

УДК 616.5-001/.002:616.311:616.89-008.1-08

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/130/43>

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ХЕЙЛИТ КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

©*Мирзоян В. В.*, ORCID: 0009-0005-2711-1768, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия, vikamirzoian@mail.ru

©*Голуб П. М.*, ORCID: 0009-0008-4283-2442, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия, gpolinna@mail.ru

©*Ляфисшева А. Р.*, ORCID: 0009-0007-7896-7763, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия, aminalyafisheva@gmail.com

©*Волобуев В. В.*, ORCID: 0000-0001-9752-6911, SPIN-код: 9866-4847, канд. мед. наук, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия, vladimir.volobueff@yandex.ru

©*Митропанова М. Н.*, ORCID: 0000-0001-8222-7679, SPIN-код: 3543-2439, д-р. мед. наук, Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар, Россия, mmitropanova@mail.ru

EMOTIONALLY-DETERMINED CHEILITIS AS A PSYCHOSOMATIC DISEASE: MODERN CONCEPTS OF PATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

©*Mirzoyan V.*, ORCID: 0009-0005-2711-1768, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, vikamirzoian@mail.ru

©*Golub P.*, ORCID: 0009-0008-4283-2442, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, gpolinna@mail.ru

©*Liafisheva A.*, ORCID: 0009-0007-7896-7763, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, aminalyafisheva@gmail.com

©*Volobuev V.*, ORCID: 0000-0001-9752-6911, SPIN-code: 9866-4847, Ph.D., Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, vladimir.volobueff@yandex.ru

©*Mitropanova M.*, ORCID: 0000-0001-8222-7679, SPIN-code: 3543-2439, Dr. habil. Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia, mmitropanova@mail.ru

Аннотация. Эмоционально-обусловленный хейлит представляет собой редкое хроническое заболевание губ, относящееся к группе психодерматозов и характеризующееся развитием воспалительных и дистрофических изменений красной каймы губ на фоне самоповреждающего поведения пациента. В основе заболевания лежит сложное взаимодействие психоэмоциональных нарушений и соматических факторов, приводящее к формированию хронического воспалительного процесса. Клиническая картина характеризуется гиперкератозом, образованием корок, десквамацией, трещинами и эрозиями. Диагностика затруднена вследствие отсутствия специфических признаков и требует исключения широкого спектра заболеваний. Лечение предполагает комплексный междисциплинарный подход с обязательной коррекцией психоэмоционального состояния пациента. В своей работе мы провели анализ современных представлений об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении эмоционально-обусловленного хейлита.

Abstract. Emotionally induced cheilitis is a rare chronic lip disorder classified as a psychodermatosis, characterized by the development of inflammatory and degenerative changes in the vermilion border of the lips, accompanied by self-injurious behavior. The disorder involves a complex interaction of psychoemotional disturbances and somatic factors, leading to a chronic

inflammatory process. Hyperkeratosis, crusting, desquamation, fissures, and erosions define the clinical picture. Diagnosis is difficult due to the lack of specific signs and requires the exclusion of a wide range of diseases. Treatment involves a comprehensive, interdisciplinary approach, including mandatory correction of the patient's psychoemotional state. In this study, we analyzed the current understanding of the etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnosis, and treatment of emotionally induced cheilitis.

Ключевые слова: хейлит, психодерматоз, психоэмоциональные нарушения.

Keywords: cheilitis, psychodermatosis, psychoemotional disturbances.

Заболевания слизистой оболочки полости рта представляют собой одну из наиболее значимых проблем современной стоматологии, что обусловлено их высокой распространённостью, разнообразием клинических проявлений и существенным влиянием на качество жизни пациентов. В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост интереса к изучению взаимосвязи между соматическими заболеваниями и психоэмоциональным состоянием человека. Это связано с накоплением данных о том, что психические факторы способны не только модифицировать течение заболеваний, но и выступать в качестве их непосредственной причины [1, 2].

Современные исследования показывают, что нарушения в работе слюнных желёз, изменение состава ротовой жидкости и снижение защитных свойств слизистой оболочки полости рта тесно связаны с психоэмоциональными расстройствами, включая тревожные и депрессивные состояния [3].

На этом фоне формируется особая группа заболеваний, объединённых понятием психосоматических, в которых психические факторы играют ключевую роль в развитии соматической патологии [4].

Эмоционально-обусловленный хейлит является одним из наиболее ярких представителей данной группы. Это заболевание характеризуется хроническим течением, выраженной клинической симптоматикой и значительными трудностями диагностики. Несмотря на наличие характерных клинических проявлений, таких как образование корок, шелушение и трещины губ, заболевание часто ошибочно трактуется как инфекционное или аллергическое. Это приводит к длительному и неэффективному лечению, что, в свою очередь, способствует хронизации процесса и ухудшению состояния пациента [5].

Актуальность изучения указанной патологии обусловлена не только ее клинической значимостью, но и ростом распространённости психоэмоциональных нарушений в современном обществе. Увеличение уровня стресса, социальная напряжённость и изменение образа жизни способствуют формированию поведенческих расстройств, которые могут проявляться в виде самоповреждающих действий, в том числе в области губ. Таким образом, эмоционально-обусловленный хейлит представляет собой междисциплинарную проблему, требующую комплексного подхода к изучению и лечению. Целью обзора стало изучение клиники и особенностей лечения эмоционально-обусловленного хейлита по данным современных литературных источников [6].

Материалы и методы исследования

Для поиска необходимых источников использовали научные электронные системы e-Library, PubMed, Scopus. Запрос осуществляли по ключевым словам и терминам: «хейлит», «эмоциональный хейлит», «психологически-обусловленные заболевания губ», “cheilitis”,

“factitious cheilitis”, “psychologically conditioned diseases of the lips”. Глубина поиска составила 20 лет. В работе использовались только полнотекстовые варианты статей. В итоге в данный обзор вошло 38 источников.

Результаты и обсуждение

Эмоционально-обусловленный хейлит занимает особое место среди заболеваний губ, поскольку первопричиной его являются преимущественно внутренние психические факторы, а не внешние воздействия. В отличие от других форм хейлита, таких как инфекционные или аллергические, данная патология формируется в результате повторяющегося самоповреждающего поведения пациента, которое может носить как осознанный, так и бессознательный характер. В современной медицинской литературе заболевание рассматривается как разновидность дерматозов, входящих в группу психодерматологических заболеваний [7, 8].

Эти состояния характеризуются тесной взаимосвязью между психическим состоянием пациента и проявлениями на коже или слизистых оболочках. Важной особенностью таких заболеваний является то, что клиническая картина формируется под влиянием поведенческих реакций, направленных на повреждение собственных тканей [8, 9].

Значительное внимание уделяется концепции «мозг — кожа», которая отражает тесную связь между нервной системой и кожными покровами. В рамках этой концепции кожа рассматривается не только как барьерный орган, но и как активный участник нейроэндокринных и иммунных процессов. Нарушения в работе нервной системы могут приводить к изменению функций кожи, в том числе к развитию воспалительных процессов [8, 10].

Связь между состоянием слизистой оболочки полости рта и психоэмоциональными факторами подтверждается публикациями, в которых показано, что некоторые патологические состояния сопровождаются не только физическими, но и выраженными психоэмоциональными нарушениями [11, 12].

Это подчёркивает важность комплексного подхода к оценке состояния пациентов с заболеваниями полости рта. Таким образом, эмоционально-обусловленный хейлит следует рассматривать как мультифакторное заболевание, в развитии которого участвуют психические, поведенческие и соматические компоненты.

Эмоционально-обусловленный (эмоциональный, factitious cheilitis) хейлит описан в ряде доступных литературных источников, как один из наиболее ярких представителей психодерматологических стоматологических заболеваний [13-15].

Однако, термин «эмоционально-обусловленный (эмоциональный) хейлит» отсутствует в классификациях заболеваний губ ряда зарубежных стран, а также в России [4].

В России под указанную патологию наиболее близко подходит такое заболевание как эксфолиативный хейлит. Причинами последнего могут являться не только психоэмоциональные факторы, но и гормональные нарушения, иммунологические и генетические факторы [16-18].

Некоторые авторы описывают наличие психических расстройств у пациентов с эксфолиативным хейлитом как нозогенную реакцию, некоторые — как возможный этиологический фактор [19-22].

Зачастую, “factitious cheilitis” первоначально диагностируется как эксфолиативный хейлит, но дальнейшее обследование, включающее полноценный сбор анамнестических данных, клинической картины и гистологических исследований позволяет поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение [2, 23].

Ввиду разнородности классификаций и терминологии есть необходимость разграничивать указанные понятия для четкого понимания имеющейся патологии губ [4, 13].

Этиология эмоционально-обусловленного хейлита тесно связана с особенностями психоэмоционального состояния пациента. Основным пусковым фактором является формирование патологического поведения, направленного на повторяющееся повреждение тканей губ. Такое поведение может проявляться в виде облизывания, прикусывания, сосания или механического раздражения губ. Оно часто носит навязчивый характер и усиливается в условиях стресса или эмоционального напряжения [24].

Особую роль в развитии заболевания играют психоневрологические расстройства. Наиболее часто у пациентов выявляются тревожные и депрессивные состояния, обсессивно-компульсивные расстройства, а также различные формы эмоциональной нестабильности. В ряде случаев отмечается связь с психотравмирующими ситуациями, такими как стрессовые события или длительное эмоциональное напряжение [25-28].

Патогенез заболевания представляет собой сложный процесс, включающий несколько взаимосвязанных звеньев. На начальном этапе под воздействием психоэмоциональных факторов формируется патологическое поведение, приводящее к механическому повреждению тканей губ. Повторяющаяся травматизация вызывает нарушение целостности эпителиального барьера, что сопровождается развитием местной воспалительной реакции [29].

Повреждение тканей приводит к активации процессов кератинизации, что проявляется образованием плотных корок и усилением шелушения. Одновременно происходит нарушение процессов регенерации, что способствует хронизации воспалительного процесса.

Важную роль в патогенезе играет слюна, которая, содержащиеся в ней ферменты, способствуют разрушению защитного липидного слоя кожи и усиливают воспаление. Формируется своеобразный патологический круг, при котором механическое повреждение вызывает воспаление и дискомфорт, что, в свою очередь, стимулирует пациента к повторному травмированию губ. Это приводит к поддержанию и прогрессированию патологии.

Следует отметить, что несмотря на выраженные клинические проявления, глубинные структуры тканей губ остаются относительно сохранными. Это подтверждает реактивный характер процесса и его связь с внешними механическими воздействиями [30-33].

Клиническая картина заболевания отличается разнообразием и зависит от степени выраженности самоповреждающего поведения, а также от длительности заболевания. Наиболее характерными проявлениями являются сухость губ, выраженное шелушение и образование плотных корок, которые могут иметь желтовато-серый оттенок [28, 31-34].

Поверхность губ нередко покрыта трещинами и эрозиями, которые могут сопровождаться болезненностью, жжением и зудом. В некоторых случаях отмечается кровоточивость, особенно при удалении корок или механическом воздействии на поражённые участки [30].

Поражения чаще локализуются в области красной каймы губ, преимущественно на нижней губе, однако возможно вовлечение обеих губ. Характерной особенностью является то, что после удаления корок подлежащая ткань выглядит относительно неизменённой, что свидетельствует о поверхностном характере поражения и отсутствии глубоких структурных изменений [30-33].

Заболевание имеет хроническое течение с периодами обострения и ремиссии. Интенсивность симптомов может варьировать в зависимости от психоэмоционального состояния пациента. В периоды стресса или эмоционального напряжения отмечается усиление симптоматики, тогда как при снижении уровня тревожности возможно частичное улучшение

состояния. Длительное течение заболевания может приводить к развитию осложнений, включая присоединение вторичной инфекции. Наиболее часто выявляются бактериальные и грибковые поражения, обусловленные нарушением барьерной функции кожи и созданием благоприятных условий для колонизации микроорганизмов [31, 32].

Помимо физических проявлений, заболевание оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние пациента. Наличие выраженных косметических дефектов может приводить к снижению самооценки, социальной изоляции и усилению тревожных и депрессивных симптомов, что, в свою очередь, способствует дальнейшему прогрессированию заболевания [31, 33].

Эмоционально-обусловленный хейлит представляет собой сложное психосоматическое заболевание, формирующееся в результате взаимодействия психоэмоциональных факторов и поведенческих реакций пациента. Его клиническая картина характеризуется выраженными, но поверхностными поражениями губ, а патогенез основан на формировании замкнутого патологического круга.

Диагностика эмоционально-обусловленного хейлита представляет собой одну из наиболее сложных задач в клинической практике, что обусловлено отсутствием специфических диагностических критериев и выраженной вариабельностью клинической картины. В части случаев заболевание выявляется на поздних стадиях, после длительного периода неэффективного лечения, направленного на устранение предполагаемой инфекционной или аллергической природы поражения [28, 29, 33].

Основу диагностики составляет клинико-anamnestический подход, включающий тщательный сбор жалоб, анализ течения заболевания и оценку поведенческих особенностей пациента. Особое значение имеет выявление фактов наличия вредных привычек, которые могут проявляться в виде привычного облизывания, прикусывания или механического раздражения губ. Следует отметить, что пациенты нередко отрицают наличие подобных действий, что затрудняет диагностику и требует установления доверительного контакта между врачом и пациентом [25].

Клинический осмотр позволяет выявить характерные признаки заболевания, включая наличие плотных корок, шелушение, трещины и эрозии. В то же время, важным диагностическим признаком является относительная сохранность подлежащих тканей после удаления корок, что указывает на поверхностный характер поражения [30-33].

Лабораторные методы исследования играют вспомогательную роль и используются преимущественно для исключения других заболеваний. Бактериологические исследования позволяют выявить вторичную микрофлору, однако её наличие не является специфическим признаком эмоционального хейлита. Микологические исследования проводятся с целью исключения кандидозного поражения. В ряде случаев выполняется биопсия, однако гистологическая картина, как правило, не имеет специфических особенностей и характеризуется признаками хронического воспаления [27, 30, 35].

Таким образом, диагностика эмоционально обусловленного хейлита требует комплексного подхода, основанного на сочетании клинических данных, анамнеза и исключении других патологических состояний.

Дифференциальная диагностика заболевания имеет принципиальное значение, поскольку данное заболевание может имитировать широкий спектр патологий губ. Наиболее часто возникают трудности при его разграничении с эксфолиативным хейлитом, контактным дерматитом, инфекционными поражениями и предраковыми состояниями [13, 36-38].

Сходство с эксфолиативным хейлитом обусловлено наличием шелушения и образования корок, однако при последнем отсутствует выраженная связь с самоповреждающим

поведением. Контактный дерматит характеризуется наличием чёткой связи с воздействием раздражающего или аллергического фактора, а также более выраженной воспалительной реакцией. Инфекционные заболевания, такие как кандидоз и герпетическая инфекция, имеют свои характерные клинические признаки. При кандидозе наблюдается белесоватый налёт, который легко снимается, обнажая гиперемизированную поверхность, тогда как при герпесе выявляются типичные везикулярные высыпания. Актинический хейлит развивается преимущественно у лиц, длительно подвергающихся воздействию ультрафиолетового излучения, и характеризуется признаками хронического повреждения кожи [14].

Особое значение имеет исключение злокачественных новообразований, которые могут проявляться в виде язвенных дефектов и инфильтрации тканей. В таких случаях решающую роль играет гистологическое исследование. Отличительной особенностью эмоционально-обусловленного хейлита является сочетание клинических проявлений с поведенческими факторами, а также отсутствие специфических морфологических изменений. Наличие психоэмоциональных нарушений и хронического течения заболевания также способствует постановке правильного диагноза.

Лечение данной формы хейлита представляет собой сложный и многоэтапный процесс, требующий комплексного подхода и участия специалистов различных профилей. Основной задачей терапии является не только устранение клинических проявлений заболевания, но и воздействие на его первопричину, связанную с психоэмоциональным состоянием пациента [28].

Ключевую роль в лечении играет психотерапия, направленная на коррекцию поведенческих нарушений и снижение уровня тревожности. Наиболее эффективным методом является когнитивно-поведенческая терапия, позволяющая выявить и изменить патологические модели поведения. В процессе терапии пациент обучается контролировать свои действия и заменять травмирующие привычки на более адаптивные формы поведения [28, 31].

Медикаментозное лечение применяется при наличии выраженных психических нарушений. Наиболее часто используются антидепрессанты, в частности селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые способствуют снижению уровня тревожности и улучшению эмоционального состояния пациента. В отдельных случаях могут назначаться антипсихотические препараты и анксиолитики [32, 35].

Местная терапия направлена на устранение воспалительного процесса, профилактику и лечение вторичных инфекций, а также восстановление барьерной функции кожи. Применяются антисептические, противовоспалительные и увлажняющие средства. При наличии бактериальной или грибковой инфекции назначаются соответствующие антибактериальные или противогрибковые препараты. Однако следует подчеркнуть, что изолированное применение местных средств без коррекции психоэмоционального состояния не обеспечивает стойкого терапевтического эффекта [33].

Эффективность лечения значительно повышается при междисциплинарном подходе, включающем взаимодействие врачей: стоматолога, дерматолога и психиатра. Результаты проведённого анализа свидетельствуют о том, что эмоционально-обусловленный хейлит представляет собой сложное мультифакторное заболевание, в основе которого лежит взаимодействие психических, поведенческих и соматических факторов. Несмотря на выраженные клинические проявления, заболевание часто остаётся недостаточно диагностированным, что связано с отсутствием специфических диагностических критериев и недостаточной осведомлённостью врачей о данной патологии. Особое значение имеет психосоматическая концепция, рассматривающая заболевание как результат взаимодействия

психики и соматических структур. В рамках этой концепции поведенческие реакции пациента выступают в качестве промежуточного звена между психоэмоциональными нарушениями и развитием соматических изменений.

Следует отметить, что заболевание оказывает значительное влияние на качество жизни пациентов. Наличие выраженных косметических дефектов, хроническое течение и отсутствие эффекта от лечения способствуют формированию психологического дискомфорта, снижению самооценки и социальной активности. Это, в свою очередь, может усугублять течение заболевания, формируя замкнутый патологический круг. Перспективы дальнейших исследований связаны с более глубоким изучением механизмов взаимодействия психических и соматических факторов, а также с разработкой стандартизированных подходов к диагностике и лечению указанной патологии.

Заключение

Эмоционально-обусловленный хейлит представляет собой редкое, но клинически значимое психосоматическое заболевание, характеризующееся хроническим течением и выраженной клинической симптоматикой. Его развитие обусловлено самоповреждающим поведением на фоне психоэмоциональных нарушений, что определяет необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению. Диагностика заболевания требует исключения широкого спектра патологий и основывается на тщательном анализе клинических данных и анамнеза. Лечение должно быть направлено не только на устранение местных проявлений, но и, в обязательном порядке, на коррекцию психоэмоционального состояния пациента. Междисциплинарный подход, включающий участие специалистов различных профилей, является ключевым условием достижения устойчивого терапевтического эффекта.

Список литературы:

1. Салехов С. А. Психологический стресс как фактор развития психосоматических заболеваний // Вестник Новгородского государственного университета. 2016. №1(92). С. 94-98.
2. Гоманова Л. И., Баланова Ю. А., Евстифеева С. Е. Психоэмоциональный стресс как фактор риска развития хронических неинфекционных заболеваний // Профилактическая медицина. 2023. №26(8). С. 114-120. <https://doi.org/10.17116/profmed202326081114>
3. Музюкин Ю. С., Лапина Н. В., Овчаренко Е. С. Анализ распространённости заболеваний слизистой оболочки полости рта при ксеростомии на фоне общесоматических патологий // Российский стоматологический журнал. 2025. Т.29. № 4. С. 393-402. <https://doi.org/10.17816/dent678991>
4. Qiu X., Jiang L. New diagnostic classification of cheilitis and its clinical diagnostic pathway // West China Journal of Stomatology. 2021. V. 39. №2. P. 238. <https://doi.org/10.7518/hxkq.2021.02.019>
5. Gofur N. R. P. The Differences Between Exfoliative Cheilitis and Factitial Cheilitis, Also Its Association with B12 Deficiency: A Review Article // Annals of Clinical and Medical Case Reports. 2020. V. 5(5). P. 1-3.
6. Есин Р. Г., Есин О. Р., Хакимова А. Р. Стресс-индуцированные расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2020. №120 (5). С. 131-137. DOI:10.17116/jnevro2020120051131
7. Тамразова О.Б., Гуреева М.А. Патомимии у детей // Вестник дерматологии и венерологии. 2017. № (3). С. 76-84.

8. Прутян Г. В., Жуков А. С., Лавров Н. В., Хайрутдинов В. Р., Самцов А. В. Дерматологические проявления психических заболеваний // Педиатр. 2020. Т. 11. №6. С. 55–62. <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>
9. Тлиш М., Карташевская М. Аутодеструктивные дерматозы как актуальная междисциплинарная проблема // Врач. 2018. №29(4). С. 32–35. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-04-05>
10. Тлиш М. М., Шавилова М. Е., Псавок Ф. А. Психодерматология: практические аспекты диагностики аутодеструктивных дерматозов на примере собственных клинических наблюдений // Врач. 2023. №34 (11). С. 16–20. <https://doi.org/10.29296/25877305-2023-11-04>
11. Гажва С. И., Горячева Т. П., Степанян Т. Б. Состояние психоэмоционального статуса пациентов с патологией слизистой оболочки рта // Медицинский альманах. 2015. № 3(38). С. 159-161.
12. Смулевич А.Б., Львов А. Н., Юзбашян П. Г., Терещенко А. В., Миченко А. В. Глоссалгия как синдром психодерматологической патологии // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2021. 121(7). С. 7–13. <https://doi.org/10.17116/jnevro20211210717>
13. Lugović-Mihić L., Pilipović K., Crnarić I., Šitum M., Duvančić T. Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis? // Acta Clin Croat. 2018. №57(2). P. 342-351. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.02.16>
14. Lugović-Mihić, L., Špiljak, B., Blagec, T., Delaš Aždajić, M., Franceschi, N., Gašić, A., Parać, E. Factors Participating in the Occurrence of Inflammation of the Lips (Cheilitis) and Perioral Skin // Cosmetics. 2023. №10. P. 9. <https://doi.org/10.3390/cosmetics10010009>
15. Samimi M. Chéilites: orientation diagnostique et traitement // Presse Med. 2016. №45 (2). P. 240–250. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.09.024>
16. Луцкая И. К. Клинические проявления самостоятельных заболеваний губ // Медицинские новости. 2011. № 11. С. 4-8.
17. Луцкая И. К. Заболевания губ – хейлиты // Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2016. №1. С.58–62.
18. Шарапкина А. М., Зыкова О. С. Хейлиты: общие вопросы диагностики // Вестник ВГМУ. 2022. Т. 21. №5. С. 22-32. <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2022.5.22>
19. Крихели Н. И., Брусенина Н. Д., Рыбалкина Е. А., Бычкова М. Н. Системная коррекция психоэмоциональных расстройств при лечении сухой формы эксфолиативного хейлита // Российская стоматология. 2019. №12(2). С. 3-6. <https://doi.org/10.17116/rosstomat2019120213>
20. Старикова И. В., Питерская Н. В., Чаплиева Е. М., Бобров Д. С. Психосоматические аспекты заболеваний слизистой оболочки полости рта // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2021. № 2(78). С. 137-140. [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-2\(78\)-137-140](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-2(78)-137-140)
21. Пурясова А. С., Чудова Л. В. Эксфолиативный хейлит: распространенность, алгоритм первичной диагностики и маршрутизации пациентов // Scientist (Russia). 2022. № 2(20). С. 52-61.
22. Рабинович И. М., Рабинович О. Ф., Абрамова Е. С., Денисова М. А. Клинико-патогенетические аспекты различных форм хейлита // Стоматология. 2016. №95(1). С. 67-72. <https://doi.org/10.17116/stomat201695167-72>
23. Almazroo S. A., Woo S. B., Mawardi H., Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2013. №. 116(6). e485-9. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.08.016>

24. Stoica A. M., Kovacs Ivacson C. A., Stoica O. E., Beresescu L., Monea M. Clinical and Pathological Manifestation of the Oral Mucosa in Institutionalized Children from Romania // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022. №19. P. 15564. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315564>
25. Blagec T., Glavina, A., Špiljak B., Bešlić I., Bulat V., Lugović-Mihić, L. Cheilitis: A cross-sectional study—multiple factors involved in the aetiology and clinical features // *Oral Diseases*. 2023. №29. P. 3360–3371. <https://doi.org/10.1111/odi.14359>
26. Chiriac A., Brzezinski P., Pinteala T., Chiriac A.E., Foia L. Common psychocutaneous disorders in children // *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015. №9(11). P. 333-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S78522>
27. Incontri-Abraham D., Carrillo-Martin I., Bosch W., Bruce A.J., Gonzalez-Estrada A., Sokumbi O. Exfoliative cheilitis related to psychologic factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation // *Dermatol Online J*. 2021. V. 15. №27(6). <https://doi.org/10.5070/D327654067>.
28. Kunwar A., Sahu A. K., Sahoo S. Factitious cheilitis presenting as exfoliative cheilitis: A rare case report // *Indian J Psychiatry*. 2024. №66(5). P. 477-480. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_574_22
29. Cuestas Rodriguez D. M., Reyes Vivas T. C., Pérez Cáceres L. D., Martínez Martínez L. S., Giraldo Mejía N., Alvarez Mengual V. Factitious Cheilitis: Report of Two Cases // *Clin Case Rep*. 2026. V. 4. №14(1). e71792. <https://doi.org/10.1002/ccr3.71792>
30. Aydin E., Gokoglu O., Ozcurumez G., Aydin H. Factitious cheilitis: a case report // *Journal of Medical Case Reports*. 2008. №2. P. 29. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-29>
31. Girijala R. L., Falkner R., Dalton S. R., Martin B. D. Exfoliative Cheilitis as a Manifestation of Factitial Cheilitis // *Cureus*. 2018. №10(5). e2565. <https://doi.org/10.7759/cureus.2565>
32. Lohar J., Jandial T., Ahluwalia H., Samar M. A rare case report of factitial cheilitis // *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*. 2022. №30(16). JPTCP (453-456). <https://doi.org/10.53555/jptcp.v30i16.2298>
33. Santos L. R., Dick T. N. A., Candreva M. S., Marques L. C., Milagres A. Challenging of treating patients with exfoliative cheilitis: Report of two cases // *J Clin Exp Dent*. 2023. №15(5). e431-6. <https://doi.org/10.4317/jced.60326>
34. Stone R. J., Labert G. M., Norman R. A. Lip-Lick Cheilitis and Its Connection to the Brain // *Cureus*. 2024. V. 11. №16(7). e64312. <https://doi.org/10.7759/cureus.64312>
35. Rodriguez D. M. C., Martínez L. S. M., Vivas T. C. R., Mejía N. G., Cáceres L. D. P. Factitious Cheilitis: Report of Two Cases // *Clinical Case Reports*. 2026. №14. e71792. <https://doi.org/10.1002/ccr3.71792>
36. Greenberg S. A., Schlosser B. J., Mirowski G. W. Diseases of the lips // *Clin Dermatol*. 2017. №35(5). e1-e14. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.11.003>
37. Narayanan D., Rogge M. Cheilitis: A Diagnostic Algorithm and Review of Underlying Etiologies // *Dermatitis*. 2024. №35(5). P. 431-442. <https://doi.org/10.1089/derm.2023.0276>
38. Ulusoy E., Abaci A. Exfoliative Cheilitis in Childhood: A Successful Treatment with Tacrolimus // *J Pediatr Acad*. 2023. №4. P. 39-41. <https://doi.org/10.4274/jpea.2023.193>

References:

1. Salehov, S. A. (2016). Psychological stress as a factor of psychosomatic disorders development. *Vestnik NovSU*, 1 (92). 94-98. (in Russian).
2. Gomanova L. I., Balanova Yu. A., & Evstifeeva S. E. (2023). Psychoemotional stress as a risk factor for the development of noncommunicable diseases. *Russian Journal of Preventive Medicine*, 26(8). 114-120. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/profmed202326081114>

3. Muzyukin, I. U. S. Lapina, N. V., & Ovcharenko, E. S. (2025). Prevalence of oral mucosal diseases in patients with xerostomia associated with systemic conditions. *Russian journal of dentistry*, 4, 393-402. <https://doi.org/10.17816/dent678991>
4. Qiu, X., & Jiang, L. (2021). New diagnostic classification of cheilitis and its clinical diagnostic pathway. *West China Journal of Stomatology*, 39(2), 238. <https://doi.org/10.7518/hxkq.2021.02.019>
5. Gofur, N. R. P. (2020). The Differences Between Exfoliative Cheilitis and Factitial Cheilitis, Also Its Association with B12 Deficiency: A Review Article. *Annals of Clinical and Medical Case Reports*, 5(5), 1-3.
6. Esin, R. G., Esin, O. R., Khakimova, A. R., & Korsakov, S. S. (2020). Stress-induced disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry*, 120 (5). 131-137. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/jnevro2020120051131>
7. Tamrazova, O. B., & Gureeva, M. A. (2017). Pathomimia in children. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*, 3, 76-84. (In Russ.).
8. Prutyan, G. V., Zhukov, A. S., Lavrov, N. V., Khairutdinov, V. R., & Samtsov, A. V. (2020). Dermatological manifestations of psychic ailments. *Pediatrician (St. Petersburg)*, 11(6). 55-62. (in Russian). <https://doi.org/10.17816/PED11655-62>
9. Tlish, M., Kartashevskaya, M. (2018). Self-destructive dermatosis as an urgent interdisciplinary problem. *Vrach*, 29 (4). 32–35. (in Russian). <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-04-05>
10. Tlish, M., Shavilova, M., & Psavok, F. (2023). Psychodermatology: practical aspects of diagnosing autodestructive dermatoses on the example of our own clinical observations. *Vrach*, 34 (11). 16–20. (in Russian). <https://doi.org/10.29296/25877305-2023-11-04>
11. Gazhva, S. I., Goryacheva, T. P., & Stepanyan, T. B. (2015). Condition of psychoemotional status of patients with the pathology of oral mucosa. *Medical almanac*, (3(38)), 159-161.
12. Smulevich, A. B., Lvov, A. N., Iuzbashian, P. G., Tereshenko, A. V., & Michenko, A. V. (2021). Glossalgia as a psychodermatological syndrome. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*, 121(7). 7–13. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/jnevro20211210717>
13. Lugović-Mihić, L., Pilipović, K., Crnarić, I., Šitum, M., & Duvančić, T. (2018). Differential Diagnosis of Cheilitis - How to Classify Cheilitis? *Acta Clin Croat*, 57(2). 342-351. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.02.16>
14. Lugović-Mihić, L., Špiljak, B., Blagec, T., Delaš Aždajić, M., Franceschi, N., Gašić, A., & Parać, E. (2023). Factors Participating in the Occurrence of Inflammation of the Lips (Cheilitis) and Perioral Skin. *Cosmetics*. 10. 9. <https://doi.org/10.3390/cosmetics10010009>
15. Samimi, M. (2016). Chéilites: orientation diagnostique et traitement. *Presse Med*, 45 (2). 240–250. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.09.024>
16. Lutsкая, I. K. (2011). Clinical presentations of independent lip diseases. *Meditinskije Novosti*, 11, 4-8. (in Russian).
17. Lutsкая, I. K. (2016). Diseases of lips – cheilitis. *Consilium Medicum. Dermatology, Suppl. 1*, 58–62. (in Russian).
18. Sharapkova, A. M., & Zykova, O. S. (2022). Cheilitis: general issues of diagnosing. *Vestnik VGMU*, 21(5). 22-32. (in Russian). <https://doi.org/10.22263/2312-4156.2022.5.22>
19. Krikheli, N. I., Brusenina, N. D., Rybalkina, E. A., & Bychkova, M. N. (2019). Psychiatric rehabilitation of emotional disorders in the treatment of dry form exfoliative cheilitis. *Russian Journal of Stomatology*, 12(2). 3-6. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/rosstomat2019120213>

20. Starikova, I. V., Piterskaya, N. V., Chaplieva, E. M., & Bobrov, D. S. (2021). Psychosomatic aspects of diseases of the mucosa of the oral cavity. *Journal of Volgograd State Medical University*, 2(78). 137-140. (in Russian). [https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-2\(78\)-137-140](https://doi.org/10.19163/1994-9480-2021-2(78)-137-140)
21. Puryasova, A.S., & Chudova, L.V. (2022). Exfoliative cheilitis: prevalence, algorithm for primary diagnosis and routing of patients. *Scientist (Russia)*, 20(2). 52-61. (in Russian).
22. Rabinovich, I. M., Rabinovich, O. F., Abramova, E. S., Denisova, M. A. (2016). Clinical and pathogenetic aspects of various forms of cheilitis. *Stomatology*, 95(1). 67-72. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/stomat201695167-72>
23. Almazroo S. A., Woo S. B., Mawardi H., & Treister N. (2013). Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 116(6). e485-9. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2013.08.016>
24. Stoica, A. M., Kovacs Ivacson, C. A., Stoica, O. E., Beresescu, L., & Monea, M. (2022). Clinical and Pathological Manifestation of the Oral Mucosa in Institutionalized Children from Romania. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 15564. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315564>
25. Blagec, T., Glavina, A., Špiljak, B., Bešlić, I., Bulat, V., & Lugović-Mihić, L. (2023). Cheilitis: A cross-sectional study—multiple factors involved in the aetiology and clinical features. *Oral Diseases*, 29, 3360–3371. <https://doi.org/10.1111/odi.14359>
26. Chiriac, A., Brzezinski, P., Pinteala, T., Chiriac, A. E., & Foia, L. (2015). Common psychocutaneous disorders in children. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 9(11). 333-7. <https://doi.org/10.2147/NDT.S78522>
27. Incontri-Abraham, D., Carrillo-Martin, I., Bosch, W., Bruce, A. J., Gonzalez-Estrada, A., Sokumbi, O. (2021). Exfoliative cheilitis related to psychologic factors uncovered during primary immunodeficiency evaluation. *Dermatol Online J*, 15(27(6)). <https://doi.org/10.5070/D327654067>.
28. Kunwar, A., Sahu, A.K., & Sahoo, S. (2024). Factitious cheilitis presenting as exfoliative cheilitis: A rare case report. *Indian J Psychiatry*, 66(5). 477-480. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_574_22
29. Cuestas Rodriguez, D. M., Reyes Vivas, T. C., Pérez Cáceres, L. D., Martínez Martínez, L. S., Giraldo Mejía, N., & Alvarez Mengual, V. (2026). Factitious Cheilitis: Report of Two Cases. *Clin Case Rep.*, 4(14(1)), e71792. <https://doi.org/10.1002/ccr3.71792>
30. Aydin, E., Gokoglu, O., Ozcurumez, G., & Aydin, H. (2008). Factitious cheilitis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2, 29. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-2-29>
31. Girijala, R. L., Falkner, R., Dalton, S. R., & Martin, B. D. (2018). Exfoliative Cheilitis as a Manifestation of Factitial Cheilitis. *Cureus*, 10(5). e2565. <https://doi.org/10.7759/cureus.2565>
32. Lohar, J., Jandial, T., Ahluwalia, H., & Samar, M. (2022). A rare case report of factitial cheilitis. *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*, 30(16), 453-456. <https://doi.org/10.53555/jptcp.v30i16.2298>
33. Santos, L. R., Dick, T. N. A., Candreva, M. S., Marques, L. C., & Milagres, A. (2023). Challenging of treat ing patients with exfoliative cheilittis: Report of two cases. *J Clin Exp Dent*, 15(5). e431-6. <https://doi.org/10.4317/jced.60326>
34. Stone, R. J., Labert, G. M., & Norman, R. A. (2024). Lip-Lick Cheilitis and Its Connection to the Brain. *Cureus*, 11(16(7)). e64312. <https://doi.org/10.7759/cureus.64312>
35. Rodriguez, D. M. C., Martínez, L. S. M., Vivas, T. C. R., Mejía, N. G., & Cácere, L. D. P. (2026). Factitious Cheilitis: Report of Two Cases. *Clinical Case Reports*, 14, e71792. <https://doi.org/10.1002/ccr3.71792>
36. Greenberg, S. A., Schlosser, B. J., & Mirowski, G. W. (2017). Diseases of the lips. *Clin Dermatol*, 35(5). e1-e14. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2017.11.003>

37. Narayanan, D., & Rogge, M. (2024). Cheilitis: A Diagnostic Algorithm and Review of Underlying Etiologies. *Dermatitis*, 35(5). 431-442. <https://doi.org/10.1089/derm.2023.0276>
38. Ulusoy, E., & Abaci, A. (2023). Exfoliative Cheilitis in Childhood: A Successful Treatment with Tacrolimus. *J Pediatr Acad.*, 4, 39-41. <https://doi.org/10.4274/jpea.2023.193>

Поступила в редакцию
09.07.2026 г.

Принята к публикации
16.07.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Мирзоян В. В., Голуб П. М., Ляфисева А. Р., Волобуев В. В., Митропанова М. Н. Эмоционально-обусловленный хейлит как психосоматическое заболевание: современные представления о патогенезе, диагностике и лечении // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №9. С. 376-387. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/130/43>

Cite as (APA):

Mirzoyan, V., Golub, P., Liafisheva, A., Volobuev, V., & Mitropanova, M. (2026). Emotionally Determined Cheilitis as a Psychosomatic Disease: Modern Concepts of Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. *Bulletin of Science and Practice*, 12(9), 376-387. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/130/43>