

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-96-104

УДК 616.31

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПТИЧЕСКИХ СИСТЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Артемьев Н. А., Кропотина А. Ю., Лобода Е. С., Орехова Л. Ю.,
Коробкин Н. С., Силина Э. С., Ермаева Е. А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова,
г. Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Актуальность. Тяжелые заболевания кишечника, к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит, отличаются хроническим рецидивирующими течением, высокой частотой осложнений, неблагоприятным прогнозом, длительной лекарственной терапией и проявлениями в полости рта, такими как высокий уровень кариозного процесса, некариозные поражения второй группы (повышенная стираемость, клиновидные дефекты, эрозии эмали), гингивит, пародонтит, обильный налет на языке и травматизация слизистой оболочки. Эти особенности создают сложности при проведении качественной профессиональной гигиены, требуя максимальной атравматичности и точности от врача-стоматолога.

Цель — подбор средств индивидуальной гигиены полости рта и разработка рекомендаций по использованию увеличительной техники при проведении профессиональной гигиены рта у пациента с хроническими заболеваниями кишечника (болезнь Крона).

Методология. В представленном клиническом случае у пациента с болезнью Крона в стадии обострения был разработан и применен протокол профессиональной гигиены с комбинированным использованием трех оптических систем, что позволило эффективно снять поддесневые отложения без травматизации и болезненного растяжения чувствительной слизистой оболочки полости рта. Параллельно была скорректирована индивидуальная гигиена с использованием скребка для языка, увлажняющих и противовоспалительных средств.

Результаты. После проведенного лечения наблюдается значительное улучшение показателей индексов гигиены ($OHI-S = 0,5$, $WTC = 2$), отсутствие кровоточивости десен (индекс $SBI = 0$), сухость слизистой оболочки, отсутствие воспаления в тканях пародонта.

Выводы. Разработанные рекомендации по применению оптических систем являются ключевыми для проведения эффективной, щадящей профессиональной гигиены у пациентов с болезнью Крона и обеспечивают значительный визуальный контроль и минимальную травматизацию слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: болезнь Крона, эндоскоп, операционный микроскоп, бинокулярные лупы, профессиональная гигиена

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов

Никита Андреевич АРТЕМЬЕВ ORCID ID 0000-0001-8407-7598

Ассистент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
kut.tm@mail.ru

Анна Юрьевна КРОПОТИНА ORCID ID 0000-0001-6376-3054

к.м.н., доцент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
kropotina.a@yandex.ru

Екатерина Сергеевна ЛОБОДА ORCID ID 0000-0003-1094-7209

к.м.н., доцент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
dr_ekaterinaloboda@mail.ru

Людмила Юрьевна ОРЕХОВА ORCID ID 0000-0002-8026-0800

д.м.н., профессор, заведующая кафедрой стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
prof_orekhova@mail.ru

Никита Сергеевич КОРОБКИН ORCID ID 0009-0007-4548-6015

Старший лаборант кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
korobkin.2000@mail.ru

Эльвира Сергеевна СИЛИНА ORCID ID 0000-0002-5977-9173

к.м.н., доцент кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
elruzza@mail.ru

Екатерина Анатольевна ЕРМАЕВА ORCID ID 0009-0000-5983-5406

Старший лаборант кафедры стоматологии терапевтической и пародонтологии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия
katerinaermaeva@mail.ru

Адрес для переписки: Никита Андреевич АРТЕМЬЕВ

197101, г. Санкт-Петербург, Петроградская наб., д. 44, кафедра стоматологии терапевтической и пародонтологии
+7 (953) 159-38-80
kut.tm@mail.ru

Образец цитирования:

Артемьев Н. А., Кропотина А. Ю., Лобода Е. С., Орехова Л. Ю., Коробкин Н. С., Силина Э. С., Ермаева Е. А
ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ОПТИЧЕСКИХ СИСТЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ). Проблемы стоматологии. 2025; 4: 96-104.

© Артемьев Н. А. и др., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-96-104

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-96-104

FEATURES OF PERFORMING PROFESSIONAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE USING OPTICAL SYSTEMS (CLINICAL CASE)

Artemyev N.A., Kropotina A.Yu., Loboda E.S., Orekhova L.Yu., Korobkin N.S., Silina E.S., Ermaeva E.A.

First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Relevance. Severe intestinal diseases, which include Crohn's disease and ulcerative colitis, are characterized by a chronic recurrent course, a high rate of complications, an unfavorable prognosis, prolonged drug therapy and manifestations in the oral cavity, such as a high level of carious process, non-carious lesions of the second group (increased abrasion, wedge-shaped defects, enamel erosions), gingivitis, periodontitis, plentiful plaque on the tongue and mucosal trauma. These features create difficulties in conducting high-quality professional hygiene, requiring maximum atraumatism and accuracy from the dentist.

Objective. To select personal oral hygiene products and develop recommendations for using magnification techniques during professional oral hygiene procedures in patients with chronic intestinal diseases (Crohn's disease).

Methodology. In the presented clinical case, a patient with Crohn's disease in an exacerbation stage was treated with a protocol for professional hygiene using a combined approach with three optical systems. This approach allowed effective removal of subgingival deposits without traumatizing or causing painful stretching of the sensitive oral mucosa. Simultaneously, individual hygiene was adjusted using a tongue scraper and moisturizing and anti-inflammatory agents.

Results. Following the treatment, a significant improvement in hygiene indices was observed ($OHI-S = 0.5$, $WTC = 2$), with no bleeding on probing (SBI index = 0), no dry mucous membranes, or inflammation in the periodontal tissues.

Conclusions. The developed recommendations for the use of optical systems are key for conducting effective, gentle professional hygiene procedures in patients with Crohn's disease. They provide significant visual control and minimal trauma to the oral mucosa.

Keywords: Crohn's disease, endoscope, surgical microscope, binocular magnifiers, professional hygiene

The authors declare no conflict of interest

Nikita A. ARTEMYEV ORCID ID 0000-0001-8407-7598

*Assistant of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
kut.tm@mail.ru*

Anna Yu. KROPOTINA ORCID ID 0000-0001-6376-3054

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
kropotina.a@yandex.ru*

Ekaterina S. LOBODA ORCID ID 0000-0003-1094-7209

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
dr_ekaterinaloboda@mail.ru*

Lyudmila Yu. OREKHOVA ORCID ID 0000-0002-8026-0800

*Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
prof_orekhova@mail.ru*

Nikita S. KOROBKIN ORCID ID 0009-0007-4548-6015

*Senior Laboratory Technician of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
korobkin.2000@mail.ru*

Elvira S. SILINA ORCID ID 0000-0002-5977-9173

*PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
elruzza@mail.ru*

Ekaterina A. ERMAEVA ORCID ID 0009-0000-5983-5406

*Senior Laboratory Technician of the Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry, First Saint Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
katerinaermaeva@mail.ru*

Correspondence address: Nikita A. ARTEMYEV

*197101, Saint Petersburg, Petrogradskaya Embankment, Building 44, Department of Therapeutic and Periodontal Dentistry
+7 (953) 159-38-80
kut.tm@mail.ru*

For citation:

Artemyev N.A., Kropotina A.Yu., Loboda E.S., Orekhova L.Yu., Korobkin N.S., Silina E.S., Ermaeva E.A.

FEATURES OF PERFORMING PROFESSIONAL ORAL HYGIENE IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE USING OPTICAL SYSTEMS (CLINICAL CASE).

Actual problems in dentistry. 2025; 43: 96-104. (In Russ.)

© Artemyev N.A. et al., 2025

DOI: 10.18481/2077-7566-2025-21-4-96-104

Received 24.12.2025. Accepted 20.01.2026

Введение

Среди людей всех возрастных категорий широко распространена патология органов пищеварения. Несмотря на многочисленные научные исследования, она не имеет тенденции к снижению. Максимальная распространность болезни Крона в мире в настоящее время составляет 322 человека на 100000 населения (в Европе), а заболеваемость в разных регионах колеблется в интервале от 0,3 до 20,2 на 100000 населения [1, 2].

При этом полость рта имеет анатомическую и физиологическую близость, общность иннервации и гуморального иммунитета с другими отделами желудочно-кишечного тракта.

Тяжелые заболевания кишечника, к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит, отличаются хроническим рецидивирующими течением, высокой частотой осложнений, неблагоприятным прогнозом, длительной лекарственной терапией и проявлениями в полости рта.

В настоящее время этиология и патогенез этих заболеваний не выяснены полностью. По данным литературы на первом месте в этиологии этих заболеваний у больных этой группы рассматриваются расстройства иммунной системы, сочетающиеся с нарушением основных звеньев гомеостаза [3–5]. Отмечается высокая связь оральных бактерий при пародонтите, мигрирующих в кишечник, с тяжестью воспалительных заболеваний кишечника, за счет нарушения иммунной толерантности из-за транслокации бактерий [6]. У пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в слюне повышена доля *Proteobacteria* и снижено разнообразие микробиома. Уровень IgA в слюне коррелирует с активностью колита.

Многие авторы отмечают высокую стоматологическую заболеваемость на фоне воспалительных заболеваний кишечника, в том числе часто возникающие воспалительные процессы в пародонте и слизистой оболочке полости рта [7, 8].

Пациенты с воспалительными заболеваниями кишечника имеют в 3 раза выше риск пародонтита. Глубина пародонтальных карманов более 4 мм ассоциирована с частотой рецидивов воспалительных заболеваний кишечника [9].

На фоне синдрома раздраженного кишечника, болезни Крона и язвенного колита выявлено высокое содержание микроплазм, вируса герпеса, цитомегалии, Эпштейна-Барра, Коксаки А и Б в букальном соскобе [10, 11].

Описаны первичные и вторичные проявления неспецифического язвенного колита и болезни Крона в полости рта. У пациентов с болезнью Крона и заболеваниями толстого кишечника отмечены изменения красной каймы губ различного характера, при этом обнаружена корреляционная связь с тяжестью этих заболеваний. Кроме этого выявлены хронический катаральный стоматит, афтозные поражения слизистой оболочки рта, плотный коричневый или желтый налет на дорзальной поверхности языка, отечность слизистой оболочки и симптомы воспалительных заболеваний пародонта [12, 13].

У пациентов с заболеваниями толстого кишечника также высокий уровень кариозного процесса, встреча-

ются все виды некариозных поражений второй группы (повышенная стираемость, клиновидные дефекты, эрозии эмали), при этом у пациентов с болезнью Крона процент таких поражений значительно выше.

Многие авторы утверждают о появлении вначале изменений в полости рта, а затем кишечной симптоматики. Этот факт дает возможность прогноза некоторых заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе болезни Крона и язвенного колита [14, 15].

Ряд оральных симптомов при заболеваниях кишечника достаточно специфичны (особенно у детей) и легко диагностируемы, но встречаются и неспецифичные симптомы, характерные для других заболеваний, связанных с приемом лекарственных препаратов, дефицита питательных веществ, диетическими ограничениями. Из специфических симптомов выделяют линейные язвы с приподнятыми краями (результат гиперплазии эпителия), не связанные с изменениями в диете или средствами гигиены, диффузный гингивит (отек, гиперемия и гиперплазия десны) [16, 17]. Эти симптомы встречаются на слизистой оболочке рта (щек и ретромолярной области), при этом она приобретает вид «булыжной мостовой». При тяжелом течении болезни возникают глубокие рецидивирующие язвы, длительно не заживающие. В некоторых случаях на слизистой рта образуются полипы. Стойкий отек губ в периоды обострения болезни сопровождается корочками и трещинами [18, 19].

К неспецифическим симптомам относят афтозные поражения (могут быть следствием приема препаратов — метотрексата), ангулярный хейлит, вегетирующий стоматит на фоне недоедания или мальабсорбции, периоральный дерматит [12]. Пародонтит, возникающий на фоне заболеваний кишечника, сопровождается пародонтальной деструкцией и связан с нарушением функции нейтрофилов [20, 21, 22].

Как правило проявления в полости рта появляются после постановки основного диагноза, но и могут предшествовать проявлениям болезни. На фоне обострения кишечных проявлений выраженная оральная симптоматика неизменно коррелируется с их тяжестью, часто оральные симптомы преобладают над кишечными. С другой стороны, очаги хронической инфекции в полости рта приводят к ухудшению функционирования органов желудочно-кишечного тракта и обострения его хронических заболеваний, утяжеляют течение последних [19, 22].

Роль врача-стоматолога уникальна в плане диагностики ранних симптомов воспалительных заболеваний кишечника в полости рта, особенно в отсутствии кишечных проявлений [12, 23]. Многие авторы отмечают необходимость включения в клинический протокол стоматологические осмотры каждые три месяца при активном течении воспалительных заболеваний кишечника, так же необходимость использования оптических средств визуализации при лечении кариеса и снятии зубных отложений [12, 23–25].

Необходимо отметить, что у больных с воспалительными заболеваниями кишечника часто присутствует сухость в полости рта и отеки слизистой, что может

стать причиной ее легкой травматизации как при приеме пищи, так и при снятии зубных отложений, в том числе при проведении профессиональной гигиены полости рта. Пародонтологическое лечение пациентов с тяжелой формой хронического генерализованного пародонтита нередко требует хирургического вмешательства, что в свою очередь может привести к длительному послеоперационному периоду и заживлению тканей пародонта. Многие авторы показывают необходимость применения увеличительной техники у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника, даже при небольших пародонтальных поражениях, включения ее в протокол профессиональной гигиены при обработке поверхности зубов и корней [9, 24].

Цель исследования — подбор средств индивидуальной гигиены полости рта и разработка рекомендаций по использованию увеличительной техники при проведении профессиональной гигиены полости рта у пациента с хроническими заболеваниями кишечника (болезнь Крона).

Материалы и методы исследования

Пациент А. 1972 года рождения обратился в клинику стоматологии НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 15.04.2025 г. с целью консультации и лечения с жалобами на наличие зубных отложений, неприятный запах изо рта, отечность слизистой оболочки щек, частое прикусывание боковых поверхностей языка и щек по линии смыкания зубов, сухость в полости рта, неприятные ощущения при приеме раздражающей пищи, ранимость слизистой оболочки при приеме твердой пищи, наличие большого количества желтого налета на языке. Периодическое появление эрозивных поражений на слизистой оболочке переходной складки внизу справа. Также пациент отмечает, что находится в состоянии постоянного стресса из-за хронических заболеваний кишечника (болезнь Крона, геморрой), впечатлительный.

Развитие настоящего заболевания. Со слов пациента, зубные отложения образуются быстро даже при хорошем уходе за зубами (чистит зубы два раза в день, используя традиционные средства гигиены). Профессиональную гигиену проводит два раза в год. Периодическое прикусывание слизистой щек, языка, сухость в полости рта, налет на языке связывает с обострением основного заболевания, приемом препаратов и диетой.

Анамнез жизни. Пациент указывает, что с 2003 года страдает язвенными поражениями кишечника (неспецифический язвенный колит). С октября 2020 года болезнью Крона и геморроем. В настоящее время основные заболевания в стадии обострения. С апреля 2025 года находится на терапии метатрексатом по одной таблетке ежедневно, пена Буденофальк местно один раз в неделю, витамин D3 и кальций.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Эпиданамнез. Гепатит, сифилис, ВИЧ, туберкулез отрицает. Переливание крови в последние 6 месяцев отрицаает.

Осмотр полости рта. Слизистая оболочка щек, губ слегка отечна, имеются отпечатки зубов. По линии смыкания зубов на щеках отчетливо прослеживаются участки

ороговевшего эпителия в большом количестве (рис. 1). Патологических элементов — эрозий, язв не выявлено. Слизистая оболочка щек собрана в бугристые складки, при растяжении исчезают не полностью, симметричны. На языке большое количество плотного налета желтого цвета, трудно снимающегося шпателем (рис. 2). Отечное состояние языка определяется по наличию выраженных отпечатков зубов.

На боковой поверхности языка эрозия размером 1x1 мм вследствие прикусывания, на отечном основании, слегка приподнятая над уровнем слизистой оболочки, слабоболезненная при пальпации (рис. 3).

Вне очагов поражения слизистая оболочка бледно-розового цвета, увлажнена недостаточно. Кариес зуба 3.6. Клиновидные дефекты зубов 1.6, 1.4, 2.4, 2.6, 3.5, 3.6, 4.4, 4.6 (рис. 4). Десневой край в области зубов 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3 слегка отечен, гиперемирован. Глубина пародонтальных карманов в области этих зубов 3–4 мм (рис. 5 в, г). Имеются наддесневые и поддесневые зубные отложения. На всех зубах небольшое количество мягкого зубного налета (рис. 5 а, б).



Рис. 1. Слизистая оболочка щеки больного А. на момент обращения (бугристость по линии смыкания зубов)

Fig. 1. The mucous membrane of the cheek of patient A. at the time of treatment (lumps along the line of occlusion of the teeth)



Рис. 2. Изменение слизистой оболочки языка при болезни Крона (обильный желтый налет на спинке языка)

Fig. 2. Changes in the mucous membrane of the tongue in Crohn's disease (abundant yellow coating on the back of the tongue)



Рис. 3. Эрозия на боковой поверхности языка, покрытая фибринозным налетом, отпечатки зубов

Fig. 3. Erosion on the lateral surface of the tongue, covered with fibrinous plaque, teeth marks

Дополнительные методы обследования: согласно клиническим рекомендациям (протоколы лечения) физикальное обследование представлено в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает индексную оценку гигиены рта и состояния тканей пародонта. При этом, учитывая наличие большого количества плотного налета на спинке языка, необходимо определение индекса WTC (индекс покрытия языка Винкеля).



Рис. 4. Клиновидные дефекты зубов 1.6, 1.4, 2.4, 2.6, 3.5, 3.6, 4.4, 4.6
Fig. 4. Wedge-shaped defects of teeth 1.6, 1.4, 2.4, 2.6, 3.5, 3.6, 4.4, 4.6



Рис. 5. Внешний вид десневого края и зубов
(а, б — окраска раствором Шиллера-Писарева; в, г — измерение глубины пародонтального кармана)
Fig. 5. External appearance of the gingival margin and teeth (a, b — staining with Schiller-Pisarev solution; c, d — measurement of the depth of the periodontal pocket)

Индекс OHI-S (Green I., Vermillion R., 1964) = 1,69 (удовлетворительный).

Индекс PMA = 15 % (легкая степень гингивита).

Индекс кровоточивости десневой борозды (SBI, Mühlemann H. R., Son S., 1971) = 1 (внешний вид десны не изменен, при зондировании возникает кровоточивость).

Проба Шиллера-Писарева положительная — окрашивание десневых сосочков в коричневый цвет.

Индекс гигиены языка WTC — 10 баллов (обильный, плотный налет).

Глубина зондирования пародонтальных карманов у зубов 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3, 3.6, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 составляет 3–4 мм (рис. 7 а, б, в). При пальпации экссудата нет.

На ортопантомограмме равномерная убыль костной ткани в области всех зубов на 1/3 длины корня, кортикальная пластинка отсутствует у зубов 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3, 3.6 (рис. 6, рис. 7 б).

На основании клинической картины, данных анамнеза и дополнительных методов исследования были поставлены диагнозы (согласно МКБ-10).

K05.3-Хронический генерализованный пародонтит легкой степени (основной);



Рис. 6. Пациент А, ортопантомограмма. Снижение высоты межальвеолярных перегородок
Fig. 6. Patient A, orthopantomogram. Decreased height of interalveolar septa

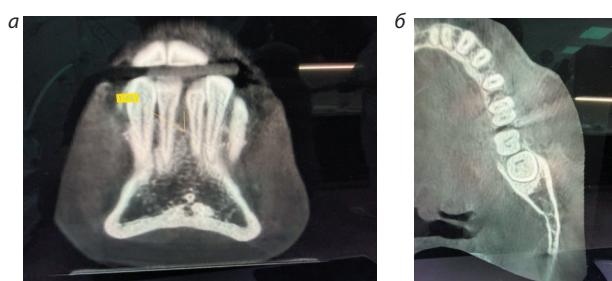


Рис. 7. Пациент А. Конусно-лучевая компьютерная томография.
А — визуализация снижения высоты альвеолярной перегородки на 1/3 длины корня 3.1; Б — отсутствие кортикальной пластинки у 3.6, 3.7;
В — снижение высоты альвеолярных перегородок у 1.4, 1.5, 1.6, 1.7.
Fig. 7. Patient A. Cone beam computed tomography. A — visualization of a decrease in the height of the alveolar septum by 1/3 of the root length 3.1; B — absence of the cortical plate in 3.6, 3.7; C — a decrease in the height of the alveolar septa in 1.4, 1.5, 1.6, 1.7.

К13.1 Прикусывание щек и губ (сопутствующий);
К03.1 Клиновидные дефекты зубов 1.6, 1.4, 2.4, 2.6, 3.5, 3.6, 4.4, 4.6;

К14.1 Глоссит.

Составлен следующий план лечения:

- Коррекция индивидуальной гигиены полости рта
- Проведение профессиональной гигиены полости рта
- Лечение кариеса и некариозных поражений
- Сошлифование острых краев зубов
- Местная противовоспалительная терапия
- Рекомендации по коррекции ксеростомии
- Консультация гастроэнтеролога
- Консультация невролога
- Наблюдение у врача-стоматолога, проведение проффициенции полости рта два раза в год.

С учетом особенностей тяжести и течения основных заболеваний пациенту была проведена коррекция индивидуальной гигиены полости рта. После эпителизации эрозии на языке под воздействием противовоспалительной и эпителизирующей терапии к средствам индивидуальной гигиены были добавлены скребок для удаления налета с поверхности языка, ирригатор и ополаскиватель содержащий хлоргексидина биглюконат (Presi-DENT professional 0,2%). С целью коррекции увлажненности слизистой оболочки назначена зубная паста содержащая глицерин (R.O.K.S moisturizing), увлажняющий спрей для полости рта содержащий термальную воду и ксилит.

Профессиональная гигиена полости рта проводилась с учетом особенностей слизистой оболочки, а именно ее легкой ранимости. Снятие зубных отложений проводили под контролем оптических средств визуализации: операционного микроскопа (Leica, Германия), бинокулярной лупы (Q-Optics, США) и эндоскопа (Perioscopy inc., США).

В современной стоматологии эти средства визуализации используются часто врачами — стоматологами различных специальностей и гигиенистами стоматологическими. Следует отметить, что операционный микроскоп и бинокулярную лупу удобнее использовать при снятии зубных отложений только на зубах передней группы. При этом для работы в дистальных отделах полости рта возможно растяжение слизистой оболочки с целью доступа этих устройств к обзору, а также затрудняется работа в труднодоступный местах у моляров, особенно с неровными корнями. Применение эндоскопической техники возможно в отдаленных участках зубного ряда, даже при недостаточном освещении пародонтальных карманов, при скученности зубов, так же при обработке дистальных поверхностей коронок и корней зубов. При этом не требуется никакого дополнительного обзора, освещения и увеличения.

Пациенту был разработан алгоритм снятия зубных отложений, включающий в себя следующие этапы:

- обработка и полоскание полости рта раствором антисептика;
- окрашивание зубных отложений с целью их лучшей визуализации раствором 6 % спиртового фуксина основного;
- снятие поддесневых зубных отложений с вестибулярных и боковых поверхностей резцов и клыков при помощи ультразвукового скейлера под контролем операционного микроскопа, а с язычных и небных поверхностей — под контролем бинокулярной лупы;
- с целью предотвращения травматизации слизистой оболочки обработку пародонтальных карманов у зубов боковой группы провели с помощью эндоскопической техники;
- сглаживание всех острых краев зубов и полировка поверхности коронок щеткой и пастой;
- обработка десневого края и слизистой оболочки раствором антисептика;
- проведение реминерализующей терапии.

Даны рекомендации: обработка слизистой оболочки языка в области эрозии растворами антисептиков, аппликации гелем Метрогил Дента. При необходимости указанную терапию проводить курсами.

Результаты исследования и их обсуждение

После проведенного лечения и назначенных рекомендаций в течение двух недель пациент отмечает значительное улучшение своего состояния. Исчезли неприятный запах изо рта, сухость слизистой оболочки, неприятные ощущения при приеме раздражающей пищи. Полностью эпителизировалась эрозия на слизистой оболочке языка. При обследовании выявлены отеки слизистой оболочки щек и губ, скорее связанных с основным заболеванием. При этом значительно изменились следующие показатели:

- Индекс OHI-S (Green I., Vermillion R., 1964) = 0,5 (хорошая гигиена);
- Индекс PMA = 3 % (легкая степень гингивита);
- Индекс кровоточивости десневой борозды (SBI, Mühlmann H. R., Son S., 1971) = 0 (внешний вид десны не изменен, при зондировании кровоточивости нет);
- Проба Шиллера-Писарева отрицательная — окрашивание десневых сосочеков в светло-соломенный цвет, что свидетельствует об отсутствии воспаления;
- Индекс гигиены языка WTC — 2 балла (изменился значительно в сторону улучшения после чистки языка скребком).

Пациент дал положительную оценку проведению профессиональной гигиены с применением разных оптических приборов из-за легкости проведения, уменьшения времени, отсутствия болезненности и самое главное — повышения качества снятия зубных отложений.

Выводы

Хронические заболевания кишечника являются тяжелой патологией, имеют длительное и тяжелое течение, при которых возможно поражение всего желудочно-кишечного тракта, начиная с полости рта. Сохраняются на всю жизнь и имеют циклическое течение чередуя периоды обострений и ремиссий. При этом, как правило, проявления в полости рта предшествуют кишечным.

На сегодняшний день нет стандартного и четкого протокола ведения таких пациентов, с учетом их особенностей. Санацию полости рта следует проводить только в периоды ремиссии основного заболевания. Профессиональную гигиену необходимо проводить под контролем различных оптических методов визуализации, стараясь избегать травматизации и растяжения слизистой оболочки. Пациентам, имеющим плотный налет на языке, рекомендуется назначать средства гигиены с целью его уменьшения. Кроме того, назначение зубных паст и средств для увлажнения слизистой оболочки рта является необходимым, так как у многих пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника наблюдается сухость полости рта.

Задача врача-стоматолога заключается в коррекции гигиены таких пациентов, санации полости рта, проведении профгигиены и наблюдении. При этом важен

диспансерный учет, особенно у пациентов с тяжелыми формами заболеваний кишечника. Совместная работа с врачами гастроэнтерологами и неврологами позволяет добиться минимальных, а зачастую и отсутствия изменений слизистой оболочки полости рта.

Разработанные рекомендации по использованию увеличительной техники при проведении профессиональной

гигиены полости рта у пациентов с хроническими заболеваниями кишечника в комплексе с индивидуальным подбором средств гигиены и междисциплинарным сотрудничеством позволяют достичь оптимальных результатов и улучшить качество лечения.

Литература/References

1. Mak W.Y., Zhao M., Ng S.C., Burisch J. The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets West. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2020;35:380–389. <https://doi.org/10.1111/jgh.14872>
2. Ng S.C., Shi H.Y., Hamidi N., Underwood F.E., Tang W., Benchimol E.I. et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390(10114):2769–2778. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0)
3. Greuter T., Vavricka S.R. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease — epidemiology, genetics, and pathogenesis. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*. 2019;13(4):307–317. <https://doi.org/10.1080/17474124.2019.1574569>
4. Kitamoto S., Nagao-Kitamoto H., Jiao Y., Gilliland M.G. 3rd, Hayashi A., Imai J. et al. The intermucosal connection between the mouth and gut in commensal pathobiont-driven colitis. *Cell*. 2020;182(2):447–462.e14. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.048>
5. Said H.S., Suda W., Nakagome S., Chinen H., Oshima K., Kim S. et al. Dysbiosis of salivary microbiota in inflammatory bowel disease and its association with oral immunological biomarkers. *DNA Research*. 2014;21(1):15–25. <https://doi.org/10.1093/dnarese/dst037>
6. Орехова Л.Ю., Нейзберг Д.М., Демченко Т.В., Биричева О.А., Артемьев Н.А. Сравнительная оценка эндоскопического, лазерного и ультразвукового методов контроля качества снятия зубных отложений и обработки поверхности корня зуба. *Пародонтология*. 2018;23(1):37–40. [Orehova L.Yu., Neizberg D.M., Demchenko T.V., Biricheva O.A., Artemev N.A. Comparative research of endoscopic, laser-assisted and ultrasonic quality control methods of the roots surface scaling. *Periodontology*. 2018;23(1):37–40. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.25636/PMP.2018.2018.1.8>
7. Орехова Л.Ю., Нейзберг Д.М., Демченко Т.В., Артемьев Н.А., Лобода Е.С. Перспективы применения эндоскопической технологии для диагностики воспалительных заболеваний пародонта. *Стоматология*. 2016;95(5):4–7. [Orehova L.Ju., Neizberg D.M., Demchenko T.V., Artemiev N.A., Loboda E.S. Prospects of endoscopic technology for diagnostics of inflammatory periodontal disease. *Stomatology*. 2016;95(5):4–7. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat20169554-7>
8. Орехова Л.Ю., Лобода Е.С., Гриненко Э.В., Мусаева Р.С. Эффективность комплексной консервативной пародонтальной терапии с применением щадящей методики обработки ультразвуковым аппаратом с полирующей суспензией на основе гидроксида кальция у пациентов с сахарным диабетом 1 типа и хроническим генерализованным пародонтитом. *Пародонтология*. 2019;24(3):223–231. [Orehova L.Yu., Loboda E.S., Grinenko E.V., Musaeva R.S. The effectiveness of complex conservative periodontal therapy using a gentle treatment technique by ultrasonic apparatus with calcium hydroxide polishing suspension among patients with type 1 diabetes and chronic generalized periodontitis. *Parodontologiya*. 2019;24(3):223–231. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2019-24-3-223-231>
9. Орехова Л.Ю., Мусаева Р.С., Лобода Е.С., Гриненко Э.В., Чупринина А.В., Рязантцева Е.С. Анализ эффективности противовоспалительных паст у пациентов с сахарным диабетом и хроническим генерализованным пародонтитом. *Пародонтология*. 2020;25(1):47–53. [Orehova L.Yu., Musaeva R.S., Loboda E.S., Grinenko E.V., Chuprinina A.V., Ryazantseva E.S. Analysis of anti-inflammatory toothpastes efficiency among patients with diabetes mellitus and chronic generalized periodontitis. *Parodontologiya*. 2020;25(1):47–53. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2020-25-1-47-53>
10. Ritchie A., Kramer J.M. Recent Advances in the Etiology and Treatment of Burning Mouth Syndrome. *Journal of Dental Research*. 2018;97(11):1193–1199. <https://doi.org/10.1177/0022023418782462>
11. Шипицына М.С., Тытык С.Ю., Иорданишвили А.К. Стоматологическая заболеваемость при болезни Крона и хроническом неспецифическом язвенном колите. *Медицина: теория и практика*. 2018;3(1):121. [Shipitsyna M.S., Tytyuk S.Y., Jordanishvili A.K. Dental morbidity in Crohn's disease and chronic ulcerative colitis. *Medicine: theory and practice*. 2018;3(1):121. (In Russ.)]. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35173994>
12. Орехова Л.Ю., Атрушкевич В.Г., Михалченко Д.В., Горбачева И.А., Лапина Н.В. Стоматологическое здоровье и полиморбидность: анализ современных подходов к лечению стоматологических заболеваний. *Пародонтология*. 2017;22(3):15–17. [Orehova L.Yu., Atrushkevich V.G., Mikhalkchenko D.V., Gorbacheva I.A., Lapina N.V. Dental health and polymorbidity: analysis of modern approaches to the treatment of dental diseases. *Parodontologiya*. 2017;22(3):15–17. (In Russ.)]. <https://www.parodont.ru/jour/article/view/121>
13. Capodiferro S., Maiorano E., Limongelli L., Tempsta A., Favia G. Cheilitis and gingivitis as first signs of Crohn's disease in a pediatric patient. *Clinical case reports*. 2019;7(2):387–388. <https://doi.org/10.1002/ccr3.1975>
14. Karakoyun M., Tasci E.K., Sezak M., Yasar B.E., Cetin F. Orofacial Crohn's Disease: A Case Report. *Journal of Pediatric Research*. 2019;6(4):353–355. <https://doi.org/10.4274/JPR.GALENOS.2019.26213>
15. Коломиец С.В., Удалыцова К.А., Шинкевич В.И. Дебют болезни Крона в полости рта. Клинический случай. *Стоматология*. 2017;96(5):28–30. [Kolomiets S.V., Udal'tsova K.A., Shinkovich V.I. Manifestation of Crohn's disease in the oral cavity: clinical case. *Stomatology*. 2017;96(5):28–30. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/stomat201796528-30>
16. Huang M.L., Wu Y.Q., Ruan W.H. A rare case of pediatric Crohn's disease and alveolar bone loss: A report and review. *Translational pediatrics*. 2020;9(5):720–725. <https://doi.org/10.21037/tp-20-279>
17. Alrashdan M.S., Safadi R.A. Crohn's disease initially presenting with oral manifestations and managed with ustekinumab: A case report. *Special care in dentistry*. 2021;41(5):634–638. <https://doi.org/10.1111/scd.12598>
18. Gomollón F., Dignass A., Annese V., Tilg H., Van Assche G., Lindsay J.O. et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's & colitis*. 2017;11(1):3–25. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jlw168>
19. Van Dyk T.E., Bartold P.M., Reynolds E.C. The nexus between periodontal inflammation and dysbiosis. *Frontiers in Immunology*. 2020;11:511. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00511>
20. Lauritan D., Boccalari E., Stasio D.D., della Vella F., Carinci F., Lucchese A., et al. Prevalence of oral lesions and correlation with intestinal symptoms of inflammatory bowel disease: A systematic review. *Diagnostics*. 2019;9(3):77. <https://doi.org/10.3390/diagnostics9030077>
21. Woo V.L. Oral Manifestations of Crohn's Disease: A Case Report and Review of the Literature. *Case reports in dentistry*. 2015;2015:830472. <https://doi.org/10.1155/2015/830472>
22. Решетнева И.Т., Рукосуева Т.В., Афанасьев А.С., Гроздев И.А. Влияние профессиональной гигиены полости рта на показатели местного иммунитета. *Астраханский медицинский журнал*. 2024;19(3):45–56. [Reshetneva I.T., Rukosueva T.V., Afanas'eva A.S., Grozdev I.A. The influence of professional oral hygiene on the indicators of local immunity. *Astrakhan medical journal*. 2024;19(3):45–56. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17021/1992-6499-2024-3-45-56>
23. Atarbashi-Moghadam S., Lotfi A., Atarbashi-Moghadam F. Pyostomatitis Vegetans: A Clue for Diagnosis of Silent Crohn's Disease. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2016;10(12): ZD12-ZD13. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/22573.9032>
24. Haaramo A., Alapulli H., Aine L., Tuokkola J., Saarnisto U., Roine R.P. et al. Oral and Otorhinolaryngological Findings in Adults Who Were Diagnosed with Pediatric Onset Crohn's Disease: A Controlled Study. *Journal of clinical gastroenterology*. 2019;53(7): e269–e275. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001074>
25. Усманова И.Н., Юнусова Р.Д., Лакман И.А., Герасимова Л.П., Ишмухаметова А.Н., Акопян А.П., Аминева Г.Ф., Макарова Н.А., Старцева Е.Ю. Особенности алгоритма диагностики патологии слизистой оболочки рта у пациентов с болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом. *Эндодонтия Today*. 2025;23(1):148–157. [Usmanova I.N., Yunusova R.D., Lakman I.A., Gerasimova L.P., Ishmukhametova A.N., Akopyan A.P., Amineva G.F., Makarova N.A., Startseva E.Yu. Peculiarities of the algorithm of diagnostics of oral mucosa pathology in patients with Crohn's disease and nonspecific ulcerative colitis. *Endodontics Today*. 2025;23(1):148–157.] <https://doi.org/10.36377/ET-0079>