



ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Раджабова Азизаханум Фармоновна

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу

Али ибн Сино, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7234564>

ARTICLE INFO

Received: 03rd October 2022

Accepted: 10th October 2022

Online: 19th October 2022

KEY WORDS

Кишечник, стоматит, болезнь Крона (БК), язвенный колит (ЯК), ECCO – The European Organization of Crohn's and Colitis.

ABSTRACT

Проблема развития стоматологических заболеваний при воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) изучена мало. Видимо, это связано с отсутствием четкого представления об этиологии и патогенезе ВЗК. Анализ зарубежных и отечественных публикаций показывает, что поражения полости рта рассмотрены более детально при БК, чем при ЯК. Тяжелое рецидивирующее течение ВЗК и тесная взаимосвязь различных уровней пищеварительной системы создают предпосылки для развития поражений полости рта. Следует учитывать, что данные о частоте стоматологических заболеваний, представленные ECCO, ограничены афтозным стоматитом, рассматриваемым в качестве внекишечного проявления ВЗК.

Однако многочисленные исследования свидетельствуют о более обширной симптоматике оральных проявлений ВЗК, нежели только афтозные поражения СОР. В мировой литературе описано несколько сотен случаев поражений органов челюстно-лицевой области при БК.

Следует учитывать, что внимание гастроэнтеролога при клиническом обследовании больного фокусируется на наиболее доступных для осмотра областях полости рта. Поэтому данные ECCO о 40 % распространенности внекишечных проявлений ВЗК в полости рта нуждаются в уточнении.

БК считают системным хроническим заболеванием с вовлечением любой части пищеварительного тракта. Кишечные симптомы являются преобладающими, однако в процессе заболевания могут возникать внекишечные проявления, в том числе в полости рта. В большинстве случаев поражения полости рта следуют за воспалением кишки, чаще встречаются при БК, чем при ЯК, более распространены в молодом возрасте и у мужчин.

Установлено, что распространенность стоматологических заболеваний больше при воспалении



проксимальных отделов ЖКТ и перианальной области, чем при поражении дистальных отделов. Отмечено появление симптомов в более молодом возрасте у лиц с проксимальной локализацией патологических процессов.

В исследовании М. Garamszegi и соавт. систематизированы поражения челюстно-лицевой области при БК. Выделены поражения кожи, периоральная эритема, срединная фиссура губы, диффузная припухлость губ, гингивит, стоматит, полипоидные поражения с вестибулярной стороны и в ретромюлярной ямке, изъязвления в полости рта в виде афт с гиперпластичными краями, локальные зоны гиперплазии слизистой оболочки, напоминающие «булыжную мостовую», лимфаденопатия. Поражения полости рта чаще наблюдаются у пациентов с длительным анамнезом, однако иногда они обнаруживаются при отсутствии заболеваний кишечника.

Хронический стоматит при БК описывается как генерализованная эритема слизистой оболочки с хроническими изъязвлениями. По результатам биопсии слизистой оболочки неба обнаружены неказеозные гранулемы. В некоторых случаях поражения рта опережают кишечную симптоматику на несколько лет.

Среди гистологических проявлений БК в челюстно-лицевой области отмечают туберкулоидные фолликулы, представленные эпителиоидными и многоядерными гигантскими клетками без казеозного некроза. Считая туберкулоидные фолликулы неспецифичными для БК, их расценивают как характерные, при

наличии у больного афтозных язв, глоссита, хейлита, шелушения кожи вокруг рта, стоматита и утолщения губ. Исследователи отмечают образование гранулем в области преддверия полости рта, позволяющих предположить наличие у пациента БК, с последующим подтверждением диагноза по результатам эндоскопии.

Воспаление СОР, наблюдаемое у пациентов с активным течением БК, несмотря на высокую частоту, отличается умеренной выраженностью.

А. J. Williams и соавт. описывают припухлость губ, поражение слизистой оболочки щек в виде «булыжной мостовой», линейные язвы, вздутия, которые нередко могут возникать параллельно с кишечной симптоматикой. По их мнению, в 35 % случаев больные не нуждаются в специфическом стоматологическом лечении, в ряде наблюдений оно было успешным лишь при назначении кортикостероидных препаратов. В других исследованиях выявлено, что наиболее часто поражаются слизистая оболочка щеки, преддверие полости рта и губы. Реже воспалительный процесс распространяется на слизистую оболочку альвеолярного отростка и нёбо с развитием множественных язв афтозного типа.

По мнению исследователей, наиболее распространенным заболеванием полости рта при ВЗК является афтозный стоматит. В общей популяции частота этого заболевания составляет 20–30 %, при ЯК распространенность возрастает до 20 %, при БК – до 40 %. Ассоциация активности основного заболевания и афтозного стоматита полностью не ясна,



в ряде случаев отмечено отсутствие корреляции. Отмечено, что пациенты, имеющие другие внекишечные расстройства, чаще страдают стоматитом.

Другим неспецифическим поражением рта является вегетирующий гнойный стоматит (Pyostomatitis vegetans), однако это заболевание чаще встречается при ЯК, чем при БК. Вегетирующий гнойный стоматит характеризуется развитием множества небольших пролиферативных образований, подвергающихся изъязвлению или нагноению. Наиболее часто поражаются слизистая оболочка щек и губ, небные миндалины, твердое и мягкое нёбо, преддверие полости рта. В некоторых случаях оральные и кожные проявления возникают через 8–12 лет после появления кишечных симптомов. Обострение вегетирующего гнойного стоматита может быть связано с повышением активности основного заболевания ЖКТ.

Некоторые авторы считают данное заболевание специфическим маркером ВЗК и предлагают рассматривать его как самостоятельную нозологическую единицу. R. Oettinger и соавт. описали проявления вегетирующего гнойного стоматита как эпителиальные разрастания на слизистой оболочке щеки и рассеянные просовидные абсцессы, распространяющиеся до вестибулярной десны и мягкого нёба. При гистологическом исследовании обнаружены лейкоцитарные микроабсцессы, акантоз эпителия, грануляции и изъязвления с поверхностным некрозом. При изучении мазков со слизистой оболочки щеки не

выявлено микотической, вирусной или специфической бактериальной инфекции.

Вегетирующий гнойный стоматит признан редким изолированным поражением, которое может встречаться как при БК, так и при любом хроническом заболевании ЖКТ.

Отмечается много общего между стоматологическими проявлениями при разных типах ВЗК. Помимо вегетирующего стоматита, у 10–30 % больных ЯК выявляется хейлит, афтозный стоматит, глоссит и гингивит. Предполагается, что оральные проявления при ЯК связаны с анемией и авитаминозом, развивающимися на фоне дефицита питательных веществ или действия лекарственных препаратов.

В ряде наблюдений заболевания пародонта рассматриваются как проявления ВЗК в полости рта. Некоторые исследователи связывают развитие указанного патологического состояния с дефицитом железа и анемией, являющейся распространенным осложнением при БК, и рекомендуют проводить дополнительное обследование пациентов для исключения системного поражения.

В. W. Sigusch указывает на неэффективность местного лечения воспалительного процесса в тканях пародонта на фоне ВЗК при нормальных показателях иммунитета.

В исследовании, проведенном R. A. Nabashneh и соавт. обнаружена значимая разница в распространенности заболеваний пародонта среди больных с ВЗК в двух возрастных группах, по сравнению с пациентами аналогичного



возраста без ВЗК. Многофакторный анализ демонстрирует более высокую степень тяжести пародонтита при БК и ЯК, а также значимые отличия в распространенности язвенных поражений пародонта при ЯК в сравнении с БК и группой контроля.

Молекулярно-биологические исследования пародонтальной микробиоты, проведенные F. Brito, продемонстрировали более высокий уровень оппортунистической инфекции при БК и ЯК, при сопоставлении с контролем.

Некоторые авторы указывают на кровоточивость десен, сухость и афтозный стоматит как на следствие приема лекарственных препаратов, таких как аminosалицилаты и иммуносупрессоры, однако на сегодняшний день побочные эффекты препаратов этих групп минимизированы. Неоднозначно мнение по поводу влияния биологической терапии на ткани полости рта.

Для описания оральных поражений, сходных с проявлениями БК по клиническим и гистологическим характеристикам, используется термин «орофациальный гранулематоз» (ОФГ), характеризующийся утолщением отдельных частей лица: губ, щек, век и лба. В ряде случаев утолщение губ сочетается с наличием на них болезненных вертикальных фиссур. K. Ghandour и соавт. считают ОФГ болезнью Крона полости рта, подчеркивая отсутствие кишечной симптоматики и высказывая сомнение в благоприятном прогнозе заболевания у этих пациентов.

C. Girlich и соавт. определяют ОФГ как первичное проявление БК, редкий синдром с хронической припухлостью губ в сочетании с изъязвлением и гиперпластическим гингивитом. Авторы считают гранулематозное поражение полости рта следствием иммунодефицитного состояния, подчеркивая необходимость дополнительного обследования для исключения поражения кишки.

Необходимо отметить противоречивость мнений исследователей при интерпретации полученных фактов, что объясняется нерешенными вопросами этиологии и патогенеза ВЗК. Прежде всего отсутствует единая позиция во взглядах на оральные проявления при БК: считать их внекишечными проявлениями или особой формой локализации БК?

Группа американских ученых, изучая ОФГ, обнаружила повышение CD3+ и CD4+ Т-клеток и снижение содержания ИЛ-4 внутри гранулемы, высокое содержание CD4+ Т-клеток и ЦК (ИФ-γ, ИЛ-10, хемокинов) на фоне снижения уровня CD68+ -макрофагов вне гранулемы. Авторы указывают на Th1-тип иммунного ответа и считают ОФГ болезнью Крона полости рта, подтверждая свое мнение иммунологическими исследованиями других гранулематозных заболеваний (саркоидоза и туберкулеза).

По мнению других авторов, ОФГ и БК являются разными заболеваниями. В крупном исследовании A. P. Zbar и соавт. обнаружили доминирование Th1 CD4+ при БК и Th2 CD4+ в биоптатах при ОФГ.

При обследовании пациентов с ОФГ, в 64 % наблюдений выявлены



различные кишечные нарушения, и только у 5 из 20 пациентов обнаружены эндоскопические признаки БК.

Нет четкого понимания, на каком этапе заболевания развивается поражение кишечника с характерной для БК симптоматикой, если первичные проявления наблюдаются в челюстно-лицевой области. Исследователи сообщают о случаях, когда БК не была диагностирована в течение нескольких лет после появления симптомов в полости рта. Н. Williams и соавт. [384] представили данные о 29 пациентах с предполагаемой БК полости рта, находившихся под наблюдением в течение 6 лет. Только у 14 (48 %) из них выявлены поражения БК нижележащих отделов ЖКТ. У 9 (31 %) больных оральные симптомы наблюдались в течение 4 лет до момента постановки диагноза БК. G. Narikishan и соавт. считают, что БК полости рта может быть первым или единственным проявлением заболевания.

A.Rehberger и соавт. отмечают афтозные поражения рта у пациента с активной БК без каких-либо других признаков системного заболевания, кроме похудания, повышения СОЭ и содержания белков острой фазы.

Имеются различные мнения в отношении зависимости стоматологических заболеваний от их активности. По одним данным, обострение стоматологических заболеваний связано с обострением ВЗК, по другим – не зависит от активности процесса в ЖКТ. Ряд авторов указывают на высокую частоту и умеренность воспаления СОР при высокой активности БК.

Некоторые данные свидетельствуют о зависимости течения БК от локализации патологического процесса (более тяжелое течение при поражении проксимальных отделов ЖКТ, включая полость рта).

Расхождение мнений исследователей наблюдается в отношении специфических проявлений ВЗК в полости рта. Vegetирующий гнойный стоматит в отдельных публикациях расценивается как специфический маркер ВЗК, в других – не более чем возможный признак любого хронического заболевания ЖКТ.

Спорным является вопрос о трактовке исследователями единичных случаев хронического остеомиелита как внекишечного проявления заболевания.

Отсутствует представление о развитии патологических процессов в полости рта с учетом системного характера поражения организма при ВЗК. Противоречивы данные о необходимости проведения местной терапии стоматологических заболеваний. По мнению одних исследователей, нет необходимости в специальном лечении этих поражений. Однако, по утверждению других авторов, для достижения ремиссии необходимо использование местных и системных стероидов, иммунодепрессантов или проведение биологической терапии.

Таким образом, не вызывает сомнений связь патологических процессов в полости рта с заболеваниями внутренних органов, нарушениями обменных процессов и изменениями иммунного статуса. Многообразие стоматологических заболеваний, неясность этиологии и



патогенеза ВЗК, значительное сходство клинических проявлений различных нозологических форм диктуют необходимость комплексного подхода к диагностике указанного

патологического состояния для разработки научно обоснованной системы рекомендаций по профилактике и лечению.

References:

1. Ш Шадиева, М Гиязова. СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ: ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ// Stomatologiya, 80-83. 2021
2. Ш Ш Шадиева. ИЗМЕНЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С HELICOBACTER PYLORI-АССОЦИИРОВАННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ// Биология и интегративная медицина, 424-426.2021.
3. Ш Шадиева, М Гиязова. Коморбидность болезней пародонта и желудочно-кишечного тракта// Общество и инновации 2 (4/S), 424-428. 2021.
4. Ш Ш Шадиева. Характеристика системы иммунитета у больных с хроническим генерализованным пародонтитом// Современные инновации, 38-39. 2019.
5. Ш Ш Шадиева. РОЛЬ ИММУННЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПАРОДОНТА // Новый день в медицине, 707-709. 2020.
6. Sharipova Gulnihol Idiyevna. DISCUSSION OF RESULTS OF PERSONAL STUDIES IN THE USE OF MIL THERAPY IN THE TREATMENT OF TRAUMA TO THE ORAL MUCOSA// European Journal of Molecular medicine Volume 2, No.2, March 2022 Published by ejournals PVT LTDDOI prefix: 10.52325 Issued Bimonthly Requirements for the authors.
7. Sharipova Gulnihol Idievna. THE USE OF FLAVONOID BASED MEDICATIONS IN THE TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES IN ORAL MUCUS// Asian journal of Pharmaceutical and biological research 2231-2218 SJIF 2022:4.465 Volume 11 Issue 1 JAN-APR 2022. P-98-101
8. Sharipova Gulnihol Idievna. THE EFFECT OF DENTAL TREATMENT-PROFILACTICS ON THE CONDITION OF ORAL CAVITY ORGANS IN CHILDREN WITH TRAUMATIC STOMATITIS // «Tibbiyotdayangikun» scientific - abstract, cultural and educational journal. - Bukhara, 2022. - №5 (43). - C.103-106.
9. Sharipova Gulnihol Idievna; Nuraliev Nekkadam Abdullaevich. GENERAL DESCRIPTION AND RESEARCH METHODS USED IN CHILDREN WITH TRAUMATIC STOMATITIS//European Journal of Research: volume 7 pp. 51-56 (Issue 1 2022).
10. Sharipova Gulnihol Idievna. CHANGES IN THE CONTENT OF TRACE ELEMENTS IN THE SALIVA OF PATIENTS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH TRAUMATIC STOMATITIS WITH FLAVONOID-BASED DRUGS//Journal of research in health science: Volume 6 pp. 23-26 (issue. 1-2 2022).
11. Kazakova N.N. The Chronic Catarrhal Gingivitis Diagnosis Specifics in Patients with Rheumatism// JournalNX. -2020. - №11(6). – P. 396-400