

УДК [616.31:616.348]-002-07-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕКРОТИЧЕСКИ-ЯЗВЕННОГО СТОМАТИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ (Клинический случай)

**Ливзан М. А., Макейкина М. А., Анисимова И. В., Недосеко В. Б.,
Ломиашвили Л. М.**

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Омск, Россия

Резюме

Известно, что язвенный колит (ЯК) – хроническое заболевание воспалительной природы с эрозивно-геморрагическими и язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки. Одним из наиболее частых внекишечных проявлений при язвенном колите являются поражения слизистой оболочки полости рта, которые встречаются у 15-20% больных с данным заболеванием.

В статье на примере конкретного клинического случая рассмотрен вариант, при котором диагностирована природа поражения некротически-язвенным стоматитом слизистой оболочки полости рта, ассоциированного с язвенным колитом.

Рассмотрена динамика хронических поражений слизистой оболочки рта и кишечника у пациента в процессе лечения. Комплексный подход к диагностике хронического заболевания, назначение пациенту своевременного эффективного лечения для одновременного купирования воспаления в слизистых оболочках кишечника и полости рта позволили получить позитивный функциональный результат.

Ключевые слова: *язвенный колит, некротически-язвенный стоматит, месалазин, преднизолон.*

Адрес для переписки:

Ливзан Мария Анатольевна
ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России
644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12
Тел. 8-913-645-60-98
E-mail: mlivzan@yandex.ru

Correspondence address:

Livzan Maria Anatolievna
Omsk State Medical University of the Ministry of Health of Russia
644099, Omsk, Lenina str., 12
Phone: 8-913-645-60-98
E-mail: mlivzan@yandex.ru

Образец цитирования:

Ливзан М. А., Макейкина М. А., Анисимова И. В., Недосеко В. Б., Ломиашвили Л. М.
«Диагностика и лечение некротически-язвенного стоматита, ассоциированного с язвенным колитом (клинический случай)».
Проблемы стоматологии, 2016, Т. 12, № 3. С. 23-27.
doi: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-23-27
© Ливзан М. А. и соавт., 2016

For citation:

Lizvan M. A., Makeikina M. A., Nedoseko V. B., Lomiachvili L. M., Anisimova I. V.
«Diagnosis and treatment of necrotic-ulcerative stomatitis, associated with ulcerative colitis (case report)».
The actual problems in dentistry,
2016. Vol. 12, № 3, pp. 23-27
DOI: 10.18481/2077-7566-2016-12-3-23-27

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF NECROTIC-ULCERATIVE STOMATITIS, ASSOCIATED WITH ULCERATIVE COLITIS (Case report)

Lizvan M.A., Makeikina M.A., Nedoseko V.B., Lomiachvili L.M., Anisimova I.V.

Omsk State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russia, Omsk, Russian Federation

The summary

It is known that ulcerative colitis (UC) – a chronic disease with an inflammatory nature, hemorrhagic erosive and ulcerative mucosal destructive changes in the rectum and colon.

One of the most common extra-intestinal manifestations in ulcerative colitis are lesions of the oral mucosa, which occur in 15 to 20% of patients with this disease. In the article on the example of a particular clinical case is considered an option, in which the nature of the lesion is diagnosed necrotic-ulcerative stomatitis oral mucosa associated with ulcerative colitis. The article discusses the dynamics of chronic lesions of oral mucosa and intestine of the patient during treatment. An integrated approach to the diagnosis of a chronic disease, administering to the patient a timely effective treatment for the simultaneous relief of inflammation in the mucous membranes of the intestines and mouth, yielded a positive functional result.

Keywords: *ulcerative colitis, necrotizing ulcerative stomatitis, mesalazine, prednisone.*

Актуальность исследования

Клинические проявления язвенного колита (ЯК) обусловлены не только поражением слизистой оболочки толстой кишки и, как следствие, кишечной симптоматикой, но и системными (внекишечными) проявлениями. Выделяют три группы внекишечных проявлений. Первые из них – это поражения кожи и слизистых оболочек (узловатая эритема, гангренозная пиодермия, афтозный стоматит), глаз (эписклерит, увеит, иридоциклит), суставов (периферический артрит). Ко второй группе относятся сакроилеит, анкилозирующий спондилоартрит, первичный склерозирующий холангит, их возникновение ассоциировано с гаплотипом системы гистосовместимости HLAB27 и не зависит от длительности и тяжести ЯК [3]. Последняя группа является последствиями хронического воспаления и мальабсорбции: стеатогепатит, анемия, желчно-каменная болезнь, мочекаменная болезнь [1, 5, 6]. Проявления, относящиеся к первой группе, связаны с активностью воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки, обратимы и исчезают по мере снижения активности ЯК. Тогда как связь вторых с активностью процесса в кишечнике данными литературы не подтверждается [5, 7, 9].

Одним из наиболее частых внекишечных проявлений при ЯК являются поражения слизистой оболочки полости рта, которые встречаются

у 15-20% больных с данным заболеванием [5]. По данным литературы, основная причина, определяющая возникновение язв на слизистой оболочке рта, – это наличие системного воспалительного процесса в организме. К дополнительным факторам относят дефицит железа, фолиевой кислоты и витамина B12, недостаточную выработку иммуноглобулина А. Местным фактором, предрасполагающим к заболеванию и создающим условия для инвазии микробов, может служить нарушение целостности эпителия слизистой оболочки рта острыми краями зубов, некачественными пломбами и ортопедическими конструкциями. Токсико-аллергический компонент развития местных проявлений на слизистой оболочке ротовой полости при язвенном колите не доказан. Учитывая предполагаемый генез изменений со стороны ротовой полости при язвенном колите, терапия, направленная на купирование активности воспаления в слизистой оболочке толстой кишки, способствует заживлению афт на слизистой оболочке ротовой полости, а наличие эффективной поддерживающей терапии способствует профилактике стоматита, гингивита. Применение для лечения ЯК препаратов 5-аминосалициловой кислоты совместно с системными глюкокортикостероидами способствовало заживлению дефектов эпителия слизистой оболочки рта у 50% больных. У другой половины пациентов, вероятно, требу-

ется более мощная иммуносупрессивная терапия с дополнительной коррекцией дефицита железа, витаминов, санацией полости рта [5, 8, 9].

Цель работы

На примере конкретного клинического случая продемонстрировать возможности исследования причины некротически-язвенного стоматита, ассоциированного с язвенным колитом, и комплексного лечения.

Материал и методы исследования

Женщина П., 56 лет, направлена стоматологом на прием к гастроэнтерологу кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ОГМУ. При обращении жалобы на болезненные высыпания полости рта, губ, отечность, кровоточивость десен, усиливающуюся при приеме твердой, жидкой пищи, чувство жжения. При расспросе стул 3-4 раза в день кашицеобразный с небольшим количеством слизи, без видимой крови в кале, вздутие и урчание в животе умеренного характера.

Из анамнеза заболевания около полугода назад появились чувство жжения в ротовой полости, болезненные высыпания, отечность слизистой оболочки полости рта. Обратилась за медицинской помощью к стоматологу, выставлен диагноз некротически-язвенного стоматита. Назначено лечение местными антисептиками в виде ротовых ванночек 0,05% водного раствора хлоргексидина биглюконата 2 раза в день, время экспозиции – 1-2 минуты в течение 7 дней; с метронидазолом 250 мг на 100 мл. Внутрь метронидазол 500 мг 3 раза в день перорально 7 дней; супрастин – 25 мг 1 таблетка на ночь в течение 7 дней. Тиосульфат натрия 30% – 10 мл в/в 1 раз в день в течение 10 дней. Затем 10-дневный курс местного лечения комбинированным препаратом противомикробного и противовоспалительного действия гелем холина салицилата в виде аппликаций на измененные участки слизистой оболочки рта. На фоне проводимого лечения улучшения не отмечалось. Сохранялись высыпания и отечность слизистой оболочки рта. Ввиду отсутствия эффекта от местного лечения неоднократно проводился посев со слизистой ротовой полости, выделялись условно-патогенная бактериальная флора, *Candida albicans*. На фоне лечения препаратами с противомикробным и противогрибковым действием четкого положительного эффекта не отмечалось. По этой причине проводилась биопсия слизистой

оболочки полости рта с целью исключения онкологической патологии, микроскопически были выявлены признаки неспецифического воспаления слизистой оболочки полости рта. В связи с чем сотрудниками кафедры терапевтической стоматологии ОГМУ пациентка была направлена на консультацию к гастроэнтерологу.

При расспросе дополнительно из анамнеза заболевания в течение 10 лет страдает ЯК с левосторонним поражением толстой кишки. На фоне прогрессирования местной симптоматики со стороны слизистой оболочки полости рта кишечные симптомы проявлялись в виде кашицеобразного стула до 3-4 раз в день с небольшим количеством слизи, без видимой крови, вздутия и урчания в животе умеренного характера. Базисную терапию препаратами 5-аминосалициловой кислоты получала нерегулярно: как правило, 1 раз в год, только при учащении стула. Длительность терапии составляла не более 4-6 недель. Пациентка самостоятельно прекращала лечение после нормализации стула. Противорецидивного поддерживающего лечения по поводу ЯК на протяжении всего анамнеза заболевания пациентка не получала.

Объективно состояние удовлетворительное, ИМТ 20,5 кг/м², кожные покровы бледные, при внешнем осмотре отмечается левосторонняя асимметрия лица в результате отека мягких тканей щеки и губы слева. В полости рта слизистая оболочка гиперемированная, отечная, рыхлая. На фоне гиперемии и отека слизистой оболочки в различных отделах рта имеются множественные язвенные поражения, покрытые толстым некротическим налетом серо-желтого цвета. На боковых поверхностях языка и слизистой оболочке щек визуализируются отпечатки зубов. Отмечается дефект зубного ряда из-за отсутствия 3.5 зуба. В 3.8 имеется пломба с дефектом и со щечной поверхности коронки пальпируются острые края 3.8 зуба. Гигиеническое состояние полости рта неудовлетворительное. Выражены явления генерализованного некротически-язвенного гингивита (рис. 1, 2). Регионарные поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены, подвижны, слабо болез-



Рис. 1, 2. Изменения слизистой оболочки полости рта до лечения

ненные при пальпации. Со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы изменений нет. При пальпации нисходящий отдел ободочной и сигмовидной кишки чувствительны, вздуты.

В ходе обследования в общем анализе крови отмечается гипохромная анемия легкой степени (гемоглобин 105 г/л), показатели биохимического анализа крови в пределах нормы. По результатам копрограммы количество лейкоцитов 5-8-10 в поле зрения, эритроцитов – 5-7-8 в поле зрения, обнаружен мицелий гриба. Содержание трансферрина кала в норме, гемоглобина кала умеренно повышено.

Проведен посев кала, раневого отделяемого из ротовой полости и с учетом чувствительности выявленной микробно-грибковой контаминации кишечника и ротовой полости назначена терапия метронидазолом 500 мг 3 р/д, ципрофлоксацином 500 мг 2 р/д в течение 10 дней, флуконазолом 150 мг/сут 21 день. Назначена базисная терапия ЯК месалазином в дозе 4 гр/сут *per os* и 1 гр/сут *per rectum* [2, 3].

Дополнительно рекомендовано исследование на вирусы в слизистой оболочке полости рта. В мазке из зева методом полимеразной цепной реакции обнаружен вирус Эпштейна-Барр. Пациентка осмотрена инфекционистом, рекомендовано лечение изопринозином 500 мг по 2 таблетки 3 раза в день в течение 30 дней.

На фоне вышеуказанного комплексного лечения в течение 4 недель отмечалась частичная положительная динамика в ротовой полости: чувство жжения, болезненность стали менее выраженными, немного уменьшилась отечность слизистой оболочки полости рта.

Для оценки активности воспалительного процесса в толстой кишке и коррекции базисной терапии через 8 недель от начала лечения месалазином в дозе 4 гр/сут *per os* и 1 гр/сут *per rectum* проведено эндоскопическое исследование кишечника, где отмечено поражение до селезеночного угла, степень эндоскопической активности слабая.

Вопреки ожидаемой активности воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой

кишки, поражение слизистой оболочки полости рта значительно преобладало по выраженности, вероятно, это обусловлено длительностью анамнеза некротически-язвенного стоматита в отсутствии эффективной терапии, контаминацией условно-патогенной и патогенной бактериальной, грибковой, вирусной флорой.

После получения результатов эндоскопии, морфологического исследования биоптата слизистой оболочки толстой кишки, санации полости рта антибактериальными средствами и антимикотиками, а также на фоне лечения изопринозином пациентке дополнительно к базисной терапии месалазином был назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут совместно с пантопразолом 20 мг/сут для профилактики эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны [4].

На фоне базисной терапии глюкокортикостероидами, месалазином и пробиотиками пациентка почувствовала улучшение через 7 дней: значительно уменьшились отек, размеры дефектов эпителия. Через 21 день от начала приема преднизолона целостность слизистой оболочки ротовой полости восстановилась, отека и гиперемии нет. При осмотре отмечаются участки разрастания слизистой оболочки рта (участки гиперплазии эпителия), бледно-розового цвета (рис. 3, 4).

На фоне лечения преднизолоном при контрольном анализе исследования содержимого кала на грибковую флору высеялась *Candida kefirii*, назначен итраконазол в дозе 400 мг/сут 21 день.

Заключение

У пациентки П., 56 лет, отсутствие поддерживающей терапии ЯК на протяжении многих лет, несмотря на периоды клинического благополучия, определяло хроническое непрерывное течение заболевания с формированием воспалительных полипов – маркеров хронизации воспаления в слизистой оболочке толстой кишки. Отсутствие противорецидивной терапии основного заболевания привело к прогрессированию неспецифического воспалительного процесса в слизистой оболочке рта, формированию гиперплазии эпителия в виде утолщения слизистой, травме слизистой оболочки рта и в последующем к развитию некротически-язвенного стоматита.

Проявления на слизистой оболочке, как и другие внекишечные проявления при ЯК, требуют назначения не только местной неспецифической терапии, но и базисного лечения основного заболевания, так как выраженность данных проявлений напрямую зависит от активности



Рис. 3, 4. Изменения слизистой полости рта на фоне лечения (в динамике через 3 недели от начала приема месалазина и преднизолона)

воспалительного процесса в слизистой оболочке толстой кишки. Преимущество и содружество врачей (гастроэнтеролога и стоматолога)

позволяют добиться положительного результата в лечении и повысить качество жизни данных пациентов.

Литература

1. Григорьева, Г.А. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Г.А. Григорьева, Н.Ю. Мешалкина // Фарматека. – 2014. – № 15. – С. 44-49.
2. Ливзан, М.А. Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения / М.А. Ливзан, М.А. Макейкина // Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2010. – № 2. – С. 60-65.
3. Ливзан, М.А. Неспецифический язвенный колит: генетика иммунного ответа / М.А. Ливзан, М.А. Макейкина // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2012. – № 1. – С. 28-33.
4. Ливзан, М.А. Язвенная болезнь: современные подходы к диагностике и терапии / М.А. Ливзан, М.Б. Костенко // Лечащий врач. – 2010. – № 7. – С. 20-24.
5. Мацукатова, Б.О. Системные проявления хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей / Б.О. Мацукатова, С.И. Эрпес, М.А. Ратникова // РЖГГК. – 2009. – № 19. – С. 65-69.
6. Daley, T.D. Oral manifestations of gastrointestinal diseases / T.D. Daley, J.E. Armstrong // Can J Gastroenterol. – 2007. – № 21 (4). – P. 241-244.
7. Karthik, R. Oral adverse effects of gastrointestinal drugs and considerations for dental management in patients with gastrointestinal disorders / R. Karthik // Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences. – 2012. – № 4 (2). – P. 239-241.
8. Lankarani, K.B. Oral manifestation in inflammatory bowel disease / K.B. Lankarani, G.R. Sivandzadeh, S. Hassanpour // A review World Journal of Gastroenterology. – 2013. – № 19 (46). – P. 8571-8579.
9. Preeti, L. Recurrent aphthous stomatitis / L. Preeti, K. Rajkumar, R. Karthik // J Oral Maxillofac Pathol. – 2011. – № 15 (3). – P. 252-256.

References

1. Grigorieva, G.A. On the problem of systemic manifestations of inflammatory bowel disease / G.A. Grigorieva, N.Y. Meshalkina // Farmateka. – 2014. – № 15. – P. 44-49.
2. Livzan, M.A. Inflammatory bowel disease: modern aspects of diagnosis and treatment / M.A. Livzan, M.A. Makeykina // Gastroenterology. Supplement to the journal Consilium Medicum. – 2010. – № 2. – P. 60-65.
3. Livzan, M.A. Ulcerative colitis: the genetics of the immune response / M.A. Livzan, M.A. Makeykina // Clinical prospects of gastroenterology, hepatology. – 2012. – № 1. – P. 28-33.
4. Livzan, M.A. Peptic ulcer disease: modern approaches to diagnosis and therapy / M.A. Livzan, M.B. Kostenko // Therapist. – 2010. – № 7. – P. 20-24.
5. Matsukatova, B.O. Systemic manifestations of chronic inflammatory bowel disease in children / B.O. Matsukatova, S.I. Erpes, M.A. Ratnikova // РЖГГК. – 2009. – № 2. – P. 65-69.
6. Daley, T.D. Oral manifestations of gastrointestinal diseases / T.D. Daley, J.E. Armstrong // Can J Gastroenterol. – 2007. – № 21 (4). – P. 241-244.
7. Karthik, R. Oral adverse effects of gastrointestinal drugs and considerations for dental management in patients with gastrointestinal disorders / R. Karthik // Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences. – 2012. – № 4 (2). – P. 239-241.
8. Lankarani, K. Oral manifestation in inflammatory bowel disease / K. B. Lankarani, G. R. Sivandzaden, S. Hassanpour // A review World Journal of Gastroenterology. – 2013. – № 19 (46). – P. 8571-8579.
9. Preeti, L. Recurrent aphthous stomatitis / L. Preeti, K. Rajkumar, R. Karthik // J Oral Maxillofac Pathol. – 2011. – № 15 (3). – P. 252-256.

Авторы:

Ливзан М. А., д. м. н., профессор, проректор по науке ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Омск)
Макейкина М. А., к. м. н., ассистент кафедры факультетской терапии с курсом профессиональных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Омск)
Анисимова И. В., к. м. н., ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Омск)
Недосеко В. Б., д. м. н., профессор кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Омск)
Ломиашивили Л. М., д. м. н. профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России (г. Омск)

Authors:

Lizvan M. A., MD, Professor, Vice Rector for Research, Head of the Department of Prosthetic Dentistry of the Omsk State Medical University of the Ministry of Health care of the Russian Federation (Omsk)
Makeikina M. A., assistant of the chair of Faculty Therapy with the course of occupational diseases, Omsk State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russian Federation (Omsk)
Anisimova I. V., Candidate of Medicine, assistant at the chair of Therapeutic Dentistry of the Omsk State Medical University of the Ministry of Health care of the Russian Federation (Omsk)
Nedoseko V. B., MD, professor of the chair of Therapeutic Dentistry of the Omsk State Medical University of the Ministry of Health care of the Russian Federation (Omsk)
Lomiashvili L. M., MD, professor, Head of the Department of the Therapeutic Dentistry of the Omsk State Medical University of the Ministry of Health care of the Russian Federation (Omsk)

Поступила 22.08.2016
Принята к печати 25.08.2016

Received 22.08.2016
Accepted 25.08.2016



95th
ANNIVERSARY

Tooth Mousse и MI Paste Plus от GC.

Реминерализующие защитные кремы
с тройной пользой.
Укрепляют. Защищают. Восстанавливают.

Поддерживают нейтральный кислотный баланс в полости рта,
препятствуют деминерализации дентина и эмали и способствуют
их реминерализации.



Часть программы
по Минимальной Интервенции
компании GC.



реклама

Официальный импортер и дистрибьютор
продукции Джи Си в России:
Стоматологический центр «Крафтвэй Фарма»



Тел.: 8-800-100-100-9
(бесплатные звонки из любого региона)
Москва, 3-я Мытищинская ул., 16.
www.kraftwaydental.ru (495) 232-69-33

GC EUROPE N.V.
GCEEO
Tel. +385.1.46.78.474
info@eoo.gceurope.com
russia@eoo.gceurope.com
www.eoo.gceurope.com

'GC.'

Защищено от подделывания программой
«Проверка подлинности товара»



Обращайте внимание на наличие стикера на упаковке!
Подробная информация на www.kraftwaydental.ru