

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100

Афтозный стоматит как дебют болезни Крона

Гаус О. В., Ахмедов В. А., Коршунов А. С.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12

Aphthous stomatitis as the debut of Crohn's disease

O. V. Gaus, V. A. Akhmedov, A. S. Korshunov

Federal State Educational Establishment of Higher Education Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 12 Lenina street, 644043 Omsk, Russia

Для цитирования: Гаус О. В., Ахмедов В. А., Коршунов А. С. Афтозный стоматит как дебют болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;169(9): 97–100. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100

For citation: Gaus O. V., Akhmedov V. A., Korshunov A. S. Aphthous stomatitis as the debut of Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;169(9): 97–100. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100

Гаус Ольга Владимировна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии, профессиональных болезней

Ахмедов Вадим Адильевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской реабилитации ДПО

Коршунов Андрей Сергеевич, ассистент кафедры челюстной-лицевой хирургии

Olga V. Gaus, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy, Occupational Diseases;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9370-4768>; Scopus Author ID: 56598554900

Vadim A. Akhmedov, D. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of of Medical Rehabilitation of Postgraduate Education;

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7603-8481>

Andrey S. Korshunov, Assistant of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery

✉ **Corresponding author:**

Ахмедов Вадим Адильевич

Vadim A. Akhmedov

v_akhmedov@mail.ru

Резюме

Болезнь Крона иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся неспецифическим гранулематозным трансмуральным воспалением с сегментарным поражением любого отдела желудочно-кишечного тракта с формированием внекишечных и системных осложнений. Представлено клиническое наблюдение пациента И., 23 года, студента, который был направлен на консультацию к гастроэнтерологу по направлению от стоматолога. Активных жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта при осмотре не предъявлял. Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые появились жалобы на боль в области шеи, першение в горле, повышение температуры тела до 37,4–37,5 °С преимущественно в вечернее время. Проводилось лечение у оториноларинголога и стоматолога без существенного эффекта. В связи с чем была проведена биопсия язвенного дефекта левой ретромоларной области, выявившая неказеозное гранулематозное воспаление. Последующее обследование у гастроэнтеролога с проведением колоноскопии и биопсии позволило установить болезнь Крона как истинную причину афтозного стоматита.

Ключевые слова: болезнь Крона, афтозный стоматит, клинический случай

Summary

Crohn's disease is an immune-mediated disease characterized by non-specific granulomatous transmural inflammation with segmental damage to any part of the gastrointestinal tract with the formation of extraintestinal and systemic complications. Clinical observation of patient I., 23 years old, a student who was sent for consultation to a gastroenterologist in the direction of a dentist, is presented. Active examination of the gastrointestinal tract during the inspection did not show any complaints. He considers himself ill for 6 months, when he first complained of pain in the neck, sore throat, and body temperature rise to 37.4–37.5 °C, mostly in the evening. Were treated by an otolaryngologist and a dentist without significant effect. In this connection, a biopsy of the ulcerative defect of the left retromolar region was performed, revealing noncaseating granulomatous inflammation. A follow-up examination by a gastroenterologist with colonoscopy and biopsy made it possible to establish Crohn's disease as the true cause of aphthous stomatitis.

Keywords: Crohn's disease, aphthous stomatitis, clinical case

Болезнь Крона (БК) – иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся неспецифическим гранулематозным трансмуральным воспалением с сегментарным поражением любого отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также развитием внекишечных и системных осложнений [1]. БК может возникнуть в любом возрасте, хотя чаще дебют заболевания приходится на 15–30 лет. В современной литературе имеются описания единичных клинических случаев атипичного дебюта болезни Крона с гигантского абсцесса печени [2], изолированных легочных проявлений [3], офтальмологических проявлений в виде инфильтратов роговицы [4], в виде заболеваний гортани [5].

Клиническое наблюдение

Пациент И., 23 года, студент, направлен на консультацию к гастроэнтерологу по направлению от стоматолога. Активных жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта при осмотре не предъявляет. Во время опроса было выявлено, что пациента периодически беспокоят вздутие по ходу кишечника, урчание, наличие непереваренной пищи в кале, снижение веса на 4–5 кг за полгода.

Из анамнеза заболевания известно, что считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые появились жалобы на боль в области шеи, першение в горле, повышение температуры тела до 37,4–37,5 °С преимущественно в вечернее время. Обратился за медицинской помощью к оториноларингологу в мае 2018 г. Проходил лечение по поводу фарингита антибактериальными препаратами, название лекарственных средств уточнить не может, выписку не предоставил. На фоне проводимой терапии отмечал улучшение самочувствия – исчезновение боли в шеи, нормализация температуры тела.

Через месяц повторно обратился к оториноларингологу с жалобами на боль во рту при приеме пищи. Во время осмотра выявлено увеличение регионарных лимфатических узлов шеи, тогда же впервые обнаружены язвенные поражения слизистой ротовой полости. Выставлен диагноз: афтозный стоматит. Направлен на консультацию к стоматологу.

В августе 2018 г. проходил амбулаторное лечение у стоматолога. 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 10 дней; метронидазол 500 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней; супрастин 25 мг по 1 таблетке на ночь в течение 10 дней. После этого ввиду отсутствия положительного эффекта проводился 14-дневный курс терапии комбинированным препаратом противомикробного и противовоспалительного действия гелем холина салицилата местно в виде аппликаций на измененные участки слизистой оболочки рта. Однако на фоне проводимого лечения улучшения не отмечалось. Учитывая это, пациенту было рекомендовано проведение морфологической оценки эрозивно-язвенных поражений слизистой ротовой полости. 21 сентября 2018 г. выполнена биопсия язвенного дефекта левой

Также имеются описания системных атипичных проявлений дебюта болезни Крона с остеопороза [6], аутоиммунного панкреатита, тип 2 [7], миалгии икроножных мышц [8], а также оральных лимфангиэктазий [9]. Атипичная манифестация приводит к значительному удлинению сроков окончательного установления диагноза болезни Крона, и как следствие затягиванию назначения лечения.

Представляем наше клиническое наблюдение, в котором представлен редкий случай дебюта болезни Крона с поражения слизистой оболочки ротовой полости при отсутствии явной кишечной симптоматики.

ретромолярной области, выявлено неказеозное гранулематозное воспаление (рисунок 1). С результатами исследований направлен на консультацию к гастроэнтерологу для исключения воспалительного заболевания кишечника (ВЗК).

При расспросе жалоб по системам пациент отмечает повышенную усталость, снижение работоспособности, нарушение сна, раздражительность; судороги в икроножных мышцах.

Из анамнеза жизни уточнено: туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Операций не было, гемотрансфузии отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей, аллергические реакции на прием лекарственных препаратов отрицает. Наследственный анамнез: колит неуточненный у бабушки по материнской линии. Не курит, употребление алкоголя и наркотических препаратов отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Очаговой неврологической симптоматики нет. Температура тела в левой подмышечной ямке 37,4°C. Телосложение правильное, тип конституции – нормостенический. Рост: 185 см, масса тела 75 кг. ИМТ 22,8 кг/м². Кожа бледно-розового цвета, обычной влажности, без высыпаний. Склеры не изменены. Губы розового цвета. Язык влажный, обложен налетом белого цвета. В полости рта слизистая оболочка гиперемированная, отечная, рыхлая. На фоне гиперемии и отека слизистой оболочки имеются язвенные поражения, покрытые фибрином.

Пальпируются лимфатические узлы переднего шейного треугольника с обеих сторон овальной формы, диаметром от 1 до 2 см, с гладкой поверхностью, плотные, болезненные, подвижные. Щитовидная железа 0 степени по классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Мышцы развиты симметрично, нормотрофичны, нормотоничны, безболезненные при пальпации, сила сохранена с обеих сторон. Отеков нет.

Грудная клетка правильной формы. Обе половины одинаково активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный. ЧДД 16 в минуту. При пальпации грудная клетка безболезненная. При сравнительной перкуссии звук легочной. При аускультации легких дыхание везикулярное над всей поверхностью с обеих сторон, хрипов нет.

При осмотре в прекардиальной области деформации грудной клетки нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, с частотой 60 ударов в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье по левой срединно-ключичной линии, локализованный. Артериальное давление: правая рука – 120/70 мм. рт. ст. левая рука – 121/73 мм. рт. ст. Перкуторно – границы относительной сердечной тупости не расширены. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. ЧСС 78 в минуту. Пульсация артерий стоп сохранена.

При обследовании

В общем анализе крови – лейкоцитоз (лейкоциты $11,2 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные лейкоциты 2%), повышение СОЭ (18 мм/ч). Микрореакция – отрицательно.

В общем анализе мочи без изменений.

В биохимическом анализе крови – гипопропротеинемия (общий белок 53 г/л), повышение С-реактивного белка (СРБ 13 мг/л). При электрофорезе белков по фракциям – снижение альбумина до 20,92 г/л, повышение гамма-глобулинов до 23,52 г/л.

Квантифероновый тест на выявление туберкулеза – отрицательный

Скрининг вирусных гепатитов (HBsAg, anti-HCV суммарные) – не обнаружены.

Антитела к вирусу иммунодефицита человека – не обнаружены.

Антитела к Saccharomyces cerevisiae Ig A – 53 отн. ед/мл (норма менее 20 отн. ед/мл).

Исследование кала на яйца глистов – не обнаружены.

Исследование кала на токсины A и B Clostridium difficile – не обнаружены.

Исследование кала на бактерии кишечной группы – не обнаружены.

Бактериологическое исследование кала на дисбактериоз – дефицит бифидо- и лактобактерий.

Фекальный кальпротектин – 477 мкг/г (норма менее 50 мкг/г).

Заключительный клинический диагноз

Болезнь Крона с поражением терминального отдела тощей кишки, с внекишечными проявлениями (афтозный стоматит), дебют.

Рекомендации по лечению

- Преднизолон 60 мг в сутки, утром в течение 8 недель, с последующей постепенной отменой в течение 4 недель;
- Азатиоприн 150 мг в сутки длительно;
- Рифаксимин 200 мг по 1 таблетке 3 раза в день в течение 21 дня, затем пробиотики (бифидо- и лактосодержащие) в течение 20 дней.

Обсуждение

Поражение слизистой оболочки рта встречается довольно редко в клинической практике как дебют болезни Крона и чаще всего поражение тонкой или толстой кишки предшествует вовлечению в процесс полости рта. В представленном клиническом случае проявления дискомфорта при глотании, увеличения регионарных лимфатических узлов, дискомфорта в ротовой полости являлись дебютом заболевания, что сопровождалось практически безуспешным лечением у оториноларинголога

и стоматолога, по сути проводивших лечение следствия, а не причины патологического процесса. И только проведение морфологической оценки эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки ротовой полости позволило выявить неказеозное гранулематозное воспаление, что явилось отправляющим моментом последующего диагностического поиска с привлечением гастроэнтеролога и установлением первопричины развития афтозного стоматита.

Рентгенография органов грудной клетки – патологических изменений не выявлено.

Фиброгастродуоденоскопия – недостаточность кардии, эритематозный экссудативный гастрит антрального отдела, дистальный дуоденит.

При фиброколоноскопии патологических изменений в прямой, сигмовидной, восходящей ободочной кишке не выявлено. Слепая кишка: купол не деформирован, слизистая оболочка розовая, гладкая, блестящая. Устье аппендикса без особенностей. Баугиниева заслонка увеличена в размерах за счет грануляций (гранулемы?). Терминальный отдел тощей кишки: слизистая отечная, гиперемированная, единичные эрозии. Спонтанной кровоточивости нет, контактная кровоточивость незначительная. Заключение: гранулематозный баугинит, эрозивный терминальный илеит.

При гистологическом исследовании биоптата терминального отдела тощей кишки (рисунок 2) фрагменты слизистой с некоторым утолщением и укорочением ворсин за счет отека с умеренно выраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией, с примесью нейтрофилов, в том числе интраэпителиальных, с формированием лимфоидных фолликулов, гранулемы с явлениями криптида. Заключение: умеренно выраженный активный хронический гранулематозный илеит.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение подчеркивает исключительную важность альянса гастроэнтеролога и стоматолога для ранней диагностики болезни Крона. При подозрении на афтозный стоматит, стоматологу следует проводить в целях дифференциальной диагностики своевременную биопсию слизистой оболочки ротовой полости,

что позволит при выявлении признаков гранулематозного воспаления, направить пациента к гастроэнтерологу, минимизируя тем самым потерю времени до момента установления окончательной причины стоматита, и как следствие безуспешное местное лечение его проявлений.

Литература | References

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению болезни Крона [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.gastro.ru/userfiles/R_Krona_2017.pdf (дата обращения 01.03.2019 г).
Clinical recommendations of the Russian gastroenterological Association and the Association of coloproctologists of Russia on the diagnosis and treatment of Crohn's disease [Electronic resource]. http://www.gastro.ru/userfiles/R_Krona_2017.pdf (01.03.2019 г).
2. Jain A.G., FaisalUddin M., Gllava I. et al. A Rare Case of Crohn's Disease Manifesting as a Large Liver Abscess. *Cureus*. 2018. Vol. 10(12). e3758.
3. Shin D., Park B. K., Seo J. et al. Pulmonary Extraintestinal Manifestation of Crohn's Disease Treated Successfully with Adalimumab. *Korean J Gastroenterol*. 2018. Vol. 72(3). P. 141–145.
4. Andersson J, Hofslid M, Jacobsen N. Corneal infiltrates; a rare ocular manifestation in a patient with Crohn's disease. *Acta Ophthalmol*. 2018. Vol. 96(8). P. 1041–1042.
5. Loos E., Lemkens P., Poorten V. V. et al. Laryngeal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease. *J Voice*. 2019. Vol. 33(1). P. 1–6.
6. Wei H., Ouyang C., Peng D. et al. Osteoporosis as an initial manifestation in a patient with Crohn's disease: A case report. *Exp Ther Med*. 2018. Vol. 15(4). P. 3997–4000.
7. Suk Lee Y., Kim N. H., Hyuk Son J. et al. Type 2 Autoimmune Pancreatitis with Crohn's Disease. *Intern Med*. 2018. Vol. 57(20). P. 2957–2962.
8. Osada A., Yamada H., Takehara S. et al. Gastrocnemius Myalgia as a Rare Initial Manifestation of Crohn's Disease. *Intern Med*. 2018. Vol. 57(14). P. 2001–2006.
9. Galvin S., Flint S. R., Toner M. E. et al. Oral lymphangiectasias and Crohn's disease: two case reports. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2018. Vol. 126(1). P. 31–34.