина Жамшидовна СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ.....	44
10. Валиева Фарангиза Садиковна СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО ДИСФУНКЦИОНАЛЬНОГО СИНДРОМА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.....	49
11. Shernazarov Otamurod Narmuratovich SURGICAL TREATMENT METHODS FOR BENIGN THYROID NODULES.....	53
12. Ахророва Малика Шавкатовна, Ражабий Музаева Азизовна ЦЕФАЛОМЕТРИЧЕСКАЯ И ТРЕХМЕРНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ СО СКЕЛЕТНОЙ ФОРМОЙ АНОМАЛИИ ОККЛЮЗИИ III КЛАССА ПО ЭНГЛЮ.....	57
13. Saidova Muxlisa Axrorovna, Kamilov Haydar Pozilovich OSHQOZON-ICHAK KASALLIKLARI FONIDA PARODONT KASALLIKLARINING OLDINI OLISH MASALALARI.....	62
14. Болтаева Мафтуна Муминовна КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	66
15. Болтаева Фазлат Муминовна КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ОЧАГОВОЙ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ЭМАЛИ У ДЕТЕЙ С ПАРАЗИТАРНОЙ ИНВАЗИЕЙ.....	70
16. Zoyirov Tulqin Elnazarovich, Xaydarova Durdona Munisovna SURUNKALI PARODONTITDA PULPA JAROHATLARINING UCHRASH CHASTOTASI VA MORFOFUNKSIONAL XUSUSIYATLARI.....	75
17. Islamova Nilufar Bustanovna, Abdukhamidov Jurabek Laziz ugli IMPROVEMENT OF METHODS FOR EARLY DETECTION OF MAXILLOFACIAL DEFORMATIONS IN CASE OF PREMATURE TOOTH LOSS.....	79
18. Akhmedov Alisher Astanovich, Mukhiddinov Shokhrux Gafurjon ugli THE ROLE OF EVERSTICK GLASS FIBER-REINFORCED SYSTEMS IN CORRECTING TOOTH CROWN DEFECTS.....	84
19. Islamova Nilufar Bustanovna, Nurullayeva Go'zal Abdumalikovna TISHLARNI OQARTIRISH MUOLAJASIDAN KEYINGI ASORATLAR PROFILAKTIKASIDA ZAMONAVIY ADGEZIV TEXNOLOGIYALARDAN FOYDALANISHNI TAKOMILLASHTIRISH.....	89
20. Ortikova Nargiza Xayrullayevna, Khurramova Surayyo Dustmurodovna OPTIMIZATION OF ORTHOPEDIC DENTAL TREATMENT METHODS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION.....	94
21. Akhmedov Alisher Astanovich, Toyirov Jahongir Sobirovich MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF ENAMEL AND PRINCIPLES OF PREVENTIVE THERAPY FOR PATIENTS WITH EARLY MANIFESTATIONS OF INCREASED TOOTH WEAR.....	99
22. Kamilov Xaydar Pazilovich, Raximova Muhabbat Azamat qizi, Xolmatova Zarnigor Dilmurod qizi BEMORNI DAVOLASH TAJRIBASI ANGULAR XEYLITNI MAHALLIY BLOKADA YORDAMIDA.....	104
23. Шукуров Ақобир Фуркатович, Иноятлов Амрилло Шодиевич, Шукурова Нодира Тиллаевна ОРГАНИЗАЦИЯ МАРШРУТА ПАЦИЕНТА И ПРАВОВАЯ ЯСНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	109

Тахирова Камола Аббаровна
Мирзаходжаева Нигина Фирдавсовна
Ташкентский государственный
медицинский университет

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АНГУЛЯРНОГО ХЕЙЛИТА



<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19538304>

АННОТАЦИЯ

Ангулярный хейлит (угловой хейлит, ангулит) представляет собой воспалительное поражение кожи и слизистой в уголках рта, характеризующееся болезненными трещинами, эрозиями и корками. Эти поражения могут быть обусловлены множеством факторов – от локальных инфекционных агентов (например, *Candida albicans* и стафилококков) до системных причин. Одним из важных системных предрасполагающих факторов считается дефицит витаминов группы В. В представленном исследовании изучается роль дефицита витаминов группы В как фактора риска развития ангулярного хейлита.

Ключевые слова: Ангулярный хейлит, угловой хейлит, *Candida albicans*, витаминов группы В, стафилококки

Takhirova Kamola Abrarovna
Mirzakhodjaeva Nigina Firdavsova
Tashkent State medical University

VITAMIN B DEFICIENCY AS A RISK FACTOR FOR ANGULAR CHEILITIS

ANNOTATION

Angular cheilitis (angular cheilitis, angulitis) is an inflammatory lesion of the skin and mucous membranes at the corners of the mouth, characterized by painful cracks, erosions, and crusts. These lesions can be caused by a variety of factors, ranging from local infectious agents (e.g., *Candida albicans* and staphylococci) to systemic causes. Vitamin B deficiency is considered an important systemic predisposing factor. This study examines the role of vitamin B deficiency as a risk factor for angular cheilitis.

Key words: angular cheilitis, *Candida albicans*, B vitamins, staphylococcus

Taxirova Kamola Abrarovna
Mirzaxojayeva Nigina Firdavsova
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

B VITAMINI YETISHMASLIGI BURCHAKLI XEILIT UCHUN XAVF OMILI SIFATIDA

ANNOTATSIYA

Burchakli xeilit (burchakli xeilit, angulit) og'iz burchaklaridagi teri va shilliq pardalarning yallig'lanishli shikastlanishi bo'lib, og'riqli yoriqlar, eroziyalar va qobiqlar bilan tavsiflanadi. Bu shikastlanishlar mahalliy yuqumli agentlardan (masalan, *Candida albicans* va stafilocokklar) tortib tizimli sabablarga bo'lgan turli omillar tufayli yuzaga kelishi mumkin. B vitamini yetishmasligi muhim tizimli moyillik omili hisoblanadi. Ushbu tadqiqotda B vitamini yetishmasligining burchakli xeilit uchun xavf omili sifatidagi roli o'rganiladi.

Kalit so'zlar : angular xeilit, *Candida albicans*, B vitaminlari, stafilocokklar

Введение. Ангулярный хейлит (также известный как заеды) представляет собой воспаление кожи и слизистой в уголках рта, проявляющееся трещинами, болезненностью, покраснением и корками на пораженных участках. Данное состояние может протекать остро или хронически и встречается у пациентов любого возраста. Однако наиболее

часто ангулярный хейлит наблюдается у пожилых людей (особенно при использовании зубных протезов), а также у лиц с ослабленным иммунитетом или признаками недостаточности питания. Этиологически ангулярный хейлит является многофакторным заболеванием: в его развитии могут играть роль как местные причины

(например, инфекция *Candida albicans*, колонизация *Staphylococcus aureus*, хроническая травматизация и сухость уголков рта), так и системные факторы (дефицит питательных веществ, анемии, заболевания желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитные состояния) [11]. Нередко локальная инфекция служит непосредственным пусковым механизмом воспаления, тогда как системные нарушения создают фон, предрасполагающий к хроническому рецидивирующему течению хейлита [11].

Среди системных факторов особое внимание уделяется алиментарным дефицитам. Давно установлено, что недостаточность ряда витаминов группы В приводит к поражениям слизистой оболочки полости рта, включая появление ангулярного хейлита. По данным исследований, дефициты железа и витаминов В-комплекса могут являться причиной до 25% случаев углового хейлита [1, 2]. В частности, гиповитаминоз В2 (рибофлавин) приводит к развитию ангулярного хейлоза (трещин и мацерации в уголках рта) и атрофическому глосситу, дефицит ниацина (витамина В3) – к пеллагрозному стоматиту, недостаток пиридоксина (В6) – к хейлозу и глосситу, а фолиевая кислота (В9) и витамин В12 – к мегалобластной анемии, сопровождающейся поражениями губ [2]. Предполагается, что гиповитаминоз нарушает процессы регенерации эпителия и местного иммунитета, способствуя мацерации кожи в уголках рта и колонизации патогенных микроорганизмов. Тем не менее, до настоящего времени недостаточно данных о том, насколько непосредственно дефицит витаминов группы В влияет на риск развития ангулярного хейлита.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось определение вклада недостаточности витаминов группы В в возникновение ангулярного хейлита и оценка степени риска развития данного заболевания при гиповитаминозе.

Материалы и методы. Исследование выполнено по дизайну «случай–контроль». В группу случаев были включены пациенты с клинически подтвержденным диагнозом ангулярного хейлита ($n = 50$), обратившиеся в отделение стоматологии нашей клиники в период с _ по дефицит в Критериями включения служили наличие характерных трещин и воспалительных изменений в углах рта длительностью более 2 недель. В группу контроля вошли 50 практически здоровых лиц сходного пола и возраста, не имеющих признаков хейлита или иных активных заболеваний слизистой полости рта. Из исследования исключались пациенты, получавшие витаминные добавки (препараты комплекса витаминов группы В) в предшествующие 3 месяца, а также больные с

тяжелой сопутствующей патологией, способной влиять на обмен витаминов (злокачественные новообразования, терминальная почечная недостаточность и пр.). Все участники подписали информированное согласие; протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом.

У всех обследуемых брали образцы венозной крови для оценки витаминного статуса. Уровень витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке определяли методом иммунохемилюминесцентного анализа. Концентрацию активной формы витамина В6 (пиридоксаль-5-фосфата) измеряли с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Статус рибофлавина (витамин В2) оценивали косвенным методом по коэффициенту активации эритроцитарной глутатионредуктазы (ЕGR-AC). Пороговыми значениями дефицита считали: для В12 – уровень < 150 пмоль/л; для фолатов – < 7 нмоль/л (≈ 3 нг/мл); для пиридоксина – < 20 нмоль/л; для рибофлавина – ЕGR-AC $> 1,4$. Дополнительно всем пациентам был выполнен общий анализ крови (с определением гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов) с целью выявления анемии и ее возможной связи с витаминными дефицитами.

Для сравнения доли пациентов с гиповитаминозом в группах случаев и контроля применяли критерий χ^2 Пирсона (с поправкой Йейтса при необходимости). Различия по количественным показателям (содержание витаминов, показатели крови) оценивали с помощью t -критерия Стьюдента (при нормальном распределении) либо U -критерия Манна–Уитни. Связь дефицита витаминов группы В с наличием ангулярного хейлита анализировали методом логистической регрессии с вычислением отношений шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов. Критический уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Всего в исследование включено 50 пациентов с ангулярным хейлитом (группа случаев) и 50 человек в контрольной группе. Средний возраст пациентов с хейлитом составил $52,3 \pm 17,8$ года, что не отличалось от контрольной группы ($50,7 \pm 16,5$ года; $p = 0,58$). Соотношение мужчин и женщин было сходным: среди больных хейлитом мужчин было 20 (40%), в контрольной группе – 22 (44%) ($p > 0,05$) (Таблица 1). Длительность текущего эпизода ангулярного хейлита варьировала от 3 до 20 недель (медиана 8 недель). У 40 больных (80%) хейлит носил двусторонний характер, у 10 пациентов (20%) отмечалось одностороннее поражение. Признаки кандидозной суперинфекции (молочно-белый налет на дне трещин и эрозий) обнаружены у 30 пациентов с ангулярным хейлитом (60%).

Таблица 1

Общая характеристика выборки

Показатель	Группа с ангулярным хейлитом ($n = 50$)	Контрольная группа ($n = 50$)	P-значение
Возраст, лет ($M \pm SD$)	$52,3 \pm 17,8$	$50,7 \pm 16,5$	0,58
Мужчины, n (%)	20 (40%)	22 (44%)	$> 0,05$
Женщины, n (%)	30 (60%)	28 (56%)	$> 0,05$

Дефицит хотя бы одного из исследованных витаминов группы В значительно чаще встречался у пациентов с ангулярным хейлитом, чем у лиц без хейлита: в 18 случаях (36%) против 3 случаев (6%) в контроле ($p < 0,001$) (Таблица

2). Наиболее выраженная разница выявлена по рибофлавиному (витамин В2) и кобаламину (витамин В12). Недостаточность рибофлавина обнаружена у 15 пациентов с хейлитом (30%) против 2 человек в контрольной группе (4%) ($p = 0,002$).

Дефицит витамина В12 диагностирован у 10 больных (20%), тогда как в контроле низкий уровень В12 отмечен лишь у 1 участника (2%) ($p = 0,005$). Недостаточность пиридоксина (витамин В6) наблюдалась у 8 пациентов с хейлитом (16%) и у 2 в контроле (4%; $p = 0,08$), а дефицит фолиевой кислоты – у 5 больных (10%) против 1 (2%) среди контролей ($p = 0,10$); эти различия статистически не значимы.

Анемия (снижение гемоглобина < 120 г/л) выявлена у 8 пациентов с ангулярным хейлитом (16%), что чаще, чем в контрольной группе (2 случая – 4%; $p = 0,045$). Причем в большинстве случаев анемия носила макроцитарный характер (повышение среднего объема эритроцитов > 100 фл), что согласуется с дефицитом витамина В12 и/или фолатов. В 5 из 8 случаев анемии (62,5%) она сочеталась с дефицитом витамина В12 и/или фолиевой кислоты (Таблица 3).

Таблица 2

Частота дефицита витаминов группы В у пациентов с ангулярным хейлитом и в контрольной группе

Показатель	Ангулярный хейлит (n = 50)	Контрольная группа (n = 50)	p-значение
Дефицит ≥ 1 витамина группы В, n (%)	18 (36%)	3 (6%)	$< 0,001$
Дефицит витамина В ₂ (рибофлавин), n (%)	15 (30%)	2 (4%)	0,002
Дефицит витамина В ₁₂ (кобаламин), n (%)	10 (20%)	1 (2%)	0,005
Дефицит витамина В ₆ (пиридоксин), n (%)	8 (16%)	2 (4%)	0,08
Дефицит фолиевой кислоты, n (%)	5 (10%)	1 (2%)	0,10

Анализ методом логистической регрессии подтвердил, что наличие гиповитаминоза витаминов группы В ассоциируется с повышенным риском развития ангулярного хейлита. Дефицит рибофлавина повышал вероятность возникновения хейлита примерно в 9 раз (ОШ = 9,0; 95% ДИ 1,9–42; $p < 0,01$), а дефицит В12 – примерно в 11 раз (ОШ =

11,3; 95% ДИ 1,3–98; $p < 0,05$). Для пиридоксина и фолиевой кислоты оценки ОШ также превышали 1 (около 4 и 5 соответственно), однако 95% доверительные интервалы в этих случаях включали 1, то есть влияние данных дефицитов не достигло статистической значимости.

Таблица 3

Частота анемии у пациентов с ангулярным хейлитом и в контрольной группе

Показатель	Ангулярный хейлит (n = 50)	Контрольная группа (n = 50)	p-значение
Анемия (Hb < 120 г/л), n (%)	8 (16%)	2 (4%)	0,045

Обсуждение. Полученные данные подтверждают важную роль недостаточности витаминов группы В в патогенезе ангулярного хейлита. Ранее сообщалось, что дефициты железа и различных витаминов группы В могут быть причиной до 25% всех случаев ангулярного хейлита [1, 2]. Особенно часто с развитием данного заболевания ассоциируется гиповитаминоз рибофлавина (витамина В2), который приводит к атрофическим изменениям эпителия губ и слизистых, клинически проявляясь ангулярным хейлозом (трещинами в углах рта) и “малиновым” глосситом [2]. Дефицит ниацина (витамина В3) известен как причина пеллагры – заболевания, характеризующегося триадой симптомов (дерматит, диарея и деменция); при пеллагре также наблюдаются поражения слизистой полости рта, включая стоматит и ангулярный хейлит [2]. Недостаток пиридоксина (витамина В6) приводит к себорейным дерматозам кожи лица, а также вызывает хейлоз и глоссит [2]. Также в литературе описаны случаи, когда восполнение пантотеновой кислоты (витамин В5) приводило к заживлению хронического хейлита [4], а выраженный комбинированный дефицит витаминов комплекса В проявлялся сочетанием глоссита и ангулярного хейлоза [5]. Дефицит фолиевой кислоты и витамина В12 нередко приводит к развитию мегалобластной анемии с поражениями слизистой оболочки рта – появлению атрофического болезненного глоссита и трещин в уголках губ [3, 8]. Наши результаты согласуются с классическими наблюдениями: еще в 1971 г. было показано, что у 18% пациентов с ангулярным хейлитом имеется выраженный дефицит фолиевой кислоты (серум < 3 нг/мл), тогда как у

лиц контрольной группы такой дефицит отсутствовал [3]. В последующих работах также отмечалась связь ангулярного хейлита с нутритивными дефицитами: например, у пациентов с анемиями (часто обусловленными дефицитом В12 или фолатов) признаки хейлита выявляются в 11–32% случаев [2]. В исследовании Rakhmayanthie и соавт. (2016) среди детей-сирот с заедами у 87% пациентов обнаружен сочетанный дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты [10]. Аналогично, у грудных детей с дефицитом В12 ангулярный хейлит диагностируется примерно в 6% случаев [9]. Недостаточность биотина (витамин В7) встречается редко, но в отдельных случаях может приводить к хроническому хейлиту, сопровождающемуся сухостью конъюнктивы и алопецией [2].

Следует учитывать, что у ряда пациентов ангулярный хейлит обусловлен не авитаминозом, а другими причинами – в частности, хронической кандидозной инфекцией на фоне местных предрасполагающих условий (складки кожи в уголках рта, саливация при ношении протезов, привычка облизывания губ), а также системными заболеваниями (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция и др.) [11]. Тем не менее, даже в этих случаях гиповитаминоз может играть усугубляющую роль, особенно у лиц с неполноценным питанием (например, при алкоголизме или синдроме мальабсорбции) [2, 7]. Так, в исследовании Harris и соавт. (2004) показано, что у пациентов с хроническим алкоголизмом поражения слизистой полости рта (включая ангулярный хейлит) встречаются достоверно чаще, что авторы связывают с сопутствующим дефицитом питательных веществ, в том числе витаминов [7]. Кроме

того, прием некоторых медикаментов может способствовать развитию ангулярного хейлита: известно, что длительная терапия изониазидом, циклосерином, оральными контрацептивами и другими препаратами нарушает метаболизм пиридоксина, что приводит к появлению симптомов дефицита В6, включая хейлит [6].

В свете результатов настоящего исследования пациентам с хронически рецидивирующим или терапевтически резистентным ангулярным хейлитом рекомендуется проведение обследования на предмет нутритивной недостаточности. Коррекция выявленных дефицитов нередко приводит к значительному улучшению состояния пациентов. Так, описаны случаи, когда восполнение недостающих витаминов приводило к полному заживлению угловых трещин [3, 8], что подтверждает

причинную роль гиповитаминоза. Таким образом, оценка уровней витаминов группы В (а также железа и цинка) должна стать частью комплексного ведения пациентов с ангулярным хейлитом, особенно при хроническом и резистентном течении.

Заключение. Дефицит витаминов группы В является значимым фактором риска развития ангулярного хейлита. В настоящем исследовании продемонстрирована достоверная ассоциация между недостаточностью рибофлавина и кобаламина и наличием углового хейлита, что подтверждает роль этих гиповитаминозов в патогенезе заболевания. Выявление и коррекция дефицитов витаминов В2, В6, В9 и В12 у пациентов с ангулярным хейлитом позволит повысить эффективность лечения и снизить частоту рецидивов данного состояния.

Список литературы:

1. Konstantinidis A.B., Hatziotis J.H. Angular cheilosis: an analysis of 156 cases. *J Oral Med.* 1984; 39: 199–206.
2. Park K.K., Brodell R.T., Helms S.E. Angular cheilitis, part 2: Nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment. *Cutis.* 2011; 88(1): 27–32.
3. Rose J.A. Folic acid deficiency as a cause of angular cheilosis. *Lancet.* 1971; 298(7722): 453–454.
4. Field H., Green M.E., Wilkinson C.W. Glossitis and cheilosis healed following the use of calcium pantothenate. *Am J Dig Dis.* 1945; 12: 246–250.
5. Cayer D., Ruffin J.M., Perlzweig W.A. The clinical significance of glossitis and cheilosis in deficiencies of the B-complex. *South Med J.* 1945; 38: 111–116.
6. Felder R.S., Millar S.B., Henry R.H. Oral manifestations of drug therapy. *Spec Care Dentist.* 1988; 8(3): 119–124.
7. Harris C.K., Warnakulasuriya K.A., Cooper D.J., et al. Prevalence of oral mucosal lesions in alcohol misusers in South London. *J Oral Pathol Med.* 2004; 33(5): 253–259.
8. Demir N., Doğan M., Koç A., et al. Dermatological findings of vitamin B12 deficiency and resolving time of these symptoms. *Cutan Ocul Toxicol.* 2014; 33(1): 70–73.
9. Kaur S., Goraya J.S. Dermatologic findings of vitamin B12 deficiency in infants. *Pediatr Dermatol.* 2018; 35(6): 796–799.
10. Rakhmayanthie N., Herawati E., Herawati D.M.D. Effect of nutritional intake towards angular cheilitis of orphanage children. *Padjadjaran J Dent.* 2016; 28(3): 170–176.
11. Park K.K., Brodell R.T., Helms S.E. Angular cheilitis, part 1: Local etiologies. *Cutis.* 2011; 87(6): 289–295.

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz
Tadqiqot LLC The city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Phone: (+998-94) 404-0000

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz
ООО Тадqiqот город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.
Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz
Тел: (+998-94) 404-0000