

Клинический случай проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта в полости рта

И.А. Новикова¹, Т.М. Панина²

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

² Консультативно-диагностический центр ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия
novikovastomat@mail.ru

Аннотация

Часто в своей практической деятельности стоматолог встречается с такими заболеваниями, как рецидивирующий афтозный стоматит и десквамативный глоссит. Встречаемость этих заболеваний может варьироваться от 5 до 50% в зависимости от изучаемых групп населения, диагностических критериев и факторов окружающей среды. Эти заболевания имеют тесную связь с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и могут быть их первыми проявлениями, что является актуальной проблемой и требует совместной работы специалистов различного профиля: стоматологов и гастроэнтерологов. Рецидивирующий афтозный стоматит характеризуется появлениями афт на слизистой оболочке рта и длительным течением с периодическими обострениями процесса от 1 раза в 2 года до практически непрерывного течения заболевания. Десквамативные изменения на языке проявляются в виде гладких блестящих пятен ярко красного цвета, окруженных серо-белым ободком из нитевидных сосочков. Представлены два клинических случая, отражающие необходимость совместной работы врачей разных специальностей для своевременной диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: рецидивирующий афтозный стоматит, десквамативный глоссит, слизистая полости рта, воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, клинический случай.

Для цитирования: Новикова И.А., Панина Т.М. Клинический случай проявлений заболеваний желудочно-кишечного тракта в полости рта. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 5: 48–51. DOI: 10.47407/kr2021.2.5.00072

Clinical case of oral gastrointestinal disorder manifestations

Irina A. Novikova¹, Tatyana M. Panina²

¹ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

² The Consultative and Diagnostic Center of the National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia
novikovastomat@mail.ru

Abstract

Very often in his practice, the dentist encounters diseases such as recurrent aphthous stomatitis and desquamative glossitis. The incidence of these diseases can vary from 5% to 50% depending on the population studied, diagnostic criteria and environmental factors. These diseases are closely related to diseases of the gastrointestinal tract and may be their first manifestations, which is an urgent problem and requires the joint work of specialists in various fields: dentists and gastroenterologists. Recurrent aphthous stomatitis is characterized by the appearance of aphthae on the oral mucosa and a prolonged course with periodic exacerbations of the process from 1 time in 2 years to an almost continuous course of the disease. Desquamative changes in the tongue appear as smooth, shiny spots of bright red color, surrounded by a gray-white rim of filiform papillae. Two clinical cases are presented, reflecting the need for joint work of doctors of different specialties (dentist, gastroenterologist) for the timely diagnosis and treatment of diseases of the gastrointestinal tract.

Key words: aphthous stomatitis, desquamative glossitis, clinical case, gastrointestinal tract diseases.

For citation: Novikova I.A., Panina T.M. Clinical case of oral gastrointestinal disorder manifestations. Clinical review for general practice. 2021; 5: 48–51. DOI: 10.47407/kr2021.2.5.00072

В своей практике врач-стоматолог часто сталкивается с проявлениями заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в полости рта еще до появления первых симптомов со стороны пищеварительной системы.

Это доказывают многочисленные исследования, показавшие тесную связь заболеваний пищеварительной системы с их проявлениями на слизистой оболочке рта. Степень выраженности проявлений зависит от формы, тяжести и длительности течения основного заболевания. Это обусловлено наличием анатомических, физиологических, гуморальных взаимосвязей различных отделов ЖКТ [1–4].

Наиболее частыми внекишечными проявлениями при заболеваниях ЖКТ являются поражения слизистой оболочки полости рта, встречающиеся у 15–20% пациентов в виде рецидивирующего афтозного стоматита, относящегося к группе хронических воспалительных заболеваний инфекционно-аллергической природы, в развитии которых важную роль играют вирусные и бактериальные инфекции (пародонтит, тонзиллит, воспаление придаточных пазух носа), генетическая предрасположенность, пищевая аллергия, дефицит фолиевой кислоты и витамина В₁₂, железа, недостаточная выработка иммуноглобулина А, системные заболевания (например, целиакия, болезнь Крона, язвенный колит,

ВИЧ-инфекция), стресс, гормональные изменения [5–9].

К местным факторам, предрасполагающим к заболеванию и создающим условия для инвазии микробов, относят хроническую травму эпителия слизистой оболочки рта острыми краями зубов, некачественными пломбами и ортопедическими конструкциями [6, 8, 10–12].

Рецидивирующий афтозный стоматит проявляется в виде одиночных болезненных афт, округлой или овальной формы, диаметром 0,1–0,8 мм, покрытых фибриновым налетом желтовато-белого цвета с венчиком гиперемии. Иногда пациенты ощущают чувство жжения за 24–48 ч до появления элементов поражения на слизистой полости рта. Заживление афт происходит через 10–14 дней без образования рубца. Периоды ремиссии варьируются от 1–2 до 6–12 мес [12–14].

В период заживления афт на слизистой оболочке остается белесоватый, опалесцирующий участок, исчезающий бесследно в течение 7–10 дней. Такое течение характерно для пациентов с хроническим гастритом [12–14].

Другим, часто встречающимся проявлением заболеваний ЖКТ, является десквамативный глоссит – «географический язык», характеризующийся наличием на спинке языка блестящих, гладких пятен ярко-красного цвета, окруженных серо-белым ободком из нитевидных сосочков, полностью атрофированных в центре пятна. Ряд авторов показывают в своих исследованиях, что такие мигрирующие очаги десквамации эпителия могут наблюдаться у пациентов с язвенными поражениями ЖКТ [15, 16].

Десквамативные изменения на языке могут также наблюдаться при заболевании эндокринной, нервной системы, коллагенозах, глистной инвазии. Т.Н. Модина (2010 г.) отмечает, что десквамативные проявления возникают из-за трофических расстройств в подслизистом слое, которые провоцируются различными причинами – аллергией, воспалением, вегетативными нарушениями.

В некоторых случаях пациенты могут предъявлять жалобы на необычный вид языка, жжение и болезненность в языке, усиливающиеся к вечеру, горечь во рту, нарушение вкуса, что отмечается у 33% обследованных [15, 17], но чаще десквамативный глоссит не вызывает неприятных ощущений и может быть обнаружен стоматологом при осмотре.

Клинический случай 1

Пациентка Д., 42 года, обратилась к стоматологу с жалобами на болезненность при приеме пищи, разговоре, периодически появляющиеся «язвочки» на слизистой полости рта, самопроизвольно исчезающие через 7–10 дней без образования рубца. При появлении «язвочек» полоскала полость рта отваром шалфея. Впервые «язвочки» появились 8 мес назад. К стоматологу не обращалась. Из анамнеза: аллергия на антибиотики группы пенициллина, пищевая аллергия (цитрусовые),

Рис. 1. Клинический случай 1.
Fig. 1. Clinical case 1.



гипертоническая болезнь I стадии, К 81.1 Хронический холецистит.

Объективное обследование: конфигурация лица не изменена, кожные покровы не изменены в цвете, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны при пальпации.

На боковых поверхностях щек и языка отмечаются отпечатки зубов.

Индекс гигиены ОНІ-S=3 (плохой), кариозные полости и старые пломбы с нарушением краевого прилегания, вторичная адентия. Индекс КПУ=23 (К – 6, П – 12, У – 5).

На неизменной слизистой оболочке верхней губы справа визуализируется афта округлой формы, размером 0,8×0,6 мм с венчиком гиперемии по периферии, покрытая белесоватым налетом (рис. 1). При попытке удаления налета обнажилась кровоточащая поверхность. Пальпация вызвала незначительную болезненность.

Дифференциальная диагностика проводилась с травматической эрозией, хроническим рецидивирующим герпесом, вторичным сифилисом, афтой Сеттона, синдромом Бехчета.

Диагноз стоматологический: К 12.0 Рецидивирующие афты полости рта.

План лечения включал: санацию полости рта, профессиональную гигиену полости рта, местное лечение, консультацию стоматолога-ортопеда, гастроэнтеролога, дерматолога.

Местное лечение включало:

1. Профессиональную гигиену полости рта.
2. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.
3. Антисептическую обработку раствором Хлоргексидина 0,05% 2 раза в день в течение 5–7 дней.
4. Нанесение на элемент поражения геля Холисал перед приемом пищи, Солкосерил дентальной адгезивной пасты два раза в день для ускорения эпителизации в течение 5–7 дней.
5. Рекомендовано: использование флоссов, ирригатора, межзубных ершиков, зубной пасты и ополаскива-

телей. Соблюдение режима питания: пища и напитки умеренной температуры во избежание ожога, отмена горячей, острой, соленой, твердой и грубой пищи. Отказ от вредных привычек (курения, употребления спиртного, наркотиков).

Общее лечение проводил врач-гастроэнтеролог.

Жалобы пациента: умеренные, кратковременные боли в животе, тахикардия, стул оформленный 2–3 раза в сутки, иногда с примесью крови и слизи. В общем анализе крови: гемоглобин – 106 г/л; повышение СОЭ – 21 мм/ч; эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, тромбоцитоз, гипохромная анемия. Биохимический анализ крови: повышение С-реактивного белка, снижение общего белка. Маркеры вирусов: HBsAg – отрицательный, HCVAb – отрицательный.

После проведения эндоскопического исследования (колоноскопия) был поставлен диагноз: неспецифический язвенный колит.

Клинический случай 2

Пациент, 28 лет, обратился в отделение терапевтической стоматологии с жалобами на жжение и болезненность языка при приеме раздражающей пищи, красные «пятна» на языке, появившиеся 4 мес назад. Пятна периодически меняют форму и размер.

Из анамнеза: аллергические реакции отрицает, курит с 19 лет, считает себя здоровым. К врачу обращается редко.

При внешнем осмотре: конфигурация лица не изменена, кожные покровы не изменены в цвете, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны, не пальпируются.

Индекс гигиены ОНІ-S=2,5 (неудовлетворительный), значительные отложения мягких и твердых наддесневых зубных отложений, кариозные полости. Индекс КПУ=19 (К – 4, П – 12, У – 3).

На спинке языка и боковых поверхностях обнаружены пятна красного цвета различного размера и формы, с гладкой поверхностью, ограниченные белесоватой линией (рис. 2).

Для исключения кандидоза был взят соскоб со спинки языка. Обнаружены единичные клетки *Candida albicans*, не имеющие диагностического значения.

Тактика лечения включала: профессиональную гигиену полости рта, обучение индивидуальной гигиене полости рта с подбором необходимых средств (зубная паста, флоссы, ершики, ирригатор, ополаскиватели), ограничение приема раздражающей, горячей, острой, жесткой пищи, консультацию гастроэнтеролога.

Литература / References

1. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C et al. Pyostomatitis vegetans: a review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2009; 14 (3): 114–7.
2. Gürlich C, Bogenrieder T, Palitzsch KD et al. Orofacial granulomatosis as initial manifestation of Crohn's disease: a report of two cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14 (8): 873–6. DOI: 10.1097/00042737-200208000-00010
3. Jajam M, Bozzolo P, Niklander S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. *J Clin Exp Dent* 2017; 9 (10): 1242–8. DOI: 10.4317/jced.54008
4. Larsen S, Bendtzen K, Nielsen OH. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management. *Ann Med* 2010; 42 (2): 97–114. DOI: 10.3109/07853890903559724

Рис. 2. Клинический случай 2.
Fig. 2. Clinical case 2.



Диагноз стоматологический: К 14.1 «Географический» язык.

При обследовании в отделении гастроэнтерологии была проведена эзофагогастродуоденоскопия с исследованием биоптата на наличие *H. pylori*: обсемененность слабая (+), недостаточность кардии, катаральный рефлюкс-эзофагит, антральный гастрит (тип В) с очаговой атрофией, дуоденит. Клинический анализ крови: гемоглобин – 118 г/л, СОЭ – 11 мм/ч. Маркеры вирусов: HBsAg – отрицательный, HCVAb – отрицательный. КСР на сифилис – отрицательный.

Заключение

Таким образом, связь заболеваний слизистой оболочки рта и патологии внутренних органов не вызывает сомнения, что требует комплексного обследования и лечения пациентов с привлечением специалистов смежного профиля.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

5. Гаус О.В., Ахмедов В. А., Коршунов А.С. Афтозный стоматит как дебют болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019; 169 (9): 97–100. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100 [Gaus O.V., Akhmedov V. A., Korshunov A.S. Aftoznyi stomatit kak debiut bolezni Krona. Eksperimental'naiia i klinicheskaia gastroenterologiiia. 2019; 169 (9): 97–100. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100 (in Russian).]
6. Grigoriev GA, Meshalkina NYu. On the problem of systemic manifestations of inflammatory bowel diseases. Farmateka 2011; 15 (228): 14–49.
7. Logan RM. Links between oral and gastrointestinal health. Curr Opin Support Palliat Care 2010; 4 (1): 31–5. DOI: 10.1097/SPC.0b013e32833575e4
8. Akintoye SO, Greenberg MS. Recurrent aphthous stomatitis. Dent Clin North Am 2014; 58 (2): 281–97. DOI: 10.1016/j.cden.2013.12.002
9. Slebioda Z, Szponar E, Kowalska A. Etiopathogenesis of recurrent aphthous stomatitis and the role of immunologic aspects. Arch Immunol Ther Exp (Warsz) 2014; 62 (3): 205–15. DOI: 10.1007/s00005-013-0261-y
10. Ливзан М.А., Макейкина М.А., Анисимова И.В. и др. Диагностика и лечение некротически-язвенного стоматита, ассоциированного с язвенным колитом (клинический случай). Проблемы стоматологии. 2016; 12 (3): 23–7. DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-23-27 [Livzan M.A., Makeikina M.A., Anisimova I.V. et al. Diagnostika i lechenie nekroticheski-iazvennogo stomatita, assotsiirovannogo s iazvennym kolitom (klinicheskii sluchai). Problemy stomatologii. 2016; 12 (3): 23–7. DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-23-27 (in Russian).]
11. Робакидзе Н.С., Шчукина О.Б. Патогенетические аспекты поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019; 29 (4): 15–21. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-4-15-21H [Robakidze N.S., Shchukina O.B. Patogeneticheskie aspekty porazheniia polosti rta pri vospalitel'nykh zabolovaniiah kishechnika. Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2019; 29 (4): 15–21. DOI: 10.22416/1382-4376-2019-29-4-15-21N (in Russian).]
12. Mansour-Ghanaei F, Asmar M, Bagherzadeh AH, Ekbataninezhad S. Helicobacter pylori infection in oral lesions of patients with recurrent aphthous stomatitis. Med Sci Monit 2005; 11: 576–9.
13. Гализина О.А. Основные аспекты возникновения, клинических проявлений, лечения и профилактики хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Российский стоматологический журнал. 2014; 18 (6): 39–42. [Galizina O.A. Osnovnye aspekty vozniknoveniia, klinicheskikh proiavlenui, lecheniia i profilaktiki khronicheskogo retsidiviruiushchego aftoznogo stomatita. Rossiiskii stomatologicheskii zhurnal. 2014; 18 (6): 39–42 (in Russian).]
14. Kullaa-Mikkonen A. Scanning electron microscopic study of surface of human oral mucosa. Scand J Dent Res 2004; 94 (1): 50–6.
15. Косюга С.Ю., Лукных Л.М., Варванина С.Э. Клинический случай десквамативного глоссита у пациента со слабой степенью обсемененности желудка Helicobacter pylori. Клиническая стоматология. 2015; 2 (74): 10–3. [Kosiuga S.Iu., Lukinykh L.M., Varvanina S.E. Klinicheskii sluchai deskvamativnogo glossita u patsienta so slaboi stepen'iu obsemenenosti zheludka Helicobacter pylori. Klinicheskaia stomatologiiia. 2015; 2 (74): 10–3 (in Russian).]
16. Модина Т.Н., Шумский А.В., Мамаева Е.В., Железняк В.А. Диагностика и лечение различных форм десквамативного глоссита. Вестник современной клинической медицины. 2010; 1 (3): 26–32. [Modina T.N., Shumskii A.V., Mamaeva E.V., Zhelezniak V.A. Diagnostika i lechenie razlichnykh form deskvamativnogo glossita. Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny. 2010; 1 (3): 26–32 (in Russian).]
17. Галимова И.А., Усманова И.Н., Герасимова Л.П. и др. Оценка состояния слизистой оболочки рта у лиц с патологией желудочно-кишечного тракта. Уральский медицинский журнал. 2019; 9 (177): 15–9. DOI 10.25694/URMJ.2019.09.08 [Galimova I.A., Usmanova I.N., Gerasimova L.P. et al. Otsenka sostoiianiia slizistoi obolochki rta u lits s patologiei zheludochno-kishechnogo trakta. Ural'skii meditsinskii zhurnal. 2019; 9 (177): 15–9. DOI 10.25694/URMJ.2019.09.08 (in Russian).]

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Новикова Ирина Анатольевна – канд. мед. наук, доц. каф. терапевтической стоматологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: novikovastomat@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3353-5290
Irina A. Novikova – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: novikovastomat@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3353-5290

Панина Татьяна Михайловна – канд. мед. наук, врач-стоматолог отделения стоматологии Консультативно-диагностического центра ФГБОУ «НМИЦ профилактической медицины». E-mail: embuter@yandex.ru; orcid: 0000-0002-3582-8866
Tatyana M. Panina – Cand. Sci. (Med.), The Consultative and Diagnostic Center of the National Medical Research Center for Preventive Medicine. E-mail: embuter@yandex.ru; orcid: 0000-0002-3582-8866

Статья поступила в редакцию / The article received: 24.05.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 10.06.2021