

Дебют болезни Крона в полости рта. Клинический случай

С.В. Коломиец, К.А. Удальцова, В.И. Шинкевич

Кафедра последипломного образования врачей-стоматологов

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия» МОЗ Украины

ул. Шевченко, 23, г. Полтава, 36024, Украина

Crohn's disease debut in the oral cavity. Case report

S.V. Kolomiets, K.A. Udaltsova, V.I. Shinkevich

Department of postgraduate education for dentists

Higher State Educational Institution of Ukraine

“Ukrainian Medical Stomatological Academy” of the Ministry of Healthcare of Ukraine

Shevchenko Str., 23, Poltava, 36024, Ukraine

Резюме

Болезнь Крона может поражать любой отдел ЖКТ с трансмуральным воспалением, неказеозными гранулемами и трещинами. Изменения СОПР важны для диагностики болезни Крона. В статье представлен краткий обзор проявлений болезни Крона в полости рта и клинический случай: острый гнойно-некротический альвеолит, устойчивый к стандартному местному лечению, необычный географический глоссит и сухость полости рта у 42-летней пациентки с историей периодических расстройств пищеварения в ответ на некоторые продукты питания, стали точкой отсчета в диагностике болезни Крона.

Ключевые слова: проявление в полости рта болезни Крона, географический глоссит, сухость полости рта, альвеолит, орофациальные гранулёмы.

Введение. Многослойный плоский эпителий, выстилающий полость рта, часто вовлекается в патологический процесс при заболеваниях и состояниях, влияющих на ЖКТ. Системное поражение может быть иммуноопосредованным или химически опосредованным процессом. Некоторые авторы утверждают, что улучшенная гигиена полости рта может привести к иммунологическому дисбалансу и повышению склонности к аутоиммунным процессам [1].

Болезнь Крона [2] является идиопатическим заболеванием с аутоиммунным компонентом, которое может поражать ЖКТ с трансмуральным воспалением, неказеозными гранулемами и трещинами. Симптомы болезни Крона включают периодические приступы диареи, запора, боли в животе и лихорадку. У пациентов может развиваться мальабсорбция и последующее недостаточное питание, в дальнейшем могут возникать трещины или фистулы.

Поражения слизистой оболочки полости рта (СОПР) при болезни Крона встречаются у 8-29% пациентов, и могут предшествовать патологическому процессу в кишечнике. Проявления со стороны СОПР отображают повышенную вероятность развития внекишечных проявлений и могут иметь решающее значение в диагностике, совместно с одновременными кишечными проявлениями. Эти изменения могут служить маркером тяжести, но не контроля заболевания. Внекишечные симптомы распространены у пациентов с болезнью Крона и включают: артрит, деформацию пальцев в виде скручивания, сакроилеит, узловую эритему [2] и увеит [3].

Диагностика. Орофациальные симптомы болезни Крона включают отёки слизистой оболочки губ (макрохейлия), десны, или диффузный отек слизистой оболочки, участки воспалительной гиперплазии СОПР и десны в виде «бульжной мостовой», афты, теги или «метки» (персистирующие темные линейные язвы с гиперплазированными краями) и ангулярный хейлит. Неказеозные гранулемы считаются орофациальной характеристикой болезни Крона. Гранулемы в полости рта могут развиваться без патологии кишечника, и не известно поражается ли кишечник в дальнейшем, но очевидно гистологическое сходство гранулем СОПР и кишечника.

Припухлость губ, которая может быть болезненной, является наиболее частой жалобой. Изменения СОПР и десны могут приводить к затруднению приема пищи. Отечность, воспаление, язвы и трещины аналогичны поражениям ЖКТ. Гистологические исследования биопсий СОПР и ЖКТ при болезни Крона наиболее часто обнаруживают картину острого и хронического воспаления с лимфоцитарной и гигантоклеточной периваскулярной инфильтрацией и

лимфоидные фолликулы. В ряде случаев в образцах присутствуют неказеозные гранулемы. Повышенная активность кариеса и дефицит питания могут быть связаны с уменьшением выработки слюны и мальабсорбцией в ЖКТ.

Изменения СОПР обосновывают необходимость полного обследования при болезни Крона, включая направление на колоноскопию и биопсию. Поражение СОПР может предшествовать другим системным проявлениям и симптомам. При отрицательных выводах относительно поражения ЖКТ, у больных с ротовыми симптомами обследование проводят повторно. Тяжесть поражений полости рта может совпадать с тяжестью системного заболевания, и может быть использована в качестве показателя кишечных нарушений [2].

Дифференциальная диагностика при орофациальном грануломатозе включает ряд заболеваний: саркоидоз, синдром Мелькерсона-Розенталя, и, реже, туберкулез. Язвенный колит может иметь некоторые общие проявления с болезнью Крона. Тем не менее, патологический процесс ограничен слизистой оболочкой и подслизистым слоем толстой кишки, и не затрагивает мышечный слой. Поражения в толстой кишке представлены очагами кровоизлияния, изъязвления и абсцессами, и подобные поражения могут возникать в полости рта: афтозные изъязвления или поверхностные геморрагические язвы. Появление поражений СОПР совпадают с обострениями язвенного колита в толстой кишке. Афты или ангулярный стоматит развиваются у 5-10% пациентов, изъязвления могут возникать на коже ягодиц, живота, бедер и лица [4].

Цель работы – продемонстрировать проявления болезни Крона в полости рта.

Клинический случай. В клинику обратилась пациентка Т. 42 лет с жалобами на постоянную боль незаживающей лунки удаленного 3 недели назад зуба 48, неприятный запах изо рта, которые появились через неделю после удаления. Последние 3 дня боль приняла пульсирующий характер, иррадирует в ухо и висок, появились головные боли. Боли снимаются на короткое время кеторолаком, который пациентка принимает 3 недели как обезболивающее. Общее состояние ухудшилось за последние три дня, боли усилились, появилась

слабость, температура тела повысилась до 37,2°C. На протяжении этого времени пациентка получила 2 курса местного лечения альвеолита, которое заключалось в ревизии лунки 48 зуба, ее промывании хлоргексидином 0,05% и заполнении пастой на основе йодоформа, бутиловой соли двуаминобензойной кислоты и пенгхавара/Penghawar (Septodont, Франция); по 5 дней, без значительного улучшения, последняя манипуляция – 7 дней назад.

Из общих заболеваний конкретных не отмечает, на диспансерном учете не состоит. Однако, при опросе было выяснено, что пациентка имеет отклонения со стороны функций ЖКТ: боль и диарея после употребления молочнокислых продуктов, которые на данный момент пациентка избегает, и периодические боли в животе и диарея, которые пациентка связывает с употреблением неутонченных продуктов питания. К гастроэнтерологу не обращалась.

Пациентка является активным курильщиком, не принимает иных медикаментов, витаминов или пищевых добавок, кроме кеторолака, последние 3 месяца, не беременна, имеет регулярный менструальный цикл. Специфических профессиональных вредностей не отмечено: работает в магазине.

При экстраоральном обследовании выявлены слегка увеличенные, безболезненные подчелюстные лимфоузлы. Видимые кожные, слизистые покровы и красная кайма губ без особенностей.

У пациентки отсутствуют 13, 23 и 48 зубы. Все пломбы, реставрации и ортопедические конструкции соответствуют требованиям. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное: ГИ Грин-Вермильона = 2,6. Зубной камень отсутствует. При обследовании десны выявлена застойная гиперемия и кровоточивость межзубных сосочков и маргинального края, ИК по Мюллерману = 1,0. Наличие пародонтальных карманов до 5 мм, без экссудата. На ортопанораме установлен вертикальный тип деструкции костной ткани альвеолярного отростка, и уточнена степень тяжести хронического пародонтита – III (рис.1).

Рис.1

Слизистая оболочка вокруг лунки 48 гиперемирована, раневые края отечны, болезненны, лунка заполнена гнилостными массами. На прилегающей слизистой, расположены 3 афтозных элемента поражения до 4-5 мм в диаметре с

фибринозным налётом, болезненные. Слизистая оболочка щек отечна, о чем свидетельствуют отпечатки зубов на ней.

На дорсальной поверхности языка выявлен необычный плотный коричневатый неравномерный налет, который выглядел как участки гипертрофии нитевидных сосочков, плохо болезненно снимался, оставляя эрозированную кровоточащую поверхность. В передней трети языка были заметны небольшие нодулярные изменения (рис. 2). Пациентка сообщила, что налет на языке присутствует постоянно, очень давно, периодически уменьшаясь и увеличиваясь, в зависимости, от разного типа еды, и не причиняет особого дискомфорта.

Рис. 2

Вентральная поверхность языка, дно полости рта и небо – без изменений. Отмечена сухость полости рта, что подтверждено положительным «симптомом зеркала» (зеркало прилипает к слизистой оболочке щеки).

На основании данных анамнеза и объективного обследования был установлен стоматологический диагноз: Острый гнойно-некротический альвеолит лунки удаленного 48 зуба. Географический глоссит. Хронический генерализованный пародонтит III степени тяжести, ремиссия. Симптом ксеростомии.

Менеджмент. Для дополнительного обследования у пациентки взят мазок-отпечаток с языка, который показал обильный мицелярный рост *Candida*; соскоб с раневой поверхности альвеолы 48, который показал смешаную микрофлору. Общий анализ крови показал умеренный лейкоцитоз, эозинофилию и повышение СОЭ. Анализ крови на глюкозу и общий анализ мочи – без отклонений. Анализ на TORCH инфекции дал положительный результат на ЦМВ. Пациентка была направлена на консультацию к гастроэнтерологу и гинекологу, заключение последнего свидетельствовало об отсутствии патологии.

По стоматологическим показаниям пациентке в 1-й визит назначено:

- 1) кларитромицин (Украина) по 250 мг 2 раза в день, 5 дней [5, 6];
- 2) пробиотик на основе *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus delbrueckii* subsp. *bulgaricus* (Канада) по 1 капсуле 3 раза в день, 25-30 дней [7];

3) **нимесулид (Германия) по 100 мг 1-2 раза в день, 1-2 дня [8];**

4) **местно: ротовые ванночки антисептиком (состав: гексетидин 0,1 г; холина салицилат 0,5 г; хлорбутанола хемигидрат 0,25 г (Франция) после еды, 2-3 раза в день; зубная паста «ROCS Малина» (Россия).**

Второй визит назначен на 2-й день: на фоне начатой антибиотикотерапии пациентке проведен щадящий кюретаж лунки 48, обработка лунки раствором на основе повидон-йода (Венгрия); заполнение лунки клейкой десневой повязкой на основе целлюлозы (Германия). Назначен курс УФО – 5 процедур, 1 раз в день, каждый день.

Третий визит назначен через 2 дня: пациентка отметила частичное улучшение состояния: отсутствие спонтанной боли, улучшение общего состояния, но с сохранением субфебрильной температуры. Объективно отмечена эпителизация афтозных элементов, признаки заживления лунки, отсутствие гангренозного запаха изо рта. Язык остался без изменений. Для аппликаций на язык назначен комбинированный препарат на основе цеталкония хлорида и холина салицилата (Польша) 2 раза в день, после еды и перед сном 7-10 дней.

Через 5 дней после назначенного лечения пациентка почувствовала ухудшение со стороны ЖКТ. Консультация и обследование у гастроэнтеролога позволили предположить диагноз – болезнь Крона, на основании данных эндоскопического исследования (Эрозивная доуденопатия. Хронический эрозивный еюнит со сниженной восинчатостью. Флебэктазия дистальной трети подвздошной кишки. Лимфоидная гиперплазия терминального отдела подвздошной кишки) и биопсии (патогистологическое заключение: фрагменты слизистой оболочки тонкой кишки с фиброзом стромы и очаговой, умеренно выраженной лимфоидноклеточной инфильтрацией. Клинический диагноз: лимфоидная инфильтрация терминального отдела тонкой кишки. Болезнь Крона?).

Через полгода общее и стоматологическое состояние пациентки было удовлетворительным, при стоматологическом осмотре гиперкератотический налет на языке отсутствовал.

Заключение. Болезнь Крона требует лечения группой специалистов, состоящей из семейного врача, гастроэнтеролога, психолога, диетолога, стоматолога. Многопрофильный подход предусматривает участие специалистов, таких как хирурги, дерматологи, ревматологи, эндокринологи и акушер-гинекологи, которые проводят менеджмент осложнений, а также возможных неожиданных побочных эффектов терапии. Соблюдение пациентом плана лечения и обследований имеет важное значение для улучшения результатов лечения. Пациенты должны быть информированы и получать поддержку для эффективного лечения заболевания.

Таким образом, географический глоссит с гранулематозными изменениями дорсальной поверхности языка, сухость полости рта и устойчивый к местному лечению альвеолит стали ведущими изменениями со стороны полости рта, манифестировавшими болезнь Крона.

Summary

Crohn's disease debut in the oral cavity. Case report

S.V. Kolomiets PhD, K.A. Udaltsova PhD, V.I. Shinkevich PhD

Department of postgraduate education for dentists

Higher State Educational Institution of Ukraine

“Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava, Ukraine

Crohn disease can involve the entire GI tract with transmural inflammation, noncaseating granulomas, and fissures. Oral manifestations can prove crucial in diagnosis. The article provides short review of Crohn disease manifestations in oral cavity and the case report of acute suppurative necrotizing alveolitis resistant to standard topical treatment, unusual geographic glossitis and dry mouth in 42-year-old patient with history of recurrent digestive disorders in response to certain foods. That has become a reference point in the diagnosis of Crohn's disease.

Keywords: oral manifestation of Crohn's disease, geographical glossitis, dry mouth, alveolitis, orofacial granuloma.

	Литература	References
1	Singhal S, Dian D, Keshavarzian A, Fogg L, Fields JZ, Farhadi A. The role of oral hygiene in inflammatory bowel disease. <i>Dig Dis Sci</i> . 2011 Jan. 56(1):170-5. doi: 10.1007/s10620-010-1263-9. Epub 2010 May 11.	Singhal S, Dian D, Keshavarzian A, Fogg L, Fields JZ, Farhadi A. The role of oral hygiene in inflammatory bowel disease. <i>Dig Dis Sci</i> . 2011 Jan. 56(1):170-5. doi: 10.1007/s10620-010-1263-9. Epub 2010 May 11.
2	Casiglia J.M., Elston D.M., Mirowski G.W., Eisen D. Oral Manifestations of Systemic Diseases / <i>Medscape Drugs & Diseases</i> . Updated: Mar 22, 2013. [http://emedicine.medscape.com/article/1081029-overview#a1].	Casiglia J.M., Elston D.M., Mirowski G.W., Eisen D. Oral Manifestations of Systemic Diseases / <i>Medscape Drugs & Diseases</i> . Updated: Mar 22, 2013. [http://emedicine.medscape.com/article/1081029-overview#a1].
3	Awotesu O , Missotten T , Pitcher MC , Lynn WA , Lightman S . Uveitis in a patient receiving rifabutin for Crohn's disease. <i>J R Soc Med</i> . 2004 Sep; 97(9): 440–441. doi: 10.1258/jrsm.97.9.440 .	Awotesu O , Missotten T , Pitcher MC , Lynn WA , Lightman S . Uveitis in a patient receiving rifabutin for Crohn's disease. <i>J R Soc Med</i> . 2004 Sep; 97(9): 440–441. doi: 10.1258/jrsm.97.9.440 .
4	Handlers JP. Oral manifestations of gastrointestinal disease. <i>J Calif Dent Assoc</i> . 1999 Apr. 27(4):311-7. [Medline] .	Handlers JP. Oral manifestations of gastrointestinal disease. <i>J Calif Dent Assoc</i> . 1999 Apr. 27(4):311-7. [Medline] .
5	Карпов О.И. Макролиды: новая парадигма – фармакодинамика/иммуномодуляция. <i>Клиническая фармакология и терапия</i> . 2005; 14 (5). Доступно по: http://medi.ru/DOC/1475187.htm . Ссылка активна на 6.06.16	Karpov O.I. Makrolidy: novaya paradigma – farmakodinamika/immunomodulyatsiya. <i>Klinicheskaya farmakologiya i terapiya</i> . 2005; 14 (5). (In Russ.). Available at: http://medi.ru/DOC/1475187.htm .
6	R. Gonzalez-Martinez, I. Cortell-Ballester, JM. Herraез-Vilas, JM. Arnau-de Bolos, C. Gay-Escoda Antibiotic prescription in the treatment of odontogenic infection by health professionals: A factor to consensus. <i>Med Oral Patol Oral Cir Bucal</i> . 2012 May; 17(3): e452–e456. doi: 10.4317/medoral.17504	R. Gonzalez-Martinez, I. Cortell-Ballester, JM. Herraез-Vilas, JM. Arnau-de Bolos, C. Gay-Escoda Antibiotic prescription in the treatment of odontogenic infection by health professionals: A factor to consensus. <i>Med Oral Patol Oral Cir Bucal</i> . 2012 May; 17(3): e452–e456. doi: 10.4317/medoral.17504
7	Yang R, Argimon S, Li Y, Gu H , Zhou X , Caufield PW . Determining the genetic diversity of lactobacilli from the oral cavity. <i>J Microbiol Methods</i> . 2010	Yang R, Argimon S, Li Y, Gu H , Zhou X , Caufield PW . Determining the genetic diversity of lactobacilli from the oral cavity. <i>J Microbiol Methods</i> . 2010

	Aug;82(2):163-9. doi: 10.1016/j.mimet.2010.05.010.	Aug;82(2):163-9. doi: 10.1016/j.mimet.2010.05.010.
8	Мазур И.П. Ставская Д.М. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в пародонтологии. <i>Современная стоматология</i> . 2015;76(3):30-37. Доступно по: irbis-nbuv.gov.ua [PDF]. Ссылка активна на 6.06.16	Mazur I., Stavska D. Therapeutic uses of non-steroidal anti-inflammatory drugs in periodontology. <i>Sovremennaya stomatologiya</i> . 2015; 76 (3):30-37. (In Russ.). Available at: irbis-nbuv.gov.ua [PDF]

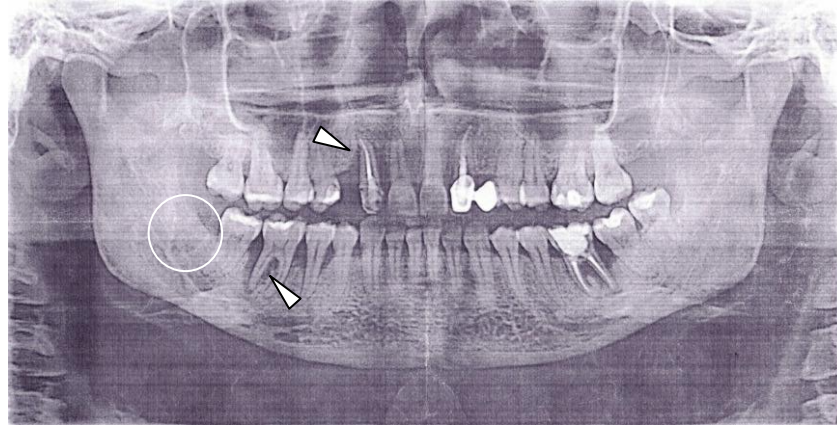


Рис. 1. Ортопанорама пациентки Т.: обозначена лунка удаленного 48 зуба (круг); поражение фуркаций 36, 46 зубов и костные карманы (стрелки).

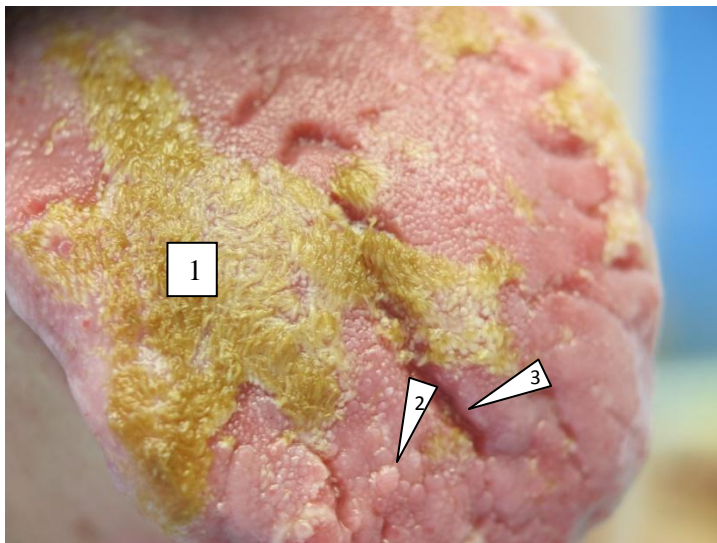


Рис. 2. Вид дорсальной поверхности языка пациентки Т. в день обращения: 1- гиперкератотический налет; 2- нодулярные изменения; 3- естественные складки языка.

