

С.Ю. Косюга,

д.м.н., доцент, зав. кафедрой стоматологии
детского возраста

Л.М. Лукиных,

заслуженный врач России, д.м.н.,
профессор, зав. кафедрой терапевтической
стоматологии

С.Э. Варванина,

аспирант 2-го года обучения кафедры
стоматологии детского возраста

Нижегородская ГМА

Клинический случай десквамативного глоссита у пациента со слабой степенью обсемененности желудка *Helicobacter pylori*

Резюме. В статье подробно описан клинический случай из практики, разработана схема лечения десквамативного глоссита у пациента со слабой степенью обсемененности желудка *Helicobacter pylori*. Для скорейшей эпителизации участка десквамации, уменьшения числа рецидивов заболевания, сокращения жалоб со стороны пациента необходимо проведение не только местного лечения, но и общего, с согласованием схемы с гастроэнтерологом. Лечение десквамативного глоссита, ассоциированного *Helicobacter pylori*, должно быть комплексным, индивидуализированным, этиопатогенетическим, обоснованным, последовательным, динамичным, симптоматическим. В схему лечения необходимо включать пробиотики и иммуномодуляторы, так как это снижает количество и выраженность побочных эффектов эрадикации, делая лечение патогенетически обоснованным и эффективным. Кроме того, проведение щадящей профессиональной гигиены в первое посещение, санация полости рта при первичных признаках эпителизации способствует профилактике реинфицирования слизистой оболочки желудка и полости рта *Helicobacter pylori*.

Ключевые слова: десквамативный глоссит, профессиональная гигиена полости рта, санация полости рта, *Helicobacter pylori*, эрадикация

Слизистая оболочка полости рта (СОПР) испытывает огромную нагрузку, связанную с постоянным воздействием физических, химических, механических, температурных раздражителей, а также с внедрением инфекционных агентов. Устойчивость к действию раздражителей во многом определяется целостностью эпителия, особенностями структуры и функций СОПР [1–4].

В настоящее время все чаще врач-стоматолог является «связующим звеном» между больным и врачом другого профиля, замечая на слизистой оболочке рта проявления общих заболеваний организма. Так, сухость полости рта нередко указывает на сахарный диабет; бледность мягкого, твердого неба и жжение кончика языка в покое говорят об остеохондрозе шейного отдела позвоночника; рецидивирующий афтозный стоматит, как правило, является признаком обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта (хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистита или глистной инвазии). Регистрируя

Summary. The article describes the clinical case, the scheme of treatment of desquamative glossitis in a patient with a weak degree of colonization of the stomach by *Helicobacter pylori*. For speedy epithelialization phase of desquamation, reducing the number of relapses, reduction of complaints from the patient needs to only local treatment, but General, with the approval of the scheme with the gastroenterologist. Treatment of desquamative glossitis associated *Helicobacter pylori*, should be comprehensive, individualized, etiopathogenetic, reasonable, consistent, dynamic, symptomatic. The treatment regimen should include probiotics and immunomodulators, as it reduces the number and severity of side effects of eradication, making the treatment is pathogenetically justified and effective. In addition, a gentle professional care in the first visit, the sanitation of the oral cavity during the initial signs of epithelialization contributes to the prevention of reinfection of the gastric mucosa and oral *Helicobacter pylori*.

Key words: desquamative glossitis, professional oral hygiene, oral hygiene, *Helicobacter pylori*, eradication

данные изменения СОПР, стоматолог в некоторых случаях впервые диагностирует патологический процесс и направляет пациента к соответствующему специалисту (эндокринологу, неврологу, гастроэнтерологу), тем самым предупредив развитие серьезных осложнений со стороны различных систем организма.

В современной литературе мало данных о проявлении *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) на СОПР, систематике этих проявлений, корреляции состояния СОПР и степени обсемененности желудка *H. pylori* [5–7].

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения заболеваний слизистой оболочки рта, ассоциированных *H. pylori*, до и после эрадикации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен случай десквамативного глоссита у пациентки со слабой степенью обсемененности желудка *H. pylori*. Больная Г., 52 лет, обратилась с жалобами

на дискомфорт в языке при приеме пищи, пощипывание, наличие гладкого пятна на языке. Считает себя больной более года, когда впервые ощутила дискомфорт в левой половине языка при приеме кислой, острой, горячей пищи. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический гастрит, желчно-каменная болезнь, артериальная гипертензия.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена, индекс КПУ — 26 (К — 3, П — 19, У — 4), галитоз, прочие показатели представлены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое, блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 35×20 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены. Со слов пациентки, пятно перемещается по спинке языка, то уменьшаясь, то увеличиваясь в диаметре (рис. 1). Оценка состояния местного иммунитета полости рта до лечения приведена в табл. 2.

Стоматологический диагноз: десквамативный глоссит, поверхностная мигрирующая форма.

Заключение эзофагогастродуоденоскопии с исследованием биоптата на наличие *H. pylori*: рефлюкс-эзофагит В-степени, хронический неатрофический гастрит, дуоденит. Степень обсемененности слизистой оболочки желудка *H. pylori* — слабая (+), до 20 микробных тел в поле зрения, при увеличении микроскопа ×630 (критерии Л.И. Аруина, 1995).

По заключению эзофагогастродуоденоскопии с исследованием биоптата на наличие *H. pylori*, результатам обследования гастроэнтеролога был поставлен общесоматический диагноз: рефлюкс-эзофагит В-степени, хронический неатрофический гастрит, ассоциированный *H. pylori*, дуоденит.

Рекомендовано:

А. Общее лечение:

1. Консультация, лечение, динамическое наблюдение у врача гастроэнтеролога для назначения схемы эрадикации (рабепразол 20 мг 2 раза в день; амоксициллин 1000 мг 2 раза в день; кларитромицин 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней). Соблюдение диеты.
2. Бифиформ по 1 капсуле 2 раза в день в течение 2 недель назначался обязательно в комплексе с эрадикацией.
3. Иммуномодулятор деринат, 0,25% раствор, закапывать в каждую ноздрю и полость рта по 2–3 капли 2–3 раза в день в течение 3–4 недель.
4. Таблетки милайф по 0,1 г 2 раза в день после еды в течение 4 недель.
5. Поливитамины с микроэлементами (юникап, супрадин, алфавит, олиговит на выбор), курс лечения — 1 месяц.



Рис. 1. Пациентка Г., 52 лет, десквамативный глоссит, до лечения

6. Мильгамма по 2 мл внутримышечно, через день, № 10.

Б. Местное лечение:

1. Профессиональная гигиена полости рта.
2. Рациональная гигиена полости рта. Зубы чистить 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь, в течение 3–4 минут, что составляет 400–450 парных движений зубной щеткой. Желательно использовать зубную пасту Colgate Sensitive Pro-Relief и/или Sensodyne F, зубную щетку средней жесткости. Гигиена языка: 2 раза в день спинку языка очищать резиновой щеткой для языка Colgate либо скребком для языка. После каждого приема пищи зубы очищать с помощью зубной щетки и гигиенической зубной пасты в течение 1–2 минут. Смена зубной щетки обязательна 1 раз в 3–4 недели.
3. Санация полости рта.
4. Консультация врача-ортопеда с целью рационального протезирования дефектов зубных рядов верхней и нижней челюсти.
5. Аппликации — солкосерил дентальная адгезивная паста, наносить на проблемный участок слизистой языка 2 раза в день, утром после завтрака и на ночь; витамин А в масле наносить на проблемный участок слизистой языка на 15–20 минут 1–2 раза в день в течение 10 дней.

В это же посещение, после предварительного нанесения на проблемный участок языка солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациентке проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием абразивной пасты Clean polish, циркулярных щеток, резинок, штрипсов.

Повторное посещение через 2 дня для осмотра и проведения профессиональной гигиены полости рта.

II посещение (3-й день)

Жалобы на дискомфорт в языке при приеме пищи, пощипывание, наличие гладкого пятна на языке.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, равномерно увлажнена. Стоматологические индексы приведены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое,

блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 35×20 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены.

В это же посещение, после предварительного нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациентке проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием абразивной пасты Clean polish, циркулярных щеток, резинок, штрипсов.

Повторное посещение через 2 дня для осмотра полости рта и проведения профессиональной гигиены.

III посещение (5-й день)

Жалобы на дискомфорт в языке при приеме пищи, пощипывание, наличие гладкого пятна на языке.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Стоматологические индексы приведены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое, блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 25×18 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия, с краев участка десквамации идет активный процесс эпителизации. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены.

В это же посещение, после предварительного нанесения на проблемные участки слизистой оболочки полости рта солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациентке проведена щадящая профессиональная гигиена полости рта с использованием абразивной пасты Clean polish, циркулярных щеток, резинок, штрипсов.

Повторное посещение через 2 дня для осмотра и санации полости рта.

IV посещение (7-й день)

Жалоб нет, пациентка отмечает значительное улучшение состояния.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Стоматологические индексы приведены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое, блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 21×16 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия, с краев участка десквамации идет активный процесс эпителизации. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены.

В это же посещение, после предварительного нанесения на проблемный участок языка солкосерил

дентальной адгезивной пасты, пациентке было проведено лечение зубов 3.5, 3.6 с диагнозом: кариес дентина.

Повторное посещение через 3 дня для осмотра и продолжения санации полости рта.

V посещение (10-й день)

Жалоб нет, пациентка отмечает значительное улучшение состояния.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая. Стоматологические индексы приведены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое, блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 14×11 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия, с краев участка десквамации идет активный процесс эпителизации. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены.

После предварительного нанесения на проблемный участок языка солкосерил дентальной адгезивной пасты, пациентке было проведено лечение зуба 2.6 с диагнозом: хронический периодонтит.

Повторное посещение через 4 дня для осмотра полости рта.

VI посещение (14-й день)

Жалоб нет, пациентка явилась для осмотра полости рта.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая. Стоматологические индексы приведены в табл. 1. На спинке языка слева имеется гладкое, блестящее пятно ярко-красного цвета, овальной формы, диаметром 3×2 мм, окруженное серо-белым ободком из нитевидных сосочков, покрытых не отторгнувшимися слоями эпителия, с краев участка десквамации идет активный процесс эпителизации. В центральной зоне пятна нитевидные сосочки полностью атрофированы, грибовидные сосочки сохранены. Со слов пациентки, пятно перемещается по спинке языка, то уменьшаясь, то увеличиваясь в диаметре.

VII посещение (16-й день)

Жалоб нет, пациентка явилась для осмотра полости рта.

При осмотре открывание рта свободное, кожные покровы чистые, регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижны, пальпация их безболезненная. В полости рта слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена, чистая. Участок десквамации полностью эпителизовался (рис. 2). Стоматологические индексы приведены в табл. 1, оценка состояния местного иммунитета полости рта после лечения — в табл. 2.

Таблица 1. Динамика основных стоматологических индексов

Индекс	Срок лечения, дней						
	При обращении	3	5	7	10	14	16
Гигиена по Green—Vermillion	3	2	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
РМА, %	60,1	31,4	22,4	20,5	16,5	16,2	16,2
Кровоточивость по Н. Kotzschke в мод. Л.М. Лукиных, Н.В. Тиуновой	3	1	0	0	0	0	0
К. Kojima	2	1	1	1	1	1	1
pH	5,96	6,63	7,10	7,10	7,10	7,10	7,10

Таблица 2. Состояние местного иммунитета полости рта до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения
IgA (сывороточный), г/л	3,78	4,23
IgG (сывороточный), г/л	21,89	20,21
IgM (сывороточный), г/л	1,84	2,09
sIgA (ротовой жидкости), г/л	0,234	0,118
IgA (ротовой жидкости), г/л	0,045	0,042
IgG (ротовой жидкости), г/л	0,042	0,032
IgM (ротовой жидкости), г/л	0	0
Лизоцим, %	43	24
Коэффициент сбалансированности факторов местного иммунитета	1,44	2,13

Пациентке даны рекомендации по индивидуальной профилактике заражения *H. pylori*: применять индивидуальные средства гигиены; не пользоваться общей невымытой посудой; мыть руки после туалета и перед едой; регулярно посещать стоматолога для профилактического осмотра и проведения профессиональной гигиены полости рта.

Пациентка поставлена на диспансерный учет, повторное посещение через 1, 3, 6 месяцев, 1 год.



Рис. 2. Пациентка Г., 52 лет, десквамативный глоссит, после лечения

РЕЗУЛЬТАТЫ

При назначении схемы общего и местного лечения, проведения щадящей профессиональной гигиены уже

в первое посещение, своевременной санации полости рта уменьшаются дискомфорт в языке при приеме пищи, пощипывание, наличие гладкого пятна на языке на 7-й день, первичные признаки эпителизации появляются на 5-й день, полная эпителизация слизистой оболочки языка происходит к 16-му дню, тогда как при отсутствии комплексного лечения жалобы сохраняются до 12–14 дней, первичные признаки эпителизации появляются на 7-й день, полная эпителизация слизистой оболочки языка происходит к 20-му дню.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

H. pylori способствует утяжелению клинических проявлений заболеваний слизистой оболочки рта. Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, ассоциированных *H. pylori*, необходимо проводить совместно с врачом-гастроэнтерологом, с согласованием схем местного и общего лечения.

Проведение щадящей профессиональной гигиены уже в первое посещение, своевременной санации полости рта на этапе эпителизации, рациональной гигиены полости рта способствует профилактике реинфицирования слизистой оболочки желудка и полости рта *H. pylori*.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лукиных Л.М. и др. Болезни полости рта. — Н. Новгород: НижГМА, 2004. — 510 с.
2. Зеленова Е.Г., Заславская М.И., Салина Е.В., Рассанов С.П., Маянский А.Н. Микрофлора полости рта: норма и патология. — Н. Новгород: НижГМА, 2004. — 157 с.
3. Боровский Е.В. и др. Терапевтическая стоматология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 840 с.
4. Рева Г.В. (ред.) Клиническая морфология, цитология, эмбриология полости рта. — Владивосток: ДВФУ, 2015. — 499 с.
5. Каспина А.И., Дрожжина В.А., Керзиков О.А. Влияние инфицирования *Helicobacter pylori* на состояние слизистой оболочки рта. — *Институт стоматологии*. — 2003; 4 (21): 68–9.
6. Лабезник Л.Б., Морозов И.А., Ильченко И.А. и др. Проблемы и перспективы исследований инфекции *Helicobacter pylori*. — *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. — 2006; 1: 8–9.
7. Шкаредная О.В. Комплексный подход к диагностике и лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами: дис. ... к.м.н. — Н. Новгород, 2013. — 124 с.