

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА КОНСЕРВАТИВНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Л. Л. АЛЕКСАНДРОВА, А. С. РУТКОВСКАЯ, Л. А. КАЗЕКО

# ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2026

УДК 616.317(075.8)

ББК 56.6я73

А46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 17.12.2025 г., протокол № 4

Рецензенты: д-р мед. наук, проф., зав. каф. хирургической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета И. О. Походенько-Чудакова; каф. терапевтической стоматологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

**Александрова, Л. Л.**

А46 Заболевания губ : учебно-методическое пособие / Л. Л. Александрова, А. С. Рутковская, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2026. – 55 с.

ISBN 978-985-21-2187-3.

Представлены причины развития, клинические проявления, подходы к диагностике и лечению заболеваний губ в соответствии с фрагментами Международной классификации стоматологических болезней на основе МКБ-10 (МКБ-10С), отражающими заболевания губ и слизистой оболочки полости рта.

Предназначено для студентов стоматологического факультета и медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся по специальности «Стоматология» по учебной дисциплине «Оральная мукология».

**УДК 616.317(075.8)**

**ББК 56.6я73**

**ISBN 978-985-21-2187-3**

© Александрова Л. Л., Рутковская А. С.,  
Казеко Л. А., 2026

© УО «Белорусский государственный  
медицинский университет», 2026

## МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

**Общее время занятий:** 275 минут.

Заболевания губ — часто встречающаяся патология, вызванная многочисленными причинными факторами, иногда с неустановленной этиологией, сопровождающаяся такими основными патоморфологическими изменениями, как воспаление, дистрофия и образование опухолей, происходящими во всех отделах губ. Различные формы заболевания характеризуются упорным течением, трудно поддаются лечению и представляют собой не только медицинскую, но и социальную проблему, так как ухудшают качество жизни пациента. Наиболее распространенным заболеванием является хейлит (хейлоз<sup>1</sup>) — воспаление красной каймы, слизистой оболочки и кожной части губы (периоральной области кожи).

**Цель занятия:** овладеть специализированными знаниями и умениями при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями губ.

**Задачи занятия:**

1) изучить Международную классификацию стоматологических болезней на основе МКБ-10 (МКБ-10С<sup>2</sup>) (1997), где представлены болезни губ и проявления других заболеваний на губах;

2) изучить причины развития и клинико-морфологические элементы поражения заболеваний губ;

3) изучить клинические проявления ангулярного хейлита (хейлоза), трещины спайки (заеды) губ, glandулярного хейлита (апостематозного<sup>3</sup>), эксфолиативного хейлита, хейлодинии, других уточненных заболеваний с поражением губ, прикусывания щек и губ;

4) изучить клинические и лабораторные методы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний губ;

5) изучить методы лечения заболеваний губ, группы лекарственных средств для местного применения;

6) изучить алгоритм обследования врачами-специалистами пациента с заболеваниями губ (клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»);

7) научиться обсуждать с пациентом результаты обследования, проявлять настороженность при заболеваниях губ, заполнять стоматологическую амбулаторную карту.

---

<sup>1</sup> Хейлоз — в англоязычной литературе является синонимом термина «хейлит».

<sup>2</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 декабря 2025 г. № 203.

<sup>3</sup> Апостематозный — гнойная форма glandулярного хейлита.

**Требования к исходному уровню знаний.** Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить:

- из морфологии: анатомическое и морфологическое строение органов и тканей челюстно-лицевой области;
- дерматовенерологии: первичные и вторичные элементы поражения слизистой оболочки губ, рта;
- внутренних болезней: проявление на слизистой оболочке губ, рта соматических заболеваний;
- патологической физиологии: основные патоморфологические изменения слизистой оболочки рта;
- ортопедической стоматологии: особенности смыкания губ, окклюзионных соотношений при частичной и полной адентии, нарушениях прикуса;
- консервативной стоматологии: обследование стоматологического здоровья пациента по рекомендациям ВОЗ (2013).

**Контрольные вопросы из смежных дисциплин:**

1. Анатомическое и гистологическое строение губ.
2. Физиологические особенности состояния губ.
3. Первичные и вторичные элементы поражения губ, слизистой оболочки полости рта.
4. Клинические проявления на слизистой оболочке губ, полости рта воспаления (экссудативного, пролиферативного, альтернативного).
5. Клинические проявления на слизистой оболочке губ, полости рта нарушения ороговения (дистрофии).
6. Факторы риска развития заболеваний губ, слизистой оболочки полости рта.
7. Взаимосвязь состояния слизистой оболочки губ, полости рта с соматическими заболеваниями.

**Контрольные вопросы по теме занятия:**

1. Фрагменты МКБ-10С (1997), отражающие заболевания губ и слизистой оболочки полости рта.
2. Причины развития и клинико-морфологические элементы поражения заболеваний губ, факторы риска.
3. Ангулярный хейлит (хейлоз), трещина спайки (заеда) губ. Клинические проявления.
4. Гландулярный хейлит. Клинические проявления.
5. Эксфолиативный хейлит. Клинические проявления.
6. Другие уточненные заболевания губ. Клинические проявления соматических заболеваний на губах.
7. Прикусывание щек и губ. Клинические проявления.
8. Клинические и лабораторные методы обследования пациента с заболеваниями губ.

9. Методы лечения заболеваний губ. Группы лекарственных средств для местного применения.

10. Междисциплинарный подход при диагностике, дифференциальной диагностике и лечении заболеваний губ. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)».

11. Задачи врача-стоматолога при обсуждении с пациентом результатов обследования и формировании онкологической настороженности.

12. Требования к заполнению стоматологической амбулаторной карты пациента с заболеваниями губ.

## **СТРОЕНИЕ ГУБ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ ПОРАЖЕНИЯ И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ**

Губы состоят из мощного слоя круговых мышц, плотно соединенных с кожей, красной каймой и слизистой оболочкой. Физиологичное смыкание губ обеспечивается мышцами собственно губ (*m. orbicularis oris*) за счет их равномерного тонуса. Полное правильное смыкание характеризуется тем, что губы спокойно сомкнуты по линии Клейна. Признаками физиологического состояния являются: смыкание в покое по линии перехода красной каймы в слизистую оболочку; отсутствие сокращения мышц губ, подбородка и других мимических мышц при глотании; разомкнутость в различной степени при откусывании пищи и артикуляции; сомкнутость губ при пережевывании пищи, в углах рта не собирается слюна и пища. В области губ кожный покров постепенно переходит в слизистую оболочку рта. В соответствии с этим в губе различают 3 отдела: кожный, красную кайму и слизистый.

**Кожный отдел** имеет строение, типичное для кожи, покрыт многослойным ороговевающим эпителием. В состав сформированной кожи входят эпидермис, дерма, подкожная жировая клетчатка. Здесь встречаются волосы, сальные и потовые железы.

**Красная кайма губ (переходная зона)** имеет переходное строение от кожи к слизистой оболочке. Она образована четырьмя слоями эпителия: базальным, шиповидным, кератогиалиновым, элеидиновым — и покрыта многослойным плоским эпителием с явлениями ороговения. Красная кайма защищена от внешних воздействий и высыхания выраженным слоем элеидина, полностью отсутствующим в слизистой оболочке рта. Расположенная под эпителием собственная пластинка является непосредственным продолжением дермы. Она образует многочисленные сосочки со множеством капиллярных петель, просвечивающихся через поверхностные слои и придающих красный цвет этому отделу губ (рис. 1).



*Рис. 1.* Красная кайма — переходная зона между кожей и слизистой оболочкой губ

*Зона Клейна* — линия (граница) перехода красной каймы губ в слизистую оболочку рта (рис. 2).



*Рис. 2.* Зона Клейна

**Слизистый отдел губ** покрыт слизистой оболочкой, выстланной толстым пластом многослойного плоского неороговевающего эпителия, клетки которого содержат большое количество гликогена. Ороговение полностью отсутствует. Собственная пластинка образует немногочисленные соединительнотканые сосочки. Сальные железы исчезают, и появляются малые слюнные, расположенные в подслизистой основе.

В красной кайме и в слизистой оболочке губ много рецепторных нервных окончаний, отвечающих за поверхностную чувствительность, и концевых колб Краузе, воспринимающих вибрацию и холод, также могут встречаться сальные железы (гранулы) Фордайса (рис. 3).

У новорожденных и грудных детей эпителий и эпидермис очень тонкий, богат гликогеном, почти не отделен от подлежащей дермы и стромы, ранимый, с высокой регенераторной способностью. В возрасте от 1 года до 3 лет особенностью строения является значительное содержание клеточных элементов, высокая проницаемость сосудистых стенок, рыхлость базальной мембраны, в связи с чем преобладает острое течение воспалительных процессов. Окончательное строение с четкой дифференцировкой структур покровные ткани приобретают к 12 годам.



Рис. 3. Сальные железы (гранулы) Фордайса

Следует отметить, что на губах встречаются все группы клинко-морфологических элементов поражения — изменения цвета, скопление экссудата, нарушение целостности, напластования, разрастание тканей, которые вызываются различными этиологическими факторами (причинами):

- изменения цвета слизистой губ (белого, красного, голубого, коричневого) связаны с нарушением ороговения и меланогенеза, воспалением, сосудистыми мальформациями;
- пузырьковые элементы поражения вызываются, как правило, герпетической инфекцией;
- пузыри появляются при многоформной экссудативной эритеме, буллезных дерматозах и др.;
- эрозивно-язвенные поражения возникают вследствие травмы, доброкачественных/злокачественных новообразований, заболеваний крови и др.;
- напластования (чешуйки, корочки) на красной кайме и кожной части губы свидетельствуют как об атопической природе заболевания, так и о дисбалансе различных витаминов, железа, другой системной патологии, воздействии неблагоприятных метеорологических факторов и др.;
- ангулярный хейлит может быть вызван снижением высоты прикуса и наличием вредной привычки облизывать губы, а также может быть проявлением дисбаланса витаминов, грибковой инфекции, сахарного диабета и других системных заболеваний.

Знание строения, морфологии губ, признаков их физиологического и патологического состояния наряду с учетом клинко-морфологических элементов поражения, свойственных той или иной патологии, поможет врачу-стоматологу в выборе лабораторного метода верификации диагноза и выборе врача-специалиста для направления пациента на углубленное обследование.

## МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10 (1997)

В МКБ-10С (1997) заболевания губ указаны в классе XI «Болезни органов пищеварения» в блоке K13 «Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта». Болезни губ (K13.0) представлены в подразниках разными формами хейлита (K13.00, K13.01, K13.02), хейлодией (K13.04), другими уточненными и другими неуточненными заболеваниями губ (K13.08–13.09), прикусыванием щек и губ (K13.1).

### **Класс XI. Болезни органов пищеварения**

#### ***Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (K00–14)***

K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта

K13.0 Болезни губ

*Исключены: актинический хейлит (L56.8X), арибофлавиноз (E53.0)*

K13.00 Ангулярный хейлит (хейлоз)

Трещина спайки губ (заеда)

*Исключена: трещина спайки губ (заеда) вследствие:*

– кандидоза (B37.0)

– недостаточности рибофлавина (E53.0)

K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный

K13.02 Хейлит эксфолиативный

K13.03 Хейлит БДУ

K13.04 Хейлодия

K13.08 Другие уточненные болезни губ

K13.09 Болезнь губ неуточненная

K13.1 Прикусывание щеки и губ.

К другим уточненным заболеваниям губ (K13.08) можно отнести исключенные и зарегистрированные в других классах и разделах — актинический хейлит (L56.8X), арибофлавиноз (E53.0), трещину спайки губ (заеду) вследствие кандидоза (B37.0) и другие заболевания, являющиеся проявлением соматической патологии на губах, такие как плоский лишай (L43.IX), системная красная волчанка (M32.VX), пузырчатка (L10.0X), многоформная экссудативная эритема (L51.0X), новообразования (C00–14), сахарный диабет (E14.XX), лейкоз (C91–95), заболевания эндокринной системы (E07.X) и др.

Следует отметить, что поражения слизистой губ и полости рта наиболее многочисленные и встречаются в каждом блоке класса I «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни», например, туберкулез (A18.8X), первичный сифилис (A51.2X), ветряная оспа (B01.8X), другие вирусные инфекции с поражениями кожи и слизистых оболочек (B08) (прил. 1).

Важно подчеркнуть, что в *клинических классификациях* различные авторы выделяют собственный и симптоматический хейлит (прил. 2). К *собственному хейлиту* (самостоятельный или истинный) относятся поражения, развивающиеся при непосредственном воздействии патогенных факторов на слизистую оболочку рта и губ здорового пациента, например, метеорологический и актинический хейлит, которые по международной классификации относятся к другим уточненным болезням губ (K13.08). *Симптоматический хейлит* является клиническим проявлением системных заболеваний организма и включен в другие классы и рубрики (железодефицитная анемия (D50), буллезный пемфигOID (L12.0X)) (прил. 1, 2).

При первичном посещении пациента с неуточненным заболеванием губ присваивается код (K13.09) и пациент направляется к врачам-специалистам на обследование.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ

### Ангулярный хейлит (K13.00)

**Ангулярный хейлит** (син.: ангулярный хейлоз, трещина спайки губ, заеда) — воспалительное заболевание углов рта. В процесс вовлекаются слизистая оболочка в области комиссур и прилегающие участки кожи с образованием заед. Процесс, как правило, двухсторонний. Встречается у лиц различного возраста и пола. Заболевание характеризуется длительностью течения, рецидивами, медленной эпителизацией.

**Этиология и механизмы развития.** Одной из причин ангулярного хейлита является нарушение архитектоники губ. Так, при снижении высоты нижней трети лица (при глубоком или дистальном прикусе), нарушении окклюзии из-за поражений зубов, губ или снижении тонуса *m. orbicularis oris* изменяются взаимосоотношения тканей в области углов рта. В этих случаях смыкание происходит не только по узкой зоне Клейна, но захватывает и прилежащую кожу. В углах рта образуются глубокие кожные складки, нарушаются физиологические условия вследствие неполного герметизма складки кожи и красной каймы. Не приспособленные к влажной среде рта ткани постоянно увлажняются слюной, что приводит к их мацерации. Скопление слюны в этой области формирует вредную привычку облизывать губы, вытирать углы рта и способствует инфицированию мокнущих участков.

Кроме того, к развитию ангулярного хейлита приводит снижение иммунитета при гиповитаминозах, заболеваниях крови (железодефицитная, гипохромная, злокачественная анемия), нарушении привычек питания (булимия, анорексия), сухости вследствие поражения слюнных желез, генетических и других факторах, таких как врожденные свищи вокруг рта, гиперсаливация

при болезни Дауна. Возможно сочетание нескольких причинных факторов (например, нарушение архитектоники, гиповитаминоз, сахарный диабет и присоединение инфекции) (рис. 4).



*Рис. 4. Ангулярный хейлит:*

*a* — при нарушении архитектоники губ; *б* — при нарушении окклюзии или снижении тонуса *m. orbicularis oris*; *в* — при инфицировании углов рта

**Клинические проявления** зависят от степени выраженности заболевания. Пациенты предъявляют жалобы на чувство жжения и напряжения губ, на боль при открывании рта, приеме пищи и разговоре. При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны. Возможен лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов, связанный с присоединением инфекции.

При визуальной оценке периоральной области в углах рта (комиссурах губ) определяются покраснение кожи, шелушение (чешуйки), корочки и корки, после чего возникают трещинки и трещины, которые могут кровоточить.

Очаг медленно растет, трещина углубляется, корки увеличиваются. В запущенных случаях возможны эрозии, но процесс не распространяется на слизистую рта интраорально. При заедах стрепто- и стафилококковой природы наблюдаются корочки желтого цвета, а при заболеваниях грибкового происхождения — белесоватые, влажные (рис. 5).



*a*



*б*

*Рис. 5.* Трещина угла рта слева:

*a* — пиогенной природы с «золотистыми» корочками; *б* — грибкового происхождения с белесоватыми корочками

При инфекционном ангулярном хейлите возможно поражение всей красной каймы, она сухая, шелушится, трещины длительно не заживают и часто рецидивируют. Хейлит может сочетаться со стоматитом и глосситом.

### **Гландулярный хейлит (К13.01)**

**Гландулярный хейлит** — заболевание слизистой оболочки губ, может быть первичным, без предшествующих заболеваний красной каймы и слизистой оболочки, и вторичным, вследствие хронических воспалительных соматических заболеваний (плоский лишай слизистой оболочки рта, системная красная волчанка и др.). Встречается у людей среднего и пожилого возраста, детей и подростков, чаще у мужчин от 40 до 60 лет.

**Этиология и механизм развития.** Заболевание развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции, а иногда и гетеротопии малых слюнных желез. Чаще всего эту патологию связывают с врожденной гиперплазией слюнных желез, интенсивно продуцирующих слюну. У детей причиной glandularного хейлита может быть нарушение архитектоники губ из-за их неполного или неправильного смыкания. Возможно, играет роль и нарушение метаболизма с накоплением промежуточных и конечных продуктов обмена веществ (мочевой кислоты, ксантина и других), их последующим активным выведением со слюной, что способствует развитию воспаления малых слюнных желез губ. Впервые гнойный (апостематозный) glandularный хейлит описал Folkman в 1870 г., а Puente и Acevedo в 1927 г. описали клинику простого glandularного хейлита.

**Клинические проявления** glandularного хейлита зависят от степени выраженности заболевания. Характер жалоб также коррелирует с формой заболевания. Так, при простой форме хейлита пациенты отмечают шероховатость, сухость, бугристость, дискомфорт губ. При гнойной — присоединяются жалобы на жжение, боль, отек губы, затрудненные речь и прием пищи.

При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны. Возможен лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов, связанный с присоединением инфекции и выраженными клиническими проявлениями.

При интраоральном обследовании пациентов с простой формой glandулярного хейлита в области слизистой оболочки визуализируются расширенные устья малых слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны — симптом «капель росы» (рис. 6).



Рис. 6. Простая форма glandулярного хейлита верхней губы

В случае проникновения пиогенной инфекции в расширенные протоки слюнных желез и их закупорки развивается гнойный glandулярный хейлит. Появляются боль, отек, выделение гнойного экссудата, губа покрывается желтыми гнойными корками, возможно абсцедирование, отмечается поднижнечелюстной лимфаденит. Иногда вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде белых колец.

### **Эксфолиативный хейлит (K13.02)**

**Эксфолиативный хейлит** — хроническое заболевание, при котором поражается исключительно красная кайма губ. Протекает длительно, годами, особенно в сухой форме.

Впервые описан Stelwagon в 1900 г. под названием «персистирующая десквамация губ». Besnier (1901) описал его под названием «эксфолиативная экзема губ», Crocker (1912) — «эксфолиативное воспаление губ». В 1912 г. Miculicz и Kümmel предложили термин «эксфолиативный хейлит». Возраст пациентов — от 10 до 40 лет, заболевание начинается в раннем школьном и подростковом возрасте. Эксфолиативным хейлитом болеют чаще девушки.

**Этиология и механизм развития.** Причина заболевания окончательно не установлена. Большинство исследователей считают, что в его основе

лежат нейрогенные механизмы, поскольку у значительной части пациентов выявлены депрессивные реакции и невротические состояния. Установлена связь между эксфолиативным хейлитом и гиперфункцией щитовидной железы. Признается роль генетического, иммуноаллергического факторов, дискутируется участие герпетической инфекции в этиологии заболевания.

Т. Ф. Виноградова и соавторы (1987) считают, что заболевания губ, в том числе и эксфолиативный хейлит, возникают преимущественно в связи с нарушением их правильного смыкания. Поскольку слизистая губ при их неполном или неправильном смыкании подвергается воздействию внешних факторов, развивается приспособительный механизм облизывания, формируется вредная привычка. Однако такое увлажнение не защищает и появляются признаки воспаления, такие как гиперемия, отек, сухость, повышенная десквамация.

Б. М. Пашков (1963) впервые указал на существование двух форм эксфолиативного хейлита — сухой и экссудативной, а также отметил возможность перехода одной формы заболевания в другую (рис. 7).



Рис. 7. Эксфолиативный хейлит:  
а — сухая форма; б — экссудативная форма

**Клинические проявления.** Пациентов беспокоят сухость, жжение, наличие чешуек, корочек и болезненность губ, особенно при их смыкании.

При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны. Возможен лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов, связанный с присоединением инфекции.

Сухая форма эксфолиативного хейлита, как и экссудативная, характеризуется локализацией поражения только на красной кайме губ, процесс никогда не переходит на кожу и слизистую оболочку.

При сухой форме красная кайма начиная от переходной зоны слизистой оболочки (линии Клейна) до середины красной каймы гиперемизована и отечна, сухая, с единичными или множественными чешуйками серого

и серовато-коричневого цвета, которые плотно прикреплены в центре и несколько отстают по краям. При их снятии обнажается ярко-красная поверхность без эрозии.

Экссудативная форма эксфолиативного хейлита характеризуется поражением всей красной каймы губ от угла до угла рта, наличием чешуек и корок серовато-желтого или желтовато-коричневого цвета. Иногда корки достигают больших размеров и свисают с губы как бы в виде фартука. После снятия корок обнажается ярко-красная гладкая поверхность. При сгрызании корок возможно нарушение целостности слизистой оболочки в виде эрозий.

### **Хейлодиния (K13.04)**

**Хейлодиния** — болезненное ощущение пациента (чаще жжение губ) при отсутствии визуально диагностируемых патологических изменений. Относится к вариантам синдрома жжения полости рта, часто сочетается с глоссодинией.

Пациенты жалуются на жжение губ. При осмотре всех частей губ элементы поражения не выявляются. Жалобы можно связать только с ощущениями пациента.

Этиология заболевания до настоящего времени не выяснена. Причинами могут быть различная соматическая патология, психоэмоциональные нарушения.

### **Атопический хейлит (K13.08)**

**Атопический хейлит** — хроническое заболевание, которое является симптомом атопического дерматита или диффузного нейродермита. Это поражение губ ранее описывали под названиями «экзематозный хейлит» или «себорейный хейлит».

**Этиология и механизм развития.** Причинами атопического хейлита являются генетические факторы, аллергия на лекарственные препараты, продукты питания, бытовые химические вещества, пыль, косметические средства, также невроты, психические и аутоиммунные заболевания и др.

Атопический хейлит протекает как изолированно, так и в сочетании с воспалением кожи других участков тела. Чаще возникает в осенне-зимний период, летом возможна ремиссия. Красная кайма губ и кожа околоушной области поражаются с 3–7 лет. К окончанию периода полового созревания у большинства пациентов наступает самоизлечение, однако в дальнейшем у них могут наблюдаться периодические рецидивы заболевания.

**Клинические проявления.** Основными жалобами при атопическом хейлите являются зуд, жжение, сухость, отек губ, нарушение эстетики.

При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны. При периоральном осмотре красная кайма и кожа губ отечны и инфильтрированы, имеются мелкие чешуйки, трещины, корочки. Кожа в области углов рта длительное время остается слегка пигментированной с радиальными бороздками (вид сложенной гармошки). После стихания острых воспалительных явлений возникает лихенизация<sup>1</sup> губ (рис. 8).



Рис. 8. Атопический хейлит:

*а* — чешуйки и корочки на красной кайме и кожной части губ; *б* — чешуйки на красной кайме и кожной части губ

### **АКТИНИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ (К13.08)**

**Актинический хейлит** — хроническое заболевание губ, обусловленное повышенной чувствительностью красной каймы к солнечному свету. Чаще поражается нижняя губа. Заболевание впервые описано Auges в 1923 г.

**Этиология и механизм развития.** Основной причиной возникновения актинического хейлита является развитие аллергической реакции замедленного типа к ультрафиолетовым лучам при длительном пребывании на солнце, а также отражении солнечных лучей поверхностью воды или снежного покрова. Актинический хейлит чаще встречается у населения южных регионов с интенсивным солнечным излучением, но может быть у лиц, в том числе детей и подростков, занимающихся греблей, велосипедным, парусным, лыжным и горнолыжным видами спорта. Характерна сезонность заболевания. Обострение наступает весной и летом. Полная или частичная регрессия наступает при снижении уровня инсоляции.

---

<sup>1</sup> Лихенизация — изменение кожи и красной каймы губ, связанное с инфильтрацией сосочкового слоя и акантозом. В результате кожный рисунок становится резко выраженным.

**Клинические проявления.** Пациентов беспокоят зуд, жжение, болезненность губ. При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны.

Актинический хейлит протекает в трех формах и относится к потенциально злокачественному заболеванию (рис. 9).



*Рис. 9.* Актинический хейлит:  
*а* — сухая форма; *б* — экссудативная форма; *в* — эрозивная форма

При сухой форме актинического хейлита поражение захватывает всю поверхность красной каймы, она становится ярко-красной, покрывается мелкими сухими серебристо-белыми чешуйками. Верхняя губа и кожа лица поражаются редко.

При экссудативной форме актинического хейлита на фоне слегка отечной красной каймы нижней губы возникают участки эритемы, мелкие пузырьки, мокнущие эрозии, на поверхности которых образуются корки. При длительном существовании могут образовываться трещины, эрозии, появляются очаги ороговения, возможна малигнизация.

## МЕТЕОРОЛОГИЧЕСКИЙ ХЕЙЛИТ (К13.08)

**Метеорологический хейлит** — воспалительное заболевание губ, основной причиной которого являются метеорологические факторы (повышенная или пониженная влажность, ветер, холод, запыленность воздуха).

**Этиология и механизм развития.** Для развития заболевания имеют значение длительное пребывание в неблагоприятных климатических условиях, вредные привычки (облизывание губ), нарушение правильного смыкания губ, конституциональные особенности кожи (метеорологический хейлит чаще всего возникает у лиц с белой и нежной кожей). Заболевание протекает хронически, может наблюдаться в любое время года. Чаще встречается у взрослых, но может быть и у детей, которые занимаются такими видами спорта, как велосипедный, лыжный спорт, биатлон, гребля, а также проживающих в северных регионах.

**Клинические проявления.** Пациенты жалуются на сухость или чувство стягивания губ, чаще нижней. При этом многие облизывают губы, что приводит к увеличению сухости, шелушения.

При экстраоральном обследовании подбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, эластичны, подвижны, безболезненны.

При периоральном осмотре кожа и слизистая оболочка губ не изменены, поражается только красная кайма губ, которая на всем протяжении становится сухой, покрывается мелкими чешуйками. Длительное воздействие неблагоприятных факторов может привести к образованию корочек и корок, а также трещин (рис. 10).



*Рис. 10.* Метеорологический хейлит

### **Хейлит при недостаточности витаминов (гиповитаминозах) (E50–61)**

Изменения красной каймы, кожной части губ и углов рта при недостаточности витамина А (E50.8X), тиамин (E51), рибофлавина (E53.0) и других авитаминозах (E55.0X, E58.8X) зарегистрированы в классе IV «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ».

На губах появляются гиперемия, сухость, корочки, чешуйки, могут образоваться трещины, сопровождающиеся жжением и неприятными ощущениями. Данные изменения затрудняют прием пищи и речь. Возможно поражение кожи лица, языка и слизистой рта. Изменения губ служат маркерами дисбаланса различных витаминов, минералов и появляются задолго до постановки основного диагноза (рис. 11).



Рис. 11. Поражение губ при гиповитаминозе:  
а — витамина А; б — витамина В<sub>2</sub>

Так, в частности:

– **при недостатке витамина А** пациенты жалуются на сухость губ, появление чешуек, корочек. Красная кайма губ сухая, белесоватая. Пациенты постоянно облизывают губы, что усугубляет сухость и приводит к образованию трещин. Поражение красной каймы может сопровождаться изменениями кожной части губ, кожи лица и других участков туловища;

– **недостатке витамина В<sub>2</sub> (рибофлавина)** пациенты жалуются на появление трещин в углах рта, жжение губ, сухость. Красная кайма губ мацерируется, появляются трещины, пузырьки, корочки. Иногда губа отекает, становится гладкой, блестящей, с наслоением тонких блестящих чешуек. В углах рта образуются болезненные трещины. Одновременно может развиваться глоссит.

### **Хейлит при анемии (D50.0X, D51.VX, D53.VX)**

Следует отметить, что с похожими, как при гиповитаминозах, жалобами и клинико-морфологическими поражениями на красной кайме, кожной части губ и углах рта протекает хейлит, возникающий при железо-, В<sub>12</sub>-, В<sub>9</sub>-дефицитной и других анемиях (рис. 12).

Данные поражения зарегистрированы в классе III «Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» — анемии, связанные с питанием (D50–53).



*а*



*б*

*Рис. 12.* Поражение губ:

*а* — при железодефицитной анемии; *б* — при  $V_{12}$ -дефицитной анемии

### **ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРЕЩИНА ГУБ (К13.08)**

**Хроническая рецидивирующая трещина губ** — хроническое заболевание красной каймы губ, слизистой оболочки губ, углов рта, сопровождающееся линейным нарушением целостности тканей, болезненностью и характеризующееся длительным рецидивирующим течением. По данным литературы, у 65 % пациентов трещина локализуется на нижней губе, в 24 % случаев — на верхней губе, в 11 % — в углах рта (рис. 13).



*Рис. 13.* Хроническая рецидивирующая трещина красной каймы нижней губы

**Этиология и механизм развития.** Пусковыми факторами заболевания являются: индивидуальное анатомическое строение губы (глубокая складка в центре губы и углах рта); хроническая травма; различные метеорологические факторы; вредные привычки (облизывание губ), вызывающие сухость красной каймы, потерю эластичности. Имеют значение недостаточность витамина А и витаминов группы В, неврогенный фактор, сахарный диабет и другие соматические заболевания. Грибковая и микробная флора поддерживают существование трещин и препятствуют заживлению.

**Клинические проявления.** Пациенты жалуются на изменение губы, болезненность при приеме пищи, разговоре.

При экстраоральном обследовании изменений челюстно-лицевой области нет.

При осмотре на красной кайме визуализируется одиночная глубокая линейная трещина, которая обычно находится в центральной части, иногда сбоку, и может продолжаться на слизистой оболочке губы. В отличие от трещин в углах рта центральная и боковые не распространяются на кожу. При недолго существующей неглубокой трещине пальпация ее безболезненная, основание мягкое. При длительно существующей и глубокой трещине имеется кровянистая корочка и воспалительный болезненный инфильтрат в основании, края ее уплотняются, могут ороговеть.

### Поражения губ при плоском лишае (L43.1X)

Плоский лишай проявляется на губах мелкими узелковыми высыпаниями (папулами) беловато-перламутрового цвета причудливой формы на гиперемизированной или синюшной отечной красной кайме и слизистой губ. При длительном существовании папулезных элементов на их поверхности появляется небольшое шелушение. Также могут возникать отдельные эрозии и язвы (рис. 14). Как правило, элементы поражения, характерные для плоского лишая (сетка Уикхема), имеются и в других анатомических областях полости рта, могут сочетаться с поражениями других слизистых, кожи конечностей и туловища.



Рис. 14. Плоский лишай:

*a* — папулезный рисунок на красной кайме нижней губы; *б* — эрозивно-язвенная форма на красной кайме

### Поражения губ при раннем первичном сифилисе (A51.2X)

На красной кайме и/или слизистой губ через 1–3 недели с момента инфицирования регистрируется твердый шанкр («целующиеся» шанкры), язва с уплотнением, инфильтрацией и гладким безболезненным дном на неизменной слизистой (рис. 15).



*Рис. 15.* Сифилитический шанкр на нижней губе

### **ПОРАЖЕНИЯ ГУБ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ (С91–95)**

Клинические проявления при лейкозе характеризуются геморрагическими высыпаниями, эрозиями и язвами, покрытыми геморрагическими корками, на воспаленной слизистой оболочке, красной кайме и/или кожной части губ (рис. 16).



*Рис. 16.* Клинические проявления хронического лейкоза на верхней губе (лейкемид)

### **ПОРАЖЕНИЯ ГУБ ПРИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЕ (L51.0X)**

Заболевание начинается остро с разлитой или ограниченной эритемы на красной кайме, слизистой оболочке губ, рта. Далее на этом фоне образуются пузырьки, которые вскрываются, а на их месте возникают болезненные сливающиеся эрозии с остатками покрывшейся корки. На слизистой губ образуются разной толщины кровянистые корки, что затрудняет прием пищи, речь (рис. 17).

Кроме того, у пациента повышается температура тела, появляются признаки общей интоксикации. Возможны поражения слизистых оболочек других локализаций и кожи, резкое ухудшение состояния за короткий промежуток времени, развитие синдрома Стивенса–Джонсона. Данное тяжелое состояние пациента требует госпитализации.



*Рис. 17.* Клинические проявления многоформной экссудативной эритемы

### **ПОРАЖЕНИЯ ГУБ ПРИ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ (HERPES SIMPLEX) (B01.8X)**

Клинические проявления при первичной герпетической инфекции и рецидивах характеризуются высыпаниями сгруппированных пузырьков на красной кайме губ и коже. Прилежащие и подлежащие ткани отечны и гиперемированы. Регресс элементов поражения происходит через 5–7 дней, появляются корочки (часто кровянистые), покрывающие эрозивные поверхности. Эпителизация происходит без рубчиков, но длительное время могут оставаться красно-синюшные пятна (рис. 18).

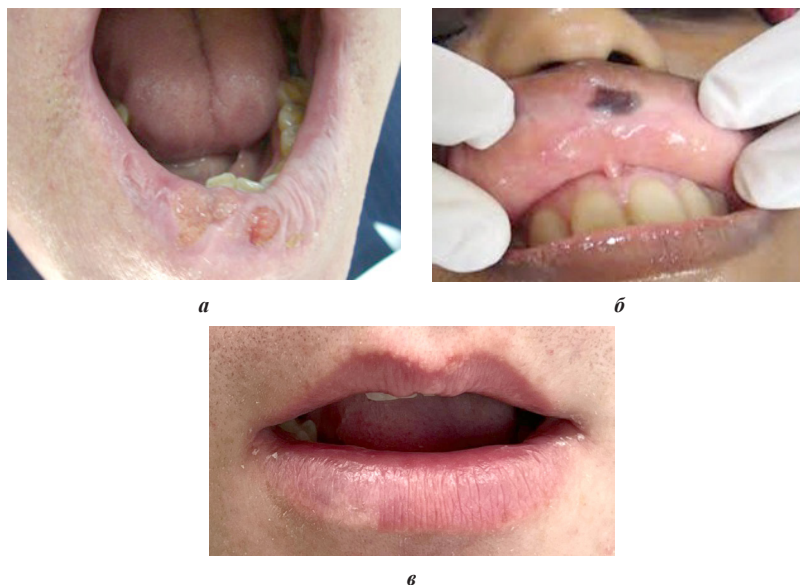


*Рис. 18.* Герпетическая инфекция верхней губы (herpes labialis)

### **ПОРАЖЕНИЯ ГУБ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ (C00–14) И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ (D10) НОВООБРАЗОВАНИЯХ**

Врачу-стоматологу (стоматологу-терапевту, стоматологу-ортопеду, стоматологу-хирургу, стоматологу-ортодонту) следует иметь онкологическую настороженность и помнить, что на различных частях губ могут встречаться доброкачественные и злокачественные новообразования. Клинико-

морфологические проявления при новообразованиях разнообразны. На губах появляются эрозии и язвы, разрастание тканей с быстрым инфильтративным ростом, белые плоские и веррукозные поражения, меланомоподобное изменение цвета (коричневое) (рис. 19).



*Рис. 19.* Клинико-морфологические элементы поражения губ при новообразованиях: *а* — эрозивно-язвенные поражения при раке нижней губы; *б* — коричневое пятно на слизистой верхней губы при меланоме; *в* — белые поражения на красной кайме и кожной части губы (неуточненные)

Основными признаками озлокачествления являются длительно не заживающие эрозии и язвы, инфильтрация при- и подлежащих тканей, быстрое разрастание тканей с возвышением над поверхностью губы.

### **Синдром Россолимо–Мелькерссона–Розенталя (G51.2)**

Это заболевание проявляется триадой симптомов, таких как паралич лицевого нерва, макрохейлит и складчатый язык.

**Этиология и механизм развития синдрома** окончательно не выяснены. Ряд авторов считают заболевание наследственным, есть сторонники гематогенно-инфекционной и инфекционно-аллергической природы. Большинство рассматривают его как ангионевроз.

**Клинические проявления.** Заболевание может начаться в любом возрасте. Как правило, первым симптомом болезни является отек кожи лица и слизистой оболочки рта. Чаще всего в начале заболевания появляется отек верхней губы (могут отекать обе губы). Утолщение неравномерное, одна сторона более отечна, чем другая. При пальпации отмечается равномерная плотнoэластическая консистенция тканей, вдавления не остается. Отек держится от 3–6 дней до месяца, может сопровождаться образованием трещин. У ряда пациентов он существует постоянно, временами ослабевает и нарастает, иногда полностью исчезает, а затем вновь появляется. Его интенсивность может меняться в течение дня, распространяясь на щеки, нос, язык, твердое небо, десну. Возможно нарушение речи, мимики, затруднение приема пищи.

Второй симптом — односторонний паралич лицевого нерва. На пораженной половине лица снижен тонус мышц, расширена глазная щель, опущен угол рта. У большинства пациентов паралич лицевого нерва постепенно проходит, но в дальнейшем рецидивирует и при длительном течении принимает стойкий характер. Очень редко развивается двусторонний паралич.

Третий симптом — складчатый язык. Язык отечен, на нем хорошо выражены борозды, складки, в связи с чем он приобретает бугристый вид. Сочетание всех трех симптомов наблюдается не всегда, чаще заболевание проявляется только макрохейлитом (рис. 20).



*Рис. 20.* Макрохейлит при синдроме Россолимо–Мелькерссона–Розенталя

### **Прикусывание щек и губ (K13.1)**

Прикусывание (нажевывание) различных участков губ и щек чаще всего является результатом вредной привычки и психоэмоционального напряжения. При этом клинически визуализируются «обрывки» эпителия белесоватого цвета на неизменной подлежащей слизистой, однако возможны нарушения целостности. К изменению слизистой могут привести также наличие патологии прикуса, аномалии положения зубов, ношение брекет-систем, некачественные ортопедические конструкции, курение и пирсинг (рис. 21).



*Рис. 21.* Накусывание (прикусывание) щек и губ

Длительное существование хронической травмы является фоном для дисплазии и малигнизации эпителия.

### **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГУБ**

В связи с тем что заболевания губ возникают вследствие различных причин, основными из которых являются проявление соматических (системных) заболеваний и их симптомов, анатомо-физиологические нарушения смыкания губ, прикуса, вредные привычки, повреждающее воздействие неблагоприятных факторов внешней среды, а также возможно сочетание различных причин, их диагностика требует интеграции врачей различных специальностей (врача-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-онколога и др.). При этом следует отметить, что на губах встречаются различные группы клинико-морфологических элементов поражения, которые, как правило, не имеют специфических, патогномоничных признаков, что затрудняет постановку диагноза на основании клинических проявлений и требует использования лабораторных методов диагностики (иммунологических, морфологических, микробиологических и др.) врачами-интернистами.

Таким образом, при диагностике заболеваний губ на основании жалоб пациента, анамнеза и осмотра, выявления взаимосвязи со стоматологическим и соматическим здоровьем делают краткое медицинское заключение (предварительный диагноз) об имеющемся или предполагаемом нозологическом заболевании согласно принятой классификации. Такой краткий диагноз позволяет наметить персонализированное, специальное исследование для верификации патологии на первом этапе диагностики. Например, при подозрении на кандидоз пациент направляется на микробиологическое исследование;

при подозрении на пузырчатку — на иммунологическое исследование; при подозрении на озлокачествление — на морфологическое исследование.

Далее предварительный диагноз необходимо верифицировать. С этой целью врачи-специалисты проводят детальное клиническое обследование пациента, применяя дополнительные методы диагностики и дифференциальной диагностики.

Так, при наличии на губах:

– эрозивно-язвенных элементов поражения — необходимо исключить специфическую инфекцию (ВИЧ, сифилис), онкопатологию, плоский лишай и другие соматические заболевания;

– разрастания тканей, изменения цвета — требуется провести гистологическое исследование биопсийного материала для верификации доброкачественных/злокачественных новообразований, других патологических состояний.

Основой дифференциальной диагностики является определение одного или нескольких ведущих симптомов, свойственных лишь данной патологии.

Клиническая дифференциальная диагностика и выбор профиля врача-специалиста и лабораторных методов дифференциальной диагностики при заболеваниях губ представлены в табл. 1, 2.

Таблица 1

**Клиническая дифференциальная диагностика заболеваний губ**

Критерии		Заболевания губ							
		Ангулярный хейлит	Гландулярный хейлит	Экфолиативный хейлит	Метеорологический хейлит	Актинический хейлит	Атопический хейлит	Хроническая рецидивирующая трещина губ	Проявление системной патологии
Причинные факторы	Погодные условия (сезонность)	-/+	-	-/+	++	+	+/-	-/+	-/+
	Ультрафиолетовое облучение (солнечный свет)	-/+	-	-/+	-	++	+/-	-/+	-/+
	Инфекция (бактериальная, грибковая, вирусная и др.)	+	-/+	-/+	-	-	-	-/+	-/+
	Неправильное смыкание губ	+	-	-	-/+	-	-/+	-	-
	Аномалии прикуса	+	-	-	-	-	-/+	-	-
	Вредные привычки (прикусывание и облизывание губ, курение)	+	-	+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
	Нарушения обменных процессов	+	+	+	-/+	-/+	+	+	++
	Системная патология	+	+	+	-/+	-/+	-/+	+	++

Критерии		Заболевания губ							
		Ангулярный хейлит	Гландулярный хейлит	Экзофоллиативный хейлит	Метеорологический хейлит	Актинический хейлит	Атопический хейлит	Хроническая рецидивирующая трещина губ	Проявление системной патологии
Локализация	Кожная часть	+	-	-	-	-	-	++	+
	Красная кайма губ	-	-	++	+	+	++	+	+
	Слизистая часть	-	++	-	-	-	-	-	-/+
	Комиссуры губ	++	-	-/+	-/+	-/+	-	-/+	-/+
Изменение цвета	Красного	+	-	-/+	-/+	-/+	+	+	+
	Белого	+	-	-/+	-/+	-/+	+	+	+
	Коричневого	-	-	-	-	-	-	-	+
	Голубого	-	-	-	-	-	-	-	+
Элементы поражения	Чешуйки	+	-	+	+	+	-	+	+
	Корки	+	-	++	+	+	+	+	+
	Трещины	++	-	+	-/+	-/+	++	-	++
	Пятна	+	-/+	+	-/+	-/+	+	-/+	+
	Папулы и бляшки	-	-	-	-	-	-	-	+
	Эрозии и язвы	+	-/+	-/+	-/+	-/+	+	-/+	+
	Пузыри и пузырьки	-/+	+	-	-	-/+	-	-/+	+
	Разрастание тканей: гиперплазия и новообразования	-/+	-	-/+	-/+	-/+	-/+	-	+

Таблица 2

**Определение профиля врача-специалиста и лабораторных методов дифференциальной диагностики при заболеваниях губ**

Специалисты и методы диагностики	Плоский лишай СОР	Лейкоплакия, эритроплакия СОР	Кандидоз СОР	Специфические инфекции	Герпетическая, хламидийная инфекция	Буллезные заболевания	Многоформная эксудативная эритема	Онкологические заболевания
Врач-дерматовенеролог	+	-	-	+	+/-	+	+/-	-
Врач-инфекционист	-	-	+	+	+	-	+/-	-
Врач-онколог	+/-	+	+/-	-	-	-	-	+
Врач-терапевт	+	+	+	+	+	+	+	+

Специалисты и методы диагностики	Плоский лишай СОР	Лейкоплакия, эритроплакия СОР	Кандидоз СОР	Специфические инфекции	Герпетическая, хламидийная инфекция	Буллезные заболевания	Многоформная экссудативная эритема	Онкологические заболевания
Морфологическое исследование	+/-	+	+/-	-	+/-	+/-	-	+
Иммуноферментное исследование	-	-	-	-	+	+	+	+/-
Микробиологическое исследование	+/-	+/-	+/-	-	-	-	-	-

*Примечание.* СОР — слизистая оболочка рта.

Таким образом, основными составляющими диагностики губ являются:

1) тщательный сбор анамнеза заболевания, оценка общего и стоматологического здоровья пациента, проведенные врачами-специалистами по показаниям;

2) обязательное определение взаимосвязи поражения губ с фактором риска, общим и стоматологическим здоровьем пациента;

3) тщательная визуальная оценка губ, слизистой рта с детальной характеристикой элементов поражения, выявлением факторов риска;

4) проведение по показаниям осмотра кожных покровов, слизистых оболочек других локализаций;

5) использование дополнительных клинических тестов (оптическое увеличение, окрашивание, фотографирование и др.);

6) постановка предварительного диагноза, составление персонализированного плана дополнительного обследования пациента (определение врача-специалиста и методов исследования);

7) верификация диагноза на основании лабораторных методов диагностики (морфологических, иммунологических исследований, общего и биохимического анализов крови) и других;

8) постановка окончательного диагноза, которая осуществляется на основании результатов клинических и лабораторных методов исследования, проведения дифференциальной диагностики врачами-специалистами;

9) проявление онкологической, инфекционной и другой настороженности врачами-специалистами.

## АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГУБ

Комплекс диагностических мероприятий, проводимый врачами-специалистами при первичном и повторных посещениях пациента с заболеванием губ, отражен на рис. 22.



*Примечание.* СОР — слизистая оболочка рта.

Рис. 22. Алгоритм действий врача-стоматолога и врачей-специалистов при диагностике заболеваний губ

При диагностике заболеваний губ следует руководствоваться протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)» (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 января 2023 г. № 4) и другими нормативными актами.

## ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ И ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Выбор методов лечения, групп лекарственных средств системного и местного действия при заболеваниях губ зависит от причинного фактора, вызвавшего заболевание, группы клинико-морфологических элементов поражения, степени тяжести клинических проявлений, общего и стоматологического здоровья пациента и проводится персонализированно.

**У пациента без соматической патологии лечение хейлита**, вызванного местными предрасполагающими факторами (нарушением прикуса, аномалиями положения зубов, смыкания губ, вредными привычками), проводит врач — стоматолог-ортопед, врач — стоматолог-ортодонт, врач — стоматолог-терапевт. При этом устраняются вредные привычки и факторы риска, нормализуются окклюзионные соотношения и физиологическое смыкание губ, назначаются группы лекарственных средств местного действия в зависимости от клинических проявлений по показаниям. Так, в частности:

- при хейлите, вызванном неблагоприятными метеорологическими условиями, врач — стоматолог-терапевт рекомендует лекарственные средства, обладающие защитным и нормализующим эпителизацию действием; важно исключение, по возможности, причинных факторов;

- новообразованиях на губах — стоматолог-хирург проводит инцизионную биопсию и по результатам морфологического исследования пациента направляют к врачу-онкологу, врачу-дерматологу и др.;

- подозрении на кандидозный хейлит — врач-стоматолог может направить пациента на микробиологическое исследование на грибы рода *Candida*, другие дрожжеподобные, дисбиоз рта и определение чувствительности к антимикотикам, назначить местное лечение.

**Лечение пациента с поражением губ при общих заболеваниях** и назначение лекарственных средств системного действия проводятся врачами-специалистами (врачом-терапевтом, врачом-дерматовенерологом, врачом-инфекционистом и др.). Например, при атопическом хейлите пациента обследует и лечит врач-дерматовенеролог и врач-терапевт; при часто рецидивирующем кандидозном ангулярном хейлите пациента с хроническими соматическими заболеваниями (сахарным диабетом, анемией) лечит врач-терапевт, врач-инфекционист с назначением лекарственных средств системного действия.

Назначенное врачами-специалистами лечение осуществляется пациентом самостоятельно в амбулаторных условиях. При тяжелом состоянии возможна госпитализация пациента.

Выбор групп лекарственных средств местного действия представлен в табл. 3.

**Выбор групп лекарственных средств местного действия  
в зависимости от элементов поражения**

Группы лекарственных средств	Изменение цвета		Нарушение целостности (эрозии, язвы, трещины)	Пузырно-пузырьковые поражения	Напластования (чешуйки, корочки)	Сочетанные (полиморфные) элементы поражения
	белый	красный				
Антисептики	–	–/+	+	+	–	+/-
Противовоспалительные стероидные/ нестероидные	–/+	+	+	+	+/-	+
Эпителизирующие	+	+	+	+	+	+
Обезболивающие	–	+/-	+	+	–	+
Защитные	+/-	+/-	–	–	+/-	–/+
Противовирусные	Назначаются по показаниям при подтверждении причинного фактора					
Противогрибковые						

Следует отметить, что поражения губ, протекающие на фоне стоматологических и общесоматических заболеваний пациента, часто носят упорный, рецидивирующий характер, плохо поддаются местному медикаментозному лечению, в некоторых случаях (при хронических трещинах, новообразованиях) требуют хирургического лечения как путем традиционного иссечения, так и с применением лазерных технологий и использованием фотодинамической терапии.

Лечение проводится согласно клиническим протоколам врачей-специалистов (постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 января 2023 г. № 4) (прил. 3). Используются лекарственные средства, зарегистрированные в Республике Беларусь.

### **НАСТОРОЖЕННОСТЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТОМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГУБ**

Для своевременного выявления онкологических, инфекционных и других заболеваний с неблагоприятным прогнозом (пузырчатка и другие), проявляющихся на губах, у врача-стоматолога и врачей-специалистов должна быть *настороженность*, которая будет способствовать раннему выявлению патологии и снижению тяжести заболевания.

Например, при жалобах пациента на не заживающую более двух месяцев язвочку на нижней губе врач-стоматолог должен проявить онкологическую настороженность и исключить специфическую инфекцию (сифилис).

Своевременная лабораторная диагностика с использованием гистологических, иммунологических и других исследований, а также мотивация пациента врачами-специалистами и врачом-стоматологом к внимательному отношению к изменениям губ, исключению факторов риска заболеваний, адекватному лечению, сотрудничеству с врачом и ответственности за свое здоровье позволят сохранить жизнь пациенту.

## **ОБСУЖДЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ. ЗАПОЛНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ**

Принято, что пациент обязан знать о состоянии своего здоровья, как стоматологического, так и общего. Для записи результатов обследования разработана стандартизированная документация, где фиксируются все полученные данные. В Республике Беларусь соответствующим медицинским документом, имеющим юридическую силу, является «Стоматологическая амбулаторная карта» (форма № 043/у-10), в которой отражены стоматологический и соматический статусы пациента, план диагностики и лечения, дневник посещений, имеются вкладыши по информированию и добровольному согласию пациента на медицинское вмешательство за его подписью. Их подписание пациентом является важным с юридической точки зрения.

Основными задачами беседы с пациентом по обсуждению результатов обследования являются: разъяснение ему результатов обследования, взаимосвязи состояния губ со стоматологическим и соматическим заболеваниями; оценка уровня понимания пациентом своего состояния и отношения к полученной информации; определение готовности к лечению и сотрудничеству; выявление негативных факторов (страх, низкий интерес к своему здоровью и др.); изменение отношения пациента к своему здоровью с целью уменьшения вероятности развития осложнений.

Для достижения этих целей важны внимание врача к проблемам пациента, способность выслушать его во время первого и последующих визитов. Умение слушать повышает шансы формирования доверительных отношений. Кроме того, немаловажную роль в развитии сотрудничества играет доброжелательность врача, соблюдение им деонтологии, а также учет социального положения пациента, его возраста и состояния здоровья.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Практические навыки при выявлении и лечении заболеваний губ отражены в комплексе лечебно-диагностических мероприятий, проводимых врачами-специалистами при первичном и повторных посещениях пациента «Алгоритм действий врача-стоматолога и врачей-специалистов при диагностике заболеваний губ», клиническом протоколе «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)», утвержденном Министерством здравоохранения Республики Беларусь (прил. 3).

Для полного усвоения материала студент должен обладать исходным уровнем знаний из смежных дисциплин.

На занятии осуществляется прием пациентов под руководством и контролем преподавателя.

Студент проводит обследование пациента:

1) определяет уровень стоматологического здоровья по рекомендации ВОЗ (2012); на основании клинических и клинико-морфологических критериев оценивает состояние губ и слизистой оболочки рта, выявляет отклонение от нормы, клинико-морфологические элементы поражения; по показаниям выполняет дополнительные клинические тесты (окрашивание, высушивание, фотографирование и др.);

2) на основании опроса выявляет наличие соматических заболеваний, определяет взаимосвязь состояния губ и слизистой оболочки рта с соматическим и стоматологическим здоровьем пациента;

3) ставит предварительный диагноз в соответствии с международной и клинической классификациями;

4) для постановки окончательного диагноза определяет показания к расширенному обследованию пациента, выбирает врача-специалиста и методы лабораторной диагностики (микробиологические, иммунологические, гистологические и др.);

5) проявляет онкологическую и другую настороженность;

6) обсуждает с пациентом результаты обследования, информирует о наличии факторов риска, устраняет местные факторы риска;

7) проводит подбор средств гигиены и профессиональную гигиену;

8) проводит местное медикаментозное лечение по показаниям;

9) вносит данные обследования и лечения в стоматологическую амбулаторную карту;

10) выписывает направления на консультацию и обследование к врачам-специалистам;

11) мотивирует пациента к сотрудничеству и ответственности за состояние своего здоровья;

12) соблюдает принципы этики, деонтологии и конфиденциальности.

## САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

### 1. Основопологающим методом диагностики, дифференциальной диагностики заболеваний губ является:

- а) применение оптических систем (лупа, бинокляры и др.);
- б) гистологическое исследование биопсийного материала;
- в) окрашивание;
- г) визуальный осмотр;
- д) все вышеперечисленное.

### 2. Опрос пациента при заболеваниях губ включает:

- а) сбор жалоб;
- б) сбор анамнеза стоматологического и общего здоровья;
- в) определение взаимосвязи состояния губ со стоматологическим и общим здоровьем;
- г) выявление факторов риска и вредных привычек;
- д) все вышеперечисленное.

### 3. Назовите дополнительные клинические тесты при обследовании пациентов с заболеваниями губ:

- а) высушивание;
- б) окрашивание;
- в) медицинское фотографирование;
- г) увеличение объекта исследования;
- д) все вышеперечисленное.

### 4. Назовите методы диагностики, входящие в план обследования пациента с заболеваниями губ:

- а) клинические;
- б) лабораторные;
- в) сочетание методов (специальные);
- г) консультации и обследование у врачей-специалистов;
- д) все вышеперечисленное.

### 5. Основные составляющие обследования пациента с заболеваниями губ:

- а) оценка состояния стоматологического и общего здоровья;
- б) проведение диагностических тестов и лабораторных исследований;
- в) постановка предварительного диагноза;
- г) постановка окончательного диагноза;
- д) ортопантомография.

**6. Для верификации заболеваний губ используют лабораторные методы:**

- а) микробиологический;
- б) окрашивание;
- в) иммунологический;
- г) гистологический;
- д) фотографирование.

**7. Назовите методы дифференциальной диагностики эрозивно-язвенных поражений губ:**

- а) микробиологический;
- б) визуальная оценка;
- в) пальпация;
- г) цитологический;
- д) гистологическое исследование биопсийного материала.

**8. Основным клинико-морфологический элемент поражения губ при лейкоплакии:**

- а) пятно;
- б) папула;
- в) налет;
- г) эритема;
- д) бляшка.

**9. Укажите характерные клинико-морфологические элементы поражения при эксфолиативном хейлите:**

- а) эрозия, язва;
- б) корки, чешуйки;
- в) трещина;
- г) пятно (изменение цвета);
- д) все вышеперечисленное.

**10. Назовите группы лекарственных средств местного действия при заболеваниях губ:**

- а) нестероидные противовоспалительные;
- б) стероидные противовоспалительные;
- в) антисептики;
- г) эпителизирующие;
- д) антибиотики.

**11. Хроническая трещина губы может возникнуть:**

- а) при анемии;
- б) вредных метеорологических условиях;
- в) облизывании губ;
- г) недостаточности витаминов;
- д) правильно все вышеперечисленное.

**12. Симптом «капель росы» характерен:**

- а) для актинического хейлита;
- б) glandулярного хейлита;
- в) эксфолиативного хейлита;
- г) метеорологического хейлита;
- д) атопического хейлита.

**13. Назовите основной клинико-морфологический элемент поражения губ при плоском лишае:**

- а) папула;
- б) пятно;
- в) пузырек;
- г) эрозия;
- д) афта.

**14. Назовите элементы поражения при первичном сифилисе:**

- а) бляшка;
- б) папула;
- в) пятно;
- г) язва;
- д) все вышеперечисленное.

**15. Назовите причины возникновения хейлита:**

- а) соматические заболевания;
- б) вредные привычки;
- в) нарушение архитектоники губ;
- г) неблагоприятные метеорологические условия;
- д) нарушение прикуса;
- е) все вышеперечисленное.

**Ответы:** 1 — б; 2 — д; 3 — д; 4 — д; 5 — а, б; 6 — а, в, г; 7 — а, д; 8 — а; 9 — б; 10 — а, б, в, г; 11 — д; 12 — б; 13 — а; 14 — г; 15 — е.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Аксамит, Л. А.* Заболевания слизистой оболочки рта. Связь с общей патологией. Диагностика. Лечение / Л. А. Аксамит, А. А. Цветкова. – 4-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2022. – 283 с.
2. *Александрова, Л. Л.* Клинико-морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта. Классификации заболеваний : учеб.-метод. пособие / Л. Л. Александрова, А. С. Рутковская, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2023. – 36 с.
3. *Александрова, Л. Л.* Тактика врача-стоматолога при выявлении изменений слизистой оболочки рта : учеб.-метод. пособие / Л. Л. Александрова, А. С. Рутковская, Л. А. Казеко. – Минск : БГМУ, 2025. – 51 с.
4. *Байдик, О. Д.* Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / О. Д. Байдик, М. Д. Филорин. – Томск : СибГМУ, 2018. – 43 с.
5. *Борк, К.* Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение : атлас и руководство / К. Борк, В. Бургдорф, Н. Хедэ ; пер. с нем. – 3-е изд. – М. : Мед. литература, 2011. – 438 с.
6. *Виноградова, Т. Ф.* Стоматология детского возраста / Т. Ф. Виноградова. – М. : Медицина, 1987. – 108 с.
7. *Гемонов, В. В.* Гистология и эмбриология органов полости рта и зубов / В. В. Гемонов, Э. Н. Лаврова, Л. И. Фалин. – М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. – 312 с.
8. *Диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.* Курс лекций. Мультимедийные презентации : учеб.-метод. пособие / Л. Л. Александрова, Л. А. Казеко, А. Г. Довнар [и др.]. – Минск : БГМУ, 2019. – 1 CD-ROM.
9. *Заболевания слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / М. Н. Волкова, Ю. П. Чернявский, Н. А. Сахарук, Ю. Р. Еленская.* – Витебск : ВГМУ, 2016. – 236 с.
10. *Заболевания слизистой оболочки полости рта : учеб.-метод. пособие / Т. Н. Манак, Л. Г. Борисенко, И. М. Семченко [и др.].* – Минск : БГМУ, 2022. – 144 с.
11. *Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / под ред. Е. В. Боровского, А. Л. Машкиллейсона.* – М. : МЕДпресс-информ, 2001. – 320 с.
12. *Заболевания слизистой оболочки рта и губ : учеб. пособие / Л. А. Цветкова, С. Д. Арутюнов, Л. В. Петрова, Ю. Н. Перламутров.* – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 208 с.
13. *Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ : учеб. пособие / И. В. Анисимова, В. Б. Недосеко, В. А. Охлопков, М. О. Нагаева.* – 2-е изд., доп. – Омск : ОмГМА, 2015. – 384 с.
14. *Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)»* : утв. постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 11 янв. 2023 г. № 4 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – URL: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=W22339541p> (дата обращения: 17.10.2025).
15. *Луцкая, И. К.* Заболевания слизистой оболочки полости рта / И. К. Луцкая. – М. : Мед. лит., 2007. – 288 с.
16. *Максимова, О. П.* Секреты хейлита / О. П. Максимова // Клиническая стоматология. – 2000. – № 2. – С. 44–48.

17. *Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.* – Женева, 1997. – URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d7f89419-dcfd-4182-884c-a9f00128d916/content> (дата обращения: 17.10.2025).
18. *Семченко, И. М.* Предраковые поражения полости рта и красной каймы губ : учеб.-метод. пособие / И. М. Семченко. – Минск : БГМУ, 2021. – 43 с.
19. *Сильвермен, С.* Заболевания полости рта / С. Сильвермен, Л.-Р. Эверсоул, Э.-Л. Трулав. – М. : МЕДпресс-информ, 2010. – 472 с.
20. *Стоматологические обследования. Основные методы ; пер. с англ. / Всемирная организация здравоохранения.* – 5-е изд. – М. : Медицина, 2013. – 136 с.
21. *Терапевтическая стоматология : учеб.* / О. О. Янушевич, Ю. М. Максимовский, Л. Н. Максимовская, Л. Ю. Орехова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 768 с.
22. *Терехова, Т. Н.* Профилактика стоматологических заболеваний : учеб. пособие / Т. Н. Терехова, Т. В. Попруженко. – Минск : Беларусь, 2004. – 526 с.
23. *Oral manifestations of autoinflammatory and autoimmune diseases / Š. Baglama, K. Trčko, J. Rebol, J. Miljković // Acta Dermatovenereol. Alp. Pannonica Adriat.* – 2018. – Vol. 27. – P. 9–16.
24. *Odell, E. W.* Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine / E. W. Odell. – E-Book, 2024.
25. *Schmidt, E.* Diseases of the Oral Mucosa: Study Guide and Review / E. Schmidt (ed.). – Springer Nature, 2022.
26. *Electronic courseware for the academic discipline: «Oral Mucology».* – URL: <https://etest.bsmu.by/course/view.php?id=1707> (дата обращения: 17.10.2025).

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ  
БОЛЕЗНЕЙ НА ОСНОВЕ МКБ-10 (1997)**

**Класс I. Некоторые инфекционные и паразитарные болезни**

***Туберкулез (A18–22)***

A18.8X Полость рта

***Другие бактериальные болезни (A30–43)***

A36 Дифтерия

A36.VX Проявления в полости рта

A38 Скарлатина

A38.XX Проявления в полости рта

***Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (A50–58)***

A50 Врожденный сифилис

A50.0X Пятна на слизистой оболочке полости рта

A51 Ранний сифилис

A51.2X Проявления в полости рта

A51.3 Вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек

A51.3X Проявления в полости рта

A52 Поздний сифилис

A52.7 Другие симптомы позднего сифилиса

A52.70 Гумма тканей полости рта

A52.71 Перфорация неба сифилитическая

A54 Гонококковая инфекция

A54.8X Гонококковый стоматит

***Другие болезни, вызываемые спирохетами (A65–69)***

A69 Другие инфекции, вызванные спирохетами

A69.0 Некротизирующий язвенный стоматит

Гангренозный стоматит

A69.1 Другие инфекции Венсана

A69.10 Острый некротический язвенный гингивит (фузоспирохетозный гингивит) (гингивит Венсана)

***Вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек (B00–08)***

B00 Инфекции, вызванные вирусом герпеса (herpes simplex)

*Исключена: герпетическая ангина (B08.5X)*

B00.2 Герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит

B00.2X Герпетический гингивостоматит

B01.8X Проявления в полости рта

- V02 Опоясывающий лишай (herpes zoster)
  - V02.8X Проявления в полости рта
  - V05.8X Проявления в полости рта
  - Пятна Коплика
- V06 Краснуха (немецкая корь)
  - V06.8X Проявления в полости рта
- V08 Другие вирусные инфекции, характеризующиеся поражениями кожи и слизистых оболочек, не классифицированные в других рубриках
  - V08.5 Энтеровирусный везикулярный фарингит
  - Герпетическая ангина

***Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (B20–24)***

***Микозы (B35–48)***

**V37 Кандидоз**

***Включены: кандидоз***

**V37.0 Кандидозный стоматит**

V37.00 Острый псевдомембранозный кандидозный стоматит

V37.01 Острый эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит

V37.02 Хронический гиперпластический кандидозный стоматит

V37.03 Хронический эритематозный (атрофический) кандидозный стоматит (протезный стоматит в результате кандидозной инфекции)

V37.04 Кожно-слизистый кандидоз

V37.05 Кандидозная гранулема полости рта

V37.06 Ангулярный хейлит

V37.08 Другие уточненные проявления в полости рта

V37.09 Проявления в полости рта неуточненные

**Класс II. Новообразования**

**Злокачественные новообразования**

***Злокачественные новообразования губы, полости рта и глотки (C00–14)***

***Злокачественные новообразования мезотелия и мягких тканей (C46–49)***

**C46 Саркома Капоши**

C46.1 Саркома Капоши мягких тканей

C46.1X Проявления в полости рта

C46.2 Саркома Капоши неба

***Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (C81–96)***

**C91–95 Лейкоз**

Проявления в полости рта

**Доброкачественные новообразования**

***Доброкачественные новообразования рта и глотки (D10)***

**Класс III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм**

***Анемии, связанные с питанием (D50–53)***

D50 Железодефицитная анемия

D50.0X Проявления в полости рта

D51 Витамин В<sub>12</sub>-дефицитная анемия

D51.VX Проявления в полости рта

D52 Фолиеводефицитная анемия

D52.VX Проявления в полости рта

D53 Другие анемии, связанные с питанием

D53.VX Проявления в полости рта

***Гемолитические анемии (D55–59)***

***Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (D65–69)***

**Класс IV. Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ**

***Болезни щитовидной железы***

E07 Другие болезни щитовидной железы

E07.9X Проявления в полости рта

***Сахарный диабет***

E14.XX Проявления в полости рта

***Другие виды недостаточности питания (E50–61)***

E50 Недостаточность витамина А

E50.8X Проявления в полости рта

E51 Недостаточность тиамина

E51.1X Проявления в полости рта

E52 Недостаточность никотиновой кислоты (пеллагра)

E52.XX Проявления в полости рта

E53 Недостаточность других витаминов группы В

E53.0 Недостаточность рибофлавина

E53.0X Проявления в полости рта

E55 Недостаточность витамина D

E55.0X Проявления в полости рта

E56 Недостаточность других витаминов

E56.8X Проявления в полости рта

## **Класс XI. Болезни органов пищеварения**

### ***Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (K00–14)***

#### **K12 Стоматит и родственные поражения**

##### **K12.0 Рецидивирующие афты полости рта**

###### **K12.00 Рецидивирующие (малые) афты**

Афтозный стоматит, язвенное поражение (Canker sore), афты Микулича, малые афты, рецидивирующие афтозные язвы

###### **K12.01 Рецидивирующий слизисто-некротический периаденит**

Рубцующийся афтозный стоматит, афты Сеттона, большие афты

###### **K12.02 Герпетиформный стоматит (герпетиформная сыпь)**

*Исключены: герпетиформный дерматит (L13.0X), герпетический гингивостоматит (B00.2X)*

###### **K12.03 Афты Беднара**

###### **K12.04 Травматическое изъязвление**

*Исключены: травматические изъязвления языка (K14.01), изъязвление языка БДУ (K14.09)*

###### **K12.08 Другие уточненные рецидивирующие афты полости рта**

###### **K12.09 Рецидивирующие афты полости рта неуточненные**

##### **K12.1 Другие формы стоматита**

###### **K12.10 Стоматит артефициальный**

###### **K12.11 «Географический» стоматит**

*Исключен: «географический» язык (K14.1)*

###### **K12.12 Стоматит, связанный с ношением зубного протеза**

*Исключены: протезный стоматит в результате кандидоза (B37.03), травматическое изъязвление от протеза (K12.04)*

###### **K12.13 Папиллярная гиперплазия неба**

###### **K12.14 Контактный стоматит**

стоматит «ватного валика»

###### **K12.18 Другие уточненные формы стоматита**

###### **K12.19 Стоматит неуточненный**

#### **K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта**

##### **K13.0 Болезни губ**

*Исключены: актинический хейлит (L56.8X), арибофлавиноз (E53.0)*

###### **K13.00 Ангулярный хейлит (хейлоз)**

Трещина спайки губ (заеда) НКДР

*Исключена: трещина спайки губ (заеда) вследствие:*

– кандидоза (B37.0)

– недостаточности рибофлавина (E53.0)

###### **K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный**

###### **K13.02 Хейлит эксфолиативный**

###### **K13.03 Хейлит БДУ**

###### **K13.04 Хейлодиния**

- K13.08 Другие уточненные болезни губ
- K13.09 Болезнь губ неуточненная
- K13.1 Прикусывание щеки и губ
- K13.2 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык
  - Исключены: кандидозная лейкоплакия (B37.02), очаговая эпителиальная гиперплазия (B07.X2), фрикционный кератоз (K06.22), функциональный кератоз (K06.22), волосатая лейкоплакия (K13.3)*
  - K13.20 Лейкоплакия идиопатическая
  - K13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака
    - Исключены: никотиновый лейкокератоз неба (K13.24), небо курильщика (K13.24)*
  - K13.22 Эритроплакия
  - K13.23 Лейкодема
  - K13.24 Небо курильщика (никотиновый стоматит) (никотиновый лейкокератоз неба)
  - K13.28 Другие изменения эпителия
  - K13.29 Неуточненные изменения эпителия
- K13.3 Волосатая лейкоплакия
- K14 Болезни языка
  - K14.0 Глоссит
    - Исключен: атрофический глоссит (K14.42)*
    - K14.00 Абсцесс языка
    - K14.01 Травматическое изъязвление языка
    - K14.08 Другие уточненные глосситы
    - K14.09 Глоссит неуточненный
  - K14.1 «Географический» язык
    - Доброкачественный мигрирующий глоссит
    - Экзофолиативный глоссит
  - K14.2 Срединный ромбовидный глоссит
  - K14.3 Гипертрофия сосочков языка
    - K14.30 Обложенный язык
    - K14.31 «Волосатый» язык
    - Черный «волосатый» язык
    - Черный «ворсинчатый» язык
      - Исключены: волосатая лейкоплакия (K13.3), «волосатый» язык вследствие приема антибиотиков (K14.38)*
    - K14.32 Гипертрофия листовидных сосочков
    - K14.38 Другая уточненная гипертрофия сосочков языка «Волосатый» язык вследствие приема антибиотиков
    - K14.39 Гипертрофия сосочков языка неуточненная
  - K14.4 Атрофия сосочков языка

- K14.5 Складчатый язык
- Морщинистый язык
- Бороздчатый язык
- Расщепленный язык
- Исключен: расщепленный язык врожденный*
- K14.6 Глоссодиния
- K14.8 Другие болезни языка
  - K14.80 Зубчатый язык (язык с отпечатками зубов)
  - K14.81 Гипертрофия языка
  - Исключена: макрогlossия врожденная (Q38.2X)*
  - K14.82 Атрофия языка
  - Исключена: атрофия сосочков языка (K14.4)*
  - K14.88 Другие уточненные болезни языка
  - Болезни язычной миндалины
- K14.9 Болезнь языка неуточненная

## **Класс XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки**

### ***Буллезные нарушения (L10–13)***

*Исключен: доброкачественный семейный пемфикус (болезнь Хейли–Хейли) (Q82.80)*

- L10 Пузырчатка (пемфикус)
    - L10.0X Проявления в полости рта
    - L10.1 Пузырчатка вегетирующая
      - L10.1X Проявления в полости рта
    - L10.2 Пузырчатка листовидная
      - L10.2X Проявления в полости рта
    - L10.5 Пузырчатка медикаментозная
      - L10.5X Проявления в полости рта
    - L10.8 Другие виды пузырчатки
      - L10.8X Проявления в полости рта
  - L12 Пемфигоид
    - L12.0 Буллезный пемфигоид
      - L12.0X Проявления в полости рта
    - L12.1 Рубцующийся пемфигоид
      - Включен: доброкачественный пемфигоид слизистой оболочки*
      - L12.1X Проявления в полости рта
  - L13 Другие буллезные изменения
    - L13.0 Герпетиформный дерматит
      - Включена: болезнь Дюринга*
      - Исключен: герпетиформный стоматит (K12.02)*
      - L13.0X Проявления в полости рта
- Дерматит и экзема (L23.24)***
- L23 Аллергический контактный дерматит

L23.2 Аллергический контактный дерматит, вызванный косметическими средствами

L23.2X Проявления в полости рта

L24 Простой раздражающий контактный дерматит

*Исключен: контактный стоматит (K12.14)*

L24.VX Проявления в полости рта

### **Папулосквамозные нарушения**

L40 Псориаз

L43 Лишай плоский

L43.1 Лишай плоский буллезный

L43.1X Проявления в полости рта

L43.2 Лишаевидная реакция на лекарственные средства

*При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (раздел XX)*

L43.2X Проявления в полости рта

L43.8 Другой плоский лишай

L43.80 Папулезные проявления в полости рта

L43.81 Ретикулярные проявления в полости рта

L43.82 Атрофические и эрозивные проявления в полости рта

L43.83 Типичные бляшки

L43.88 Проявления в полости рта уточненные

L43.89 Проявления в полости рта неуточненные

### **Крапивница и эритема (L51)**

L51 Эритема многоформная

L51.0 Небуллезная эритема многоформная

L51.0X Проявления в полости рта

L51.1 Буллезная эритема многоформная

*Включен: синдром Стивенса–Джонсона*

L51.1X Проявления в полости рта

L51.9 Эритема многоформная неуточненная

L51.9X Проявления в полости рта

## **Класс XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани**

### **Системные поражения соединительной ткани (M30–35)**

M32 Системная красная волчанка

M32.VX Проявления в полости рта

## **Класс XIX. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин**

T20 Термические и химические ожоги головы и шеи

T51–65 Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения

**КЛАССИФИКАЦИИ ХЕЙЛИТА А. Л. МАШКИЛЛЕЙСОНА  
И СОАВТОРОВ (1984), Е. В. БОРОВСКОГО И СОАВТОРОВ (2014)**

Авторы выделяют следующие виды хейлита:

1. Собственный:

- glandулярный;
- эксфолиативный;
- аллергический (контактный);
- метеорологический;
- актинический.

2. Симптоматический:

- экзематозный;
- атопический;
- макрохейлит;
- гиповитаминозные хейлиты.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ПАЦИЕНТОВ (ВЗРОСЛОЕ НАСЕЛЕНИЕ) С БОЛЕЗНЬЮ ГУБ (ХЕЙЛИТОМ)»  
(ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ОТ 11 ЯНВАРЯ 2023 Г. № 4)**

**Диагностика болезни губ (хейлита)**

Основными принципами диагностики болезни губ (хейлита) врачом — стоматологом-терапевтом являются:

- выявление местных и общих факторов риска развития болезни губ (хейлита);
- определение взаимосвязи стоматологического и общего здоровья с состоянием губ;
- определение уровня стоматологического здоровья пациента с использованием клинических и лабораторных методов исследования;
- проведение клинической дифференциальной диагностики болезни губ (хейлита) с другими поражениями слизистой оболочки полости рта в зависимости от формы заболевания на основании клинических проявлений и результатов лабораторных исследований;
- направление на консультацию и обследование к врачам-специалистам (врачу-инфекционисту, врачу общей практики, врачу — аллергологу-иммунологу и др.) по медицинским показаниям.

Обязательными диагностическими мероприятиями являются:

- сбор анамнеза;
- внешний осмотр и пальпация челюстно-лицевой области;
- осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов;
- оценка уровня соматического здоровья;
- оценка состояния тканей периодонта и слизистой оболочки полости рта, индексная оценка стоматологического здоровья;
- микробиологическое выявление грибов рода *Candida* и других дрожжеподобных грибов, стрептококков, стафилококков и иных микроорганизмов, определение чувствительности к противомикробным лекарственным средствам (по медицинским показаниям).

Дополнительными диагностическими мероприятиями (по медицинским показаниям) являются:

- инструментальные диагностические исследования (лучевые методы исследования): прицельная внутриротовая контактная рентгенография, ортопантомография, конусно-лучевая компьютерная томография челюстей для исключения очагов одонтогенной инфекции;
- цитологическое исследование и (или) гистологическое исследование, морфологическое исследование биопсийного материала для выявления

внутриэпителиального роста грибов, морфологических признаков плоского лишая, лейкоплакии, дисплазии;

– лабораторные исследования — серологическое, иммунологическое исследование для постановки окончательного диагноза и проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями и патологическими состояниями, сопровождающимися элементами поражения на слизистой оболочке губ;

– при наличии неэпителизирующихся эрозивно-язвенных элементов поражения более двух месяцев необходима консультация и обследование у врача-онколога; консультация врача-специалиста (врача-инфекциониста, врача общей практики, врача-эндокринолога, врача-гематолога, врача — аллерголога-иммунолога, врача клинической лабораторной диагностики и др.) для оценки уровня общего здоровья, диагностики хронических соматических заболеваний и других заболеваний и состояний организма, приводящих к развитию болезни губ (хейлита).

### ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГУБ (ХЕЙЛИТА)

**Общими принципами** лечения и медицинской профилактики рецидивов болезни губ (хейлита) являются:

– составление персонализированного плана лечения врачом — стоматологом-терапевтом;

– при составлении плана лечения учитывается стоматологический статус (наличие факторов риска, вредных привычек (накусывание, курение), очагов одонтогенной инфекции, других стоматологических заболеваний) и уровень общего здоровья пациента (хронические соматические заболевания, иммунодефицитные состояния, нерациональная антибиотикотерапия и др.).

**Терапевтическое лечение** болезни губ (хейлита) включает:

– мотивацию пациента по факторам риска развития стоматологических заболеваний и болезни губ (хейлита), подбор индивидуальных средств гигиены полости рта, коррекцию гигиенических мероприятий полости рта, устранение местных факторов риска, способствующих развитию болезни губ (хейлита);

– применение лекарственных средств по выбору в зависимости от формы и тяжести течения болезни губ (хейлита): антисептиков и дезинфицирующих лекарственных средств (табл. I); экстракта жидкого из лекарственного растительного сырья (табл. II); лекарственных средств, способствующих нормальной регенерации (табл. III); стероидных противовоспалительных лекарственных средств (табл. IV); устранение очагов одонтогенной инфекции;

– оказание терапевтической стоматологической помощи с учетом состояния слизистой оболочки полости рта;

- поддерживающую терапию (устранение факторов риска, вредных привычек; нормализация гигиены путем тщательной индивидуальной чистки зубов, межзубных промежутков, спинки языка, зубных протезов; регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта не реже двух раз в год);
- медицинскую профилактику рецидивов болезни губ (хейлита) в зависимости от нозологической формы заболевания и степени его тяжести с использованием лекарственных средств местного действия, применяемых при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом).

Таблица 1

**Антисептики и дезинфицирующие лекарственные средства, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)**

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
D08A Антисептики и дезинфицирующие средства			
1	Хлоргексидин	Раствор для местного и наружного применения 0,5 мг/мл во флаконах	Лекарственное средство применяется в виде орошений, полосканий и аппликаций — 5–10 мл раствора наносят на пораженную поверхность слизистой оболочки полости рта или на десну с экспозицией 1–3 мин 2–3 раза в сутки (на тампоне или путем орошения). Раствор для полоскания полости рта назначают 2–3 раза в сутки (для полосканий лекарственное средство следует смешивать с равным количеством воды). Длительность применения устанавливается индивидуально
2	Бензидиметилмиристоиламинопропиламмоний	Раствор для наружного (местного) применения 0,01 % водного раствора	Рекомендуется полоскание полости рта 10–15 мл лекарственного средства 3–4 раза в сутки в течение 3–5 дней. В случае невозможности полоскания допускается местное применение марлевых или ватных тампонов, смоченных раствором лекарственного средства. Длительность применения устанавливается индивидуально
R02AA Лекарственные средства для лечения заболеваний горла. Антисептики			
3	Повидон-йод	Спрей 30 мл	Орошение 2–4 раза в день (до 6 раз в день с интервалами не менее 4 часов) по 1–3 впрыска в правую и левую стороны рта или на пораженную область. Длительность применения устанавливается индивидуально

Таблица II

**Экстракт жидкий из лекарственного растительного сырья, применяемый при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)**

<b>№ п/п</b>	<b>Международное непатентованное наименование лекарственного средства</b>	<b>Лекарственные формы, дозировки</b>	<b>Способ применения, режим дозирования</b>
<b>A01A Стоматологические лекарственные средства</b>			
1	Календулы цветков экстракт + ромашки цветков экстракт + тысячелистника травы экстракт	Экстракт жидкий (1 : 1) из лекарственного растительного сырья: ромашки цветков, календулы цветков, тысячелистника травы (2 : 1 : 1). Лекарственное средство содержит не менее 33 % спирта этилового. Флаконы 55 мл	Местно. Полоскание полости рта (1 чайную ложку настойки разводят в стакане теплой кипяченой воды). Количество процедур индивидуально

Таблица III

**Лекарственные средства, способствующие нормальной регенерации, применяемые при лечении пациентов (взрослое население) с болезнью губ (хейлитом)**

<b>№ п/п</b>	<b>Международное непатентованное наименование лекарственного средства</b>	<b>Лекарственные формы, дозировки</b>	<b>Способ применения, режим дозирования</b>
<b>D03A Прочие лекарственные средства, способствующие нормальному рубцеванию</b>			
1	Метилурацил <sup>1</sup>	Мазь для местного и наружного применения 10 % в тубах	Местно. Мазь наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально
2	Декспантенол/ Мирамистин	Гель для местного применения (50 мг + 5 мг) / 1 г в тубах	Аппликации геля тонким слоем на поверхность десен и пораженные участки слизистой 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней

<sup>1</sup> Применение «off-label» в стоматологической практике.

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного средства	Лекарственные формы, дозировки	Способ применения, режим дозирования
3	Биен/Диоксидин	Мазь для наружного и местного применения в тубах	Местно. Мазь наносится в виде аппликаций (на ватных или марлевых пластинках) на эрозивные и язвенные поверхности слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки до завершения эпителизации (не более 7 дней). Длительность аппликации 5–7 мин
4	Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят <sup>1</sup>	Дентальная адгезивная паста в тубах 5 г	Местно. Дентальная адгезивная паста наносится на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем, не втирая, 3–5 раз в день после еды и перед сном. Количество процедур индивидуально
5	Облепиховое масло	Масло для приема внутрь, местного и наружного применения во флаконах	Местно. В комплексной терапии в качестве ранозаживляющего средства при поражении слизистых оболочек. Масло наносится ватным тампоном на пораженные участки слизистой оболочки полости рта или десны тонким слоем 1 раз в сутки длительностью до 20 мин. Количество процедур индивидуально

<sup>1</sup> Назначается за счет собственных средств, средств юридических лиц и иных источников, не запрещенных законодательством, при наличии медицинских показаний (по жизненным показаниям, с учетом индивидуальной непереносимости) по решению врачебного консилиума, а при невозможности его проведения — лечащего врача или лица, его заменяющего, с оформлением записи в медицинских документах.

**Стероидные противовоспалительные лекарственные средства,  
применяемые при лечении пациентов (взрослое население)  
с болезнью губ (хейлитом)**

<b>№ п/п</b>	<b>Международное непатентованное наименование лекарственного средства</b>	<b>Лекарственные формы, дозировки</b>	<b>Способ применения, режим дозирования</b>
<b>S01BA Лекарственные средства для лечения заболеваний глаз. Кортикостероиды</b>			
1	Гидрокортизон <sup>2</sup>	Мазь глазная 5 мг/г	Аппликация мази на очаг поражения на 7–10 мин 2–3 раза в день. Длительность применения устанавливается индивидуально
<b>D07A Лекарственные средства для лечения заболеваний кожи. Кортикостероиды</b>			
2	Преднизолон <sup>1</sup>	Мазь для наружного применения 5 мг/г	Наносить, слегка втирая, тонким слоем 1–3 раза в сутки. Длительность применения устанавливается индивидуально
3	Метилпреднизолона ацепонат <sup>1</sup>	Мазь для наружного применения 0,1 %	Наносить на очаг поражения тонким слоем 1 раз в день. Длительность применения устанавливается индивидуально

<sup>2</sup> Применение «off-label» в стоматологической практике.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы .....	3
Строение губ. Клинико-морфологические элементы поражения и причины развития заболеваний губ .....	5
Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 (1997) .....	8
Клинические проявления заболеваний губ.....	9
Ангулярный хейлит (K13.00).....	9
Гландулярный хейлит (K13.01) .....	11
Эксфолиативный хейлит (K13.02) .....	12
Хейлодиния (K13.04).....	14
Атопический хейлит (K13.08) .....	14
Актинический хейлит (K13.08).....	15
Метеорологический хейлит (K13.08) .....	17
Хейлит при недостаточности витаминов (гиповитаминозах) (E50–61) .....	17
Хейлит при анемии (D50.0X, D51.VX, D53.VX).....	18
Хроническая рецидивирующая трещина губ (K13.08).....	19
Поражения губ при плоском лишае (L43.1X).....	20
Поражения губ при раннем первичном сифилисе (A51.2X).....	20
Поражения губ при лейкозе (C91–95) .....	21
Поражения губ при многоформной экссудативной эритеме (L51.0X).....	21
Поражения губ при герпетической инфекции (herpes simplex) (B01.8X).....	22
Поражения губ при злокачественных (C00–14) и доброкачественных (D10) новообразованиях .....	22
Синдром Россолимо–Мелькерссона–Розенталя (G51.2) .....	23
Прикусывание щек и губ (K13.1).....	24
Междисциплинарный подход в диагностике, дифференциальной диагностике заболеваний губ .....	25

Алгоритм действий врачей-специалистов при работе с пациентами с заболеваниями губ .....	29
Подходы к лечению и применение лекарственных средств .....	30
Настороженность врача-стоматолога при работе с пациентом с заболеваниями губ.....	31
Обсуждение с пациентом результатов обследования. Заполнение стоматологической амбулаторной карты.....	32
Практические навыки .....	33
Самоконтроль усвоения темы.....	34
Список использованной литературы.....	37
Приложение 1 .....	39
Приложение 2 .....	46
Приложение 3 .....	47

Учебное издание

**Александрова** Людмила Львовна  
**Рутковская** Анна Станиславовна  
**Казеко** Людмила Анатольевна

## **ЗАБОЛЕВАНИЯ ГУБ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. А. Казеко  
Старший корректор Е. Е. Родионова  
Компьютерная вёрстка М. Г. Лободы

Подписано в печать 10.03.26. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Марафон Бизнес».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 2,40. Тираж 36 экз. Заказ 136.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования  
«Белорусский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,  
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.  
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.