

Некоторые особенности симптомов и клинических проявлений патологии слизистой оболочки рта у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника

Р.Д. Юнусова¹, И.Н. Усманова¹, И.А. Лакман², А.Н. Ишмухаметова¹, А.П. Акопян¹

¹Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Российская Федерация

²Уфимский университет науки и технологий, г. Уфа, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

Актуальность. В работе представлены результаты комплексного стоматологического обследования пациентов с патологией красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта (СОР) на фоне проявлений болезни Крона (БК) и хронического неспецифического язвенного колита (ХНЯК).

Цель. Определить особенности жалоб и клинических проявлений патологии красной каймы губ и СОР в зависимости от этиологии.

Материалы и методы. Комплекс стоматологического обследования включал анализ жалоб, анамнеза, оценку состояния красной каймы губ и СОР, уровня интенсивности ноцицептивной боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Результаты и обсуждение. При БК и ХНЯК клинические проявления патологии красной каймы губ выявлены у 51,43% и 42,85% лиц ($p < 0,01$), хроническая травма СОР у 40,0% и 31,43% ($p < 0,05$), хронический рецидивирующий афтозный стоматит у 48,47% ($p < 0,001$) и 31,43% ($p < 0,01$), глоссит в 62,86% ($p < 0,001$) и 25,71% ($p < 0,01$), глоссодиния в 31,43% ($p < 0,01$) и 17,15% ($p < 0,05$) случаев. Основными жалобами пациентов при выявленной патологии СОР были неприятные ощущения в виде ссаждения и болезненности при приеме раздражающей пищи в 100% и 65,71% случаев, при разговоре – в 31,43% и 25,71% случаев, на наличие сухости в полости рта – в 51,43% и 25,71% случаев. Симптом жжения полости рта выявлен у 31,43% и 17,15% пациентов.

Выводы. На фоне клинического течения болезни Крона чаще всего превалирует патология красной каймы губ и слизистой оболочки рта по сравнению с пациентами с ХНЯК. Интенсивность боли по шкале ВАШ имеет прямую зависимость от течения БК и ХНЯК ($p < 0,055$).

Заключение. Многообразие клинических проявлений патологии красной каймы губ и слизистой оболочки рта имеет прямую зависимость от БК и ХНЯК, что является критерием для разработки комплексного подхода к их диагностике, и внедрения рекомендаций по их профилактике и лечению в практическое здравоохранение.

Ключевые слова: хейлит, афты, глоссит, симптом жжения полости рта, ноцицептивная боль, болезнь Крона, хронический неспецифический язвенный колит.

Для цитирования: Юнусова РД, Усманова ИН, Лакман ИА, Ишмухаметова АН, Акопян АП. Некоторые особенности симптомов и клинических проявлений патологии слизистой оболочки рта у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. *Пародонтология*. 2023;28(2):153-161. <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2023-28-2-153-161>.

Some features of oral mucosal disease symptoms and clinical manifestations in patients with chronic inflammatory bowel disease

R.D. Yunusova¹, I.N. Usmanova¹, I.A. Lakman², A.N. Ishmukhametova¹, A.P. Akopyan¹

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

²Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russian Federation

ABSTRACT

Relevance. The work presents the results of a comprehensive dental examination of patients with vermilion and oral mucosa proper (OM) diseases associated with manifestations of Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC).

Aim. To determine the cause-related features of complaints and clinical manifestations of vermilion and OM diseases.

Material and methods. The comprehensive dental examination included the analysis of complaints, history, and assessment of the vermilion and OM condition and the nociceptive pain severity score according to the Visual Analog Scale (VAS).

Results and discussion. In CD and UC, the vermilion diseases clinically manifested in 51.43% and 42.85% of subjects ($p < 0.01$), OM chronic trauma – in 40.0% and 31.43% ($p < 0.05$), chronic recurrent aphthae – in 48.47% ($p < 0.001$) and 31.43% ($p < 0.01$), glossitis – in 62.86% ($p < 0.001$) and 25.71% ($p < 0.01$), glossodynia – in 31.43% ($p < 0.01$) and 17.15% ($p < 0.05$) of cases. The main complaints of patients with the detected OM pathology included unpleasant sensations, like rawness and soreness, on taking irritating foods in 100% and 65.71% and talking in 31.43% and 25.71% of cases, dry mouth in 51.43% and 25.71% of cases. The burning mouth syndrome was in 31.43% and 17.15% of patients.

Conclusion. The vermilion and the oral mucosal diseases often prevail associated with the clinical course of Crohn's disease compared to patients with UC. The VAS pain severity score hinges on CD and UC course ($p < 0.055$).

The variety of clinical manifestations of the vermilion and oral mucosal diseases directly depends on CD and UC, a criterion for developing an integrated approach to their diagnosis and implementing recommendations for their prevention and treatment in practical health care.

Key words: cheilitis, aphthae, glossitis, mouth burning syndrome, nociceptive pain, Crohn's disease, ulcerative colitis.

For citation: Yunusova RD, Usmanova IN, Lakman IA, Ishmukhametova AN, Akopyan AP. Some features of the oral mucosal disease symptoms and clinical manifestations in patients with chronic inflammatory bowel disease. *Parodontologiya*. 2023;28(2):153-161 (in Russ.). <https://doi.org/10.33925/1683-3759-2023-28-2-153-161>.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) распространены и представляют собой актуальную проблему клинической медицины, в связи высокой частотой дебюта у лиц молодого возраста не только в России, но и в странах Европы, Северной и Латинской Америки, Израиле. Данная группа пациентов нуждается в необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода в их диагностике, оказании длительной, непрерывной, а зачастую пожизненной терапии и качественном диспансерном наблюдении, а также соблюдения принципов канцеропревенции [2–4, 9, 15, 16, 18, 19, 21–23].

По данным отчетов крупных центров Российской Федерации, средние сроки постановки пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника типа болезни Крона (БК) и хронического неспецифического колита (ХНЯК) от момента появления первых клинических симптомов составляет соответственно 2–3,5 года и от 1 до 1,5 лет соответственно, в результате чего увеличивается количество больных с клиническими проявлениями в средней или тяжелой форме [2, 11].

Внекишечные проявления БК и ХНЯК имеют прямую зависимость от тяжести клинического течения (легкая, средняя и тяжелая), могут проявляться в виде осложнений от проводимого комплексного медикаментозного лечения либо служить предиктором риска развития основного заболевания кишечника. По данным литературы, внекишечные симптомы БК и ХНЯК имеют прямую взаимосвязь с изменениями в скелетно-мышечных структурах, кожных покровах, органах брюшной полости, слизистой оболочке глаз, изменениями состава крови [17].

Стоматологические внекишечные проявления БК и ХНЯК также разнообразны, они могут проявляться в виде патологии твердых тканей зубов, тканей пародонтального комплекса, а также развитием патологии красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта. Лечение БК и ХНЯК может являться причиной нарушения состава микробиоты полости рта и развитию дисбиоза и кандидоза. Очень часто при патологии слизистой оболочки рта встречаются болевые синдромы и симптом жжения и сухости ротовой полости. Степень клинических проявлений и количество рецидивов с наличием эрозивно-язвенных элементов при различных патологических состояниях слизистой оболочки рта имеет прямую зависимость от степени тяжести БК и ХНЯК [1, 5–8, 12–14, 20].

Целью исследования явилось выявление некоторых особенностей жалоб, симптомов и клинических проявлений патологии красной каймы губ и слизистой оболочки рта у пациентов на фоне проявлений болезни Крона и хронического неспецифического язвенного колита.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 2020 по 2022 гг. было проведено комплексное клинико-стоматологическое нерандомизированное, открытое, двуцентровое (на базе ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21 г. Уфа) обследование с ретроспективным анализом данных историй болезни 70 пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (ХВЗК), по результатам которого сформированы две клинические группы. Первая клиническая группа включала 35

пациентов с БК со средним возрастом $37,5 \pm 1,6$ лет, вторая группа с ХНЯК также в количестве 35 пациентов, средний возраст которых составил $42,2 \pm 1,8$ года. В сравнении обследована группа из 35 пациентов без ХВЗК (средний возраст $46,6 \pm 2,4$ года).

Все участвующие лица с клиническими проявлениями ХВЗК проходили лечение в ГБУЗ РБ ГKB 21 г. и клиники БГМУ, Уфа. На основании данных историй болезни, особенностей клиники, лабораторных и эндоскопических показателей нами выделены факторы риска, характер клинического течения, длительность периода ремиссии, а также количество рецидивов при БК и ХНЯК.

Комплексное стоматологическое обследование включало оценку жалоб (на эстетический недостаток, стянутость и шелушение красной каймы губ, покалывание, жжение, сухость, боль при приеме раздражающей пищи и при разговоре, при проведении индивидуальной гигиены полости рта), клинический осмотр красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта, анализ анамнеза.

Оценка орофациальной боли проводилась на основании данных адаптированной русскоязычной версии Международной классификации орофациальной боли (МКОБ) 1-е издание (ICOP), ее интенсивность оценивалась на основании данных визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [10].

Для статистической обработки данных использовалась среда статистического моделирования с открытым кодом R. Сравнение частоты встречаемости признаков между группами I и II и с контролем проводили с использованием χ^2 -критерия. В случае если признак в одной из групп не наблюдался либо встречался редко (1-2 случая), то в тесте использовали поправку Йейтса. Для межгрупповых сравнений проявления боли в баллах использовали непараметрический критерий Мана – Уитни. Для выявления корреляции между клиническими проявлениями БК среднетяжелой формы и характером течения (частотой обострений) хронического рецидивирующего афтозного стоматита использовали коэффициент сопряженности Чупрова Кч, так как данный коэффициент позволяет оценить связь между признаками с номинальными категориями. Достоверными считали различия при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проводимого комплексного стоматологического обследования, оценки жалоб и анамнеза нами установлена частота наиболее характерных клинических особенностей состояния красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта у пациентов с БК, ХНЯК в сравнительном аспекте с данными полученными в контрольной группе (табл. 1).

Проведенное комплексное стоматологическое обследование лиц на фоне проявлений БК и ХНЯК среднетяжелой формы объективно на слизистой оболочке

собственно полости рта выявлены очаги гиперемии, отек и бугристость в 51,43% ($p < 0,001$) и 34,42% ($p < 0,01$) случаев, пастозность и отечность, соответственно, в 28,57% ($p < 0,01$) и 25,71% ($p < 0,01$) случаев. Признаки отека красной каймы губ и собственно слизистой оболочки полости рта выявлены, соответственно, в 40,0% ($p < 0,001$) и 80,0% ($p < 0,001$) случаев клинических наблюдений пациентов с БК, при ХНЯК данный признаки встречались в 57% ($p < 0,001$) и 23% ($p < 0,01$) случаев. У наблюдаемых пациентов контрольной группы признаков гиперемии, пастозности, отека со стороны красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта не выявлено (табл. 1).

При объективном осмотре пациентов с БК и ХНЯК наличие патологии красной каймы губ выявлено, соответственно, у 28 пациентов (80,0%) ($p < 0,01$) и 15 пациентов (42,85%) ($p < 0,01$), в контрольной группе у 5 пациентов (14,29%) (табл. 2).

Клинические проявления метеорологического хейлита характеризовались наличием легкой гиперемии и отечности нижней губы. При сборе жалоб у пациентов с БК и ХНЯК чаще всего отмечено присутствие чувства стянутости и шелушения. В 34,29% ($p < 0,001$) случаев наблюдений пациентов с БК диагностирована трещина нижней губы (по МКБ-K13.08). Трещины губ или другие неуточненные болезни губ, сопровождающиеся наличием жалоб на эстетический дефект, сухость и шелушение красной каймы губ, при ХНЯК были выявлены в 2 раза реже (17,29%, $p < 0,05$).

При комплексном стоматологическом обследовании собственно слизистой оболочки рта пациентов с БК и ХНЯК выявлена хроническая механическая травма (МКБ-10, K13.1) слизистой оболочки щек по линии смыкания зубов. В сравнительном аспекте между клиническими группами и группой контроля данная патология СОР встречалась вне зависимости от наличия ВЗК: при БК наблюдалась в 40,0% ($p < 0,05$) случаев клинических наблюдений, у лиц с ХНЯК в 1,3 раза реже ($p > 0,05$), в контрольной группе в 2,5 раза реже (табл. 2).

Основные жалобы, предъявляемые пациентами с ХВЗК, – это неприятные ощущения в виде саднения и болезненности слизистой оболочки щек при разговоре и при приеме раздражающей пищи в 100% случаев наблюдений.

Необходимо отметить также высокую частоту выявления хронического рецидивирующего афтозного стоматита (МКБ-10, K12.0) в среднем у 40% лиц на фоне клинических проявлений ХВЗК. При сборе анамнеза и клиническом осмотре наличие афт на слизистой оболочке рта отмечено у 17 (48,47%, $p < 0,001$) пациентов с БК, при ХНЯК – в 1,5 раза реже (31,43%, $p < 0,01$). Наблюдалось превалирование частоты выявления афтозного стоматита у лиц с БК по сравнению с лицами с ХНЯК. Локализация афтозных элементов полигональной формы и покрытых серо-белым налетом чаще всего наблюдалась на слизистой оболочке боковой поверхности языка, слизистой твердого неба.

Таблица 1. Характеристика клинического состояния слизистой оболочки рта у пациентов с БК, ХНЯК и лиц контрольной группы

Table 1. Characteristics of the oral mucosa clinical condition in patients with CD, UC and controls

Клиническое состояние СОР Clinical condition of the oral mucosa	Клинические группы / Clinical groups					
	I основная клиническая группа с БК Main clinical group I with CD n = 35		II основная клиническая группа с ХНЯК Main clinical group II with UC n = 35		Контрольная группа (Здоровые пациенты) Control group (Healthy patients) n = 35	
	Абс. / Abs	%	Абс. / Abs	%	Абс. / Abs	%
СОР бледно-розового цвета Pale pink oral mucosa	7***, #	20,0	15***	42,85	35	100
	$\chi^2 = 43,39$; p < 0,001		$\chi^2 = 25,27$; p < 0,001			
	$\chi^2 = 4,242$; p = 0,040					
Гиперемия СОР Hyperemia of the oral mucosa	18***	51,43	11**	34,42	0	0
	$\chi^2 = 21,61$; p < 0,001		$\chi^2 = 10,786$; p = 0,002			
	$\chi^2 = 2,885$; p = 0,090					
Пастозность СОР Sponginess of the oral mucosa	10**	28,57	9**	25,71	0	0
	$\chi^2 = 9,453$; p = 0,003		$\chi^2 = 8,160$; p = 0,005			
	$\chi^2 = 0,072$; p = 0,789					
Отек СОР Swelling of the oral mucosa	28***, #	80,0	20***	57,14	0	0
	$\chi^2 = 43,393$; p < 0,001		$\chi^2 = 25,270$; p < 0,001			
	$\chi^2 = 4,242$; p = 0,040					
Отек губ Lip swelling	14***	40,0	8*	22,86	0	0
	$\chi^2 = 15,089$; p < 0,001		$\chi^2 = 6,901$; p = 0,01			
	$\chi^2 = 2,386$; p = 0,123					

*, **, ***статистически значимые различия с контрольной группой при $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, соответственно
#статистически значимы различия между группами I и II при $p < 0,05$

*, **, ***differences are statistically significant compared to the control group at $p < 0.05$, $p < 0.01$, and $p < 0.001$, respectively
#differences are statistically significant between groups I and II at $p < 0.05$

По данным осмотра и опроса пациентов с афтозным стоматитом на фоне БК наличие рецидивов в среднем два раза в год отметили 5 (29,41%) из 17 пациентов, при этом 12 (70,59%) из 17 пациентов отметили обострение три раза в год. При клинических проявлениях афтозного стоматита на фоне ХНЯК 5 (45,45%) из 11 (31,43%) пациентов отметили наличие обострения в количестве одного раза в год, у 6 (54,55%) пациентов наблюдались обострения два раза в год. Выявлена корреляция между клиническими проявлениями БК среднетяжелой формы и характером течения (частотой обострений) хронического рецидивирующего афтозного стоматита согласно коэффициенту сопряженности Чупрова ($K_{\text{ч}} = 0,541$, $p = 0,009$).

Аномалии и самостоятельные заболевания языка в виде проявления различных глосситов (МКБ 10 – K14.5, K14.1) выявлены в 62,86% ($p < 0,001$) случаев осмотра пациентов с БК, и у 45,71% ($p < 0,01$) случаев при ХНЯК. При анализе жалоб 31,42% пациентов отмечали наличие необычного вида языка, 17,14% – наличие жжения, 13,33% обследованных пациентов отмечали наличия «трещины» языка, 11,43% – наличие болезненных ощущений при приеме раздражающей пищи, и только 9,52% осмотренных пациентов жало-

вались на плохой запаха изо рта. В случае клинического осмотра пациентов контрольной группы глоссит выявлен в 11,43% случаев наблюдений, в 100% случаев пациенты предъявляли жалобы на необычный вид языка и «трещины», плохой запах изо рта, легкое жжение при приеме раздражающей пищи.

К достаточно часто встречающимся визуальным изменениям слизистой дорсальной поверхности языка пациентов с БК и ХНЯК можно отнести наличие бело-серого налета, соответственно, в 48,57% и 31,43% случаев наблюдений, в контрольной группе таких проявлений в 2,8 ($p < 0,01$) и 1,8 ($p > 0,1$) раза меньше.

Отечность языка с наличием отпечатков по боковой поверхности языка (МКБ-10, K14.80 Зубчатый язык (язык с отпечатками зубов) диагностированы в среднем у 70,0% пациентов с БК и ХНЯК, в контрольной группе в 2,7 раза реже ($p < 0,01$) (табл. 2).

Симптом жжения полости рта, или глоссодиния выявлена у 31,43% ($p < 0,01$) и 17,15% ($p < 0,05$) пациентов на фоне клинических проявлений БК и ХНЯК, соответственно. У данной категории лиц превалировали жалобы на изменение чувствительности и жжение в боковой поверхности, кончике языка. Изменение вкусовых восприятий превалировали у пациентов с БК по сравнению с группой ХНЯК (табл. 2).

Таблица 2. Распространенность патологии слизистой оболочки рта у обследованных пациентов с болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом

Table 2. Prevalence of oral mucosal diseases in the examined patients with Crohn's disease and ulcerative colitis

Диагноз по МКБ-10, жалобы, симптомы ICD-10 diagnosis, complaints, symptoms	Клинические группы / Clinical groups					
	I основная клиническая группа с БК Main clinical group I with CD n = 35		II основная клиническая группа с ХНЯК Main clinical group II with UC n = 35		Контрольная группа (здоровые пациенты) Control group (Healthy patients) n = 35	
	Абс. / Abs	%	Абс. / Abs	%	Абс. / Abs	%
Метеорологический хейлит Weather-induced cheilitis	16**	45,71	9	25,71	5	14,29
	$\chi^2 = 8,231$; p = 0,005		$\chi^2 = 1,429$; p = 0,232			
	$\chi^2 = 3,049$; p = 0,081					
Трещины губ МКБ-10, K13.08 Другие неуточненные болезни губ (жжение, недостаток В2 и В6 и боль) Lip cracks ICD-10 code K13.08 Cheilitis NOS (burning, B2 and B6 deficiency and pain)	12***	34,29	6*	17,14	0	0
	$\chi^2 = 12,170$; p < 0,001		$\chi^2 = 4,557$; p = 0,033			
	$\chi^2 = 2,692$; p = 0,101					
Хроническая механическая травма СОР (МКБ-10, K13.1) Chronic mechanical OM trauma (ICD-10 code K13.1)	14*	40,0	11	31,43	5	14,28
	$\chi^2 = 5,851$; p = 0,016		$\chi^2 = 2,917$; p = 0,088			
	$\chi^2 = 0,560$; p = 0,455					
Рецидивирующий афтозный стоматит (МКБ-10, K12.0) Recurrent oral apthae (ICD-10 code K12.0)	17***	48,47	11**	31,43	0	0
	$\chi^2 = 19,889$; p < 0,001		$\chi^2 = 10,786$; p = 0,002			
	$\chi^2 = 2,143$; p = 0,144					
Складчатый язык (скротальный, борозчатый глоссит) (МКБ 10, K14.5) Plicated tongue (scrotal, furrowed) (ICD-10 code K14.5)	7	20,0	5	14,29	2	5,71
	$\chi^2 = 2,040$; p = 0,154		$\chi^2 = 0,635$; p = 0,426			
	$\chi^2 = 0,402$; p = 0,526					
Географический глоссит (десквамативный или мигрирующий глоссит)(МКБ 10, K14.1) Geographic tongue (benign migratory glossitis, glossitis areata exfoliative) (ICD-10 code K14.1)	15***	42,86	11*	31,43	2	5,71
	$\chi^2 = 11,188$; p < 0,001		$\chi^2 = 6,046$; p = 0,014			
	$\chi^2 = 0,979$; p = 0,323					
Обложенность языка (МКБ-10, K14.30) Coated tongue (ICD-10 code K14.30)	17**	48,57	11	31,43	6	17,14
	$\chi^2 = 7,835$; p = 0,006		$\chi^2 = 1,942$; p = 0,164			
	$\chi^2 = 2,143$; p = 0,144					
Зубчатый язык (язык с отпечатками зубов МКБ-10, K14.80) Crenated tongue (ICD-10 code K14.8)	28***	80,0	21***	60,0	0	0
	$\chi^2 = 43,393$; p < 0,001		$\chi^2 = 27,211$; p < 0,001			
	$\chi^2 = 3,333$; p = 0,068					
Симптом жжения полости рта, глоссодиния (МКБ-10, K14.6) Burning mouth syndrome, glossodynia (ICD-10 code, K14.6)	11**	31,43	6*	17,15	0	0
	$\chi^2 = 10,786$; p = 0,002		$\chi^2 = 4,557$; p = 0,033			
	$\chi^2 = 1,942$; p = 0,164					

*, **, ***статистически значимые различия с контрольной группой при $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$, соответственно
*, **, ***differences are statistically significant compared to the control group at $p < 0.05$, $p < 0.01$, and $p < 0.001$, respectively

Статистически значимые различия в группе с БК и в группе с ХНЯК были выявлены лишь при уровне значимости $p < 0,1$ для метеорологического хейлита и зубчатого языка (языка с отпечатками зубов МКБ-10, K14.80).

У пациентов на фоне внекишечных проявлений БК и ХНЯК в виде различной патологии слизистой оболочки рта и красной каймы проведена оценка интенсивности ноцицептивной боли с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) (табл. 3).

Таблица 3. Средние показатели уровня интенсивности ноцицептивной боли по шкале ВАШ у пациентов с патологией красной каймы губ и слизистой оболочки рта (Z-статистика и p-уровень согласно критерию Мана – Уитни)
Table 3. Average VAS nociceptive pain scores in patients with the vermillion border and oral mucosal diseases (Z-statistic and p value in the Mann – Whitney U test)

Жалобы / Показатели уровня боли по шкале ВАШ в баллах Complaints / VAS pain score, points	Группа конт- рольная без ХВЗК Control group without CIBD n = 35	БК CD n = 35	ХНЯК UC n = 35
Жалоба на боль в губе, затрудняющая разговор и прием пищи Complaints of lip pain affecting talking and eating	0	4,29 ± 0,71*; p < 0,001 Z = 0,961; p = 0,337	3,76 ± 0,24*; p < 0,001
Жалоба на боль в СОР при приеме раздражающей пищи Complaints of OM pain on eating irritating foods	0	5,79 ± 0,21*#; p < 0,001 Z = 1,966; p = 0,049	4,56 ± 0,40*; p < 0,001
Боль в СОР при проведении индивидуальной гигиены OM pain on practicing home oral care	0	4,91 ± 0,39*#; p < 0,001 Z = 2,101; p = 0,036	3,95 ± 0,05*; p < 0,001
Средние значения Mean values	0	5,00 ± 0,43*; p < 0,001 Z = 1,931; p = 0,054	4,09 ± 0,23*; p < 0,001

*статистически значимы различия с контрольной группой при p < 0,001

#статистически значимы различия между группами I и II при p < 0,05

*statistically significant differences compared to the control group at p < 0.001

#differences are statistically significant between groups I and II at p < 0.05

У пациентов с БК и ХНЯК на фоне выявленной патологии слизистой оболочки рта и красной каймы губ в основном преобладали жалобы на наличие боли при приеме раздражающей пищи, проведении индивидуальной гигиены полости рта и при разговоре. Интенсивность ноцицептивной боли по ВАШ варьировала от умеренной (4,29 балла) до сильной (5,79 балла).

Для пациентов с БК и ХНЯК на фоне диагностированной срединной трещины нижней губы, хронической механической травмы СОР, рецидивирующего афтозного стоматита, глоссита в основном преобладали жалобы на боль при приеме раздражающей пищи, показатель уровня интенсивности боли по шкале ВАШ составили 5,79 ± 0,21 балла (сильная боль) и 4,56 ± 0,40 балла (умеренная боль). В сравнительном аспекте интенсивность боли у пациентов с ХНЯК в 1,3 раза ниже, чем при БК, статистически значимые различия при p < 0,05 для боли в СОР при приеме раздражающей пищи и при проведении индивидуальной гигиены (согласно критерию Мана – Уитни).

В случае симптома жжения полости рта (глоссодиния, МКБ-10, К 14,6) на фоне клинических проявлений БК (11 пациентов (31,43%)) и ХНЯК (6 (17,15%)) преобладали жалобы на болевые ощущения в сочетании с сенестопатией и другими сенсорными нарушениями в виде жжения, покалывания кончика языка, боковой поверхности языка, сухости.

ВЫВОДЫ

У пациентов с БК и ХНЯК установлены значимые различия в частоте встречаемости различной патологии красной каймы губ и собственно слизистой

оболочки рта, которая значительно превалировала при болезни Крона.

1. Частота патологии красной каймы губ и слизистой оболочки рта в основном превалировала при болезни Крона по сравнению с хроническим неспецифическим язвенным колитом (p < 0,1).

2. Интенсивность боли по шкале ВАШ для пациентов с внекишечными проявлениями в виде патологии красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта имеет прямую зависимость от клинического течения БК и ХНЯК, при этом интенсивность ноцицептивной боли выше в группе с БК составила 5,00 ± 0,43, что характеризует значительную боль, при ХНЯК интенсивность боли в среднем 4,09 ± 0,23, что соответствует критерию умеренная боль (различия значимы при p < 0,055).

Таким образом, связь патологических процессов на слизистой оболочке рта и красной кайме губ с болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом не вызывает сомнений.

Многообразие клинических проявлений патологии красной каймы губ и собственно слизистой оболочки рта имеет прямую зависимость от периодов обострений и тяжести БК и ХНЯК, что является критерием для разработки комплексного подхода к их диагностике, а также внедрения рекомендаций по их профилактике и лечению в практическое здравоохранение.

Ограничения исследования. Настоящее исследование имеет ряд ограничений. Прежде всего дизайн исследования двучетовый, ретроспективный и нерандомизированный. Количество пациентов было относительно небольшим, что снижает точность исследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Робакидзе НС, Барановский АЮ. Анализ течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Институт стоматологии*. 2016;1(70):58-59. Режим доступа: elibrary.ru/item.asp?id=25844124
2. Бакулин ИГ, Жигалова ТН, Латария ЭЛ, Сказываева ЕВ, Скалинская МИ, Ситкин СИ и др. Опыт внедрения федерального регистра пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в Санкт-Петербурге. *Фарматека*. 2017;5:56-59. Режим доступа: elibrary.ru/item.asp?id=30754549
3. Бакулин ИГ, Скалинская МИ, Сказываева ЕВ. Северо-Западный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: достижения и уроки. *Колонпроктология*. 2022;21(1):37-49. doi: 10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49
4. Биннатли ША, Алешин ДВ, Куликов АЭ, Романов РИ. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу язвенного колита (обзор литературы). *Колонпроктология*. 2019;18:1:89-100. doi: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-89-100
5. Кляритская ИЛ, Стилиди ЕИ, Максимова ЕВ, Шахбазиди Г. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника. *Крымский Терапевтический Журнал*. 2017;32(1):47-51. Режим доступа: elibrary.ru/item.asp?id=28367558
6. Гаус ОВ, Ахмедов ВА, Коршунов АС. Афтозный стоматит как дебют болезни Крона. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;9:97-100. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100
7. Каграманова АВ, Михайлова СФ, Князев ОВ, Фадеева НА, Лищинская АА, Парфенов АИ. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника. *Терапия*. 2017;4(14):107-118. Режим доступа: <https://journals.eco-vector.com/2412-4036/article/view/277699>
8. Коломиец СВ, Удальцова КА, Шинкевич ВИ. Дебют болезни Крона в полости рта. *Клинический случай*. *Стоматология*. 2017;96(5):28-30. doi: 10.17116/stomat201796528-30
9. Маев ИВ, Шелыгин ЮА, Скалинская МИ, Веселов АВ, Сказываева ЕВ, Расмагина ИА, и др. Патоморфоз воспалительных заболеваний кишечника. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2020;75(1):27-35. doi: 10.15690/vramn1219
10. Международная классификация орофациальной боли, 1-е издание (ICOP). Адаптированная русскоязычная версия. *Альманах клинической медицины*. 2022;50:1-82. doi: 10.18786/2072-0505-2022-50-005
11. Осипенко МФ, Валуйских ЕЮ, Светлова ИО, Кулыгина ЮА, Скалинская МИ, Бикбулатова ЕА, и др. Регистр воспалительных заболеваний кишечника в г. Новосибирске: итоги-2016. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2017;37:1:61-67. Режим доступа: elibrary.ru/item.asp?id=28280117
12. Робакидзе НС, Щукина ОБ. Патогенетические аспекты поражения полости рта при воспалительных заболеваниях кишечника. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019;29(4):15-21. doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-4-15-21
13. Шипицына МС, Тютюк СЮ, Иорданишвили АК. Стоматологическая заболеваемость при болезни Крона и хроническом неспецифическом язвенном колите. *Медицина: теория и практика*. 2018;3(1):121. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/stomatologicheskaya-zabolevaemost-pri-bolezni-krona-i-hronicheskom-nespetsificheskom-yazvennom-kolite>
14. Трухан ЛЮ, Трухан ДИ. Стоматологические проблемы гастроэнтерологических пациентов и возможные пути их решения. *Медицинский Совет*. 2016;(19):134-137. doi: 10.21518/2079-701X-2016-19-134-137
15. Шелыгин ЮА, Веселов АВ, Сербина АА. Основные направления организации специализированной колопроктологической помощи. *Колонпроктология*. 2017;1:76-81. doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1-76-81
16. Bek S, Nielsen JV, Bojesen AB, Franke A, Bank S, Vogel U, et al. Systematic review: genetic biomarkers associated with anti-TNF treatment response in inflammatory bowel diseases. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2016;44(6):554-567. doi: 10.1111/apt.13736
17. Bernstein CN, Benchimol EI, Bitton A, Murthy SK, Nguyen GC, Lee K, et al. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: extra-intestinal diseases in IBD. *J Canad Ass Gastr*. 2019;2(1):73-80. doi: 10.1093/jcag/gwy053
18. Bernstein CN. Review article: changes in the epidemiology of inflammatory bowel disease-clues for aetiology. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2017;46(10):911-919. doi: 10.1111/apt.14338
19. Ghersin I, Khteeb N, Katz LH, Daher S, Shamir R, Assa A. Trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease among Jewish Israeli adolescents: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2019;49(5):556-563. doi: 10.1111/apt.15160
20. Harbord M, Annesse V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's & colitis*. 2016;10(3):239-254. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjv213
21. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Eric MPhil, и др. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *The Lancet*. 2018;390(10114):2769-2778. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0

22. Park SH, Kim YJ, Rhee KH, Kim YH, Hong SN, Kim KH, et al. A 30-year trend analysis in the epidemiology of inflammatory bowel disease in the Songpa-Kangdong district of Seoul, Korea in 1986–2015. *Journal of Crohn's & colitis*. 2019;13(11):1410–1417. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz081

REFERENCES

1. Robakidze NS, Baranovsky AY. The analysis of recurrent aphthous stomatitis of the patients with inflammatory bowel disease. *The Dental Institute*. 2016;1(70):58–59 (In Russ.). Available from: elibrary.ru/item.asp?id=25844124
2. Bakulin IG, Zhigalova TN, Latariya EL, Skazyvaeva EV, Skalinskaya MI, Sitkin SI, et al. Experience of introduction of the Federal Registry of patients with inflammatory bowel diseases in Saint Petersburg. *Farmateka*. 2017;5:56–59 (In Russ.). Available from: elibrary.ru/item.asp?id=30754549
3. Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. North-Western register of patients with inflammatory bowel diseases: achievements and lessons learned. *Koloproktologia*. 2022;21(1):37–49 (In Russ.). doi: 10.33878/2073-7556-2022-21-1-37-49
4. Binnatli ShA, Aleshin DV, Kulikov AE, Romanov RI. Quality life of patients operated for ulcerative colitis. *Koloproktologia*. 2019;18(1):89–100 (In Russ.). doi: 10.33878/2073-7556-2019-18-1-89-100
5. Kliaritskaia IL, Stilidi EI, Maksimova EV, Shakhbazidi G. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Crimean journal of internal diseases*. 2017;32(1):47–51 (In Russ.). Available from: elibrary.ru/item.asp?id=28367558
6. Gaus OV, Akhmedov VA, Korshunov AS. Aphthous stomatitis as the debut of Crohn's disease. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;9:97–100 (In Russ.). doi: 10.31146/1682-8658-ecg-169-9-97-100
7. Kagramanova AV, Mikhailova SF, Knyazev OV, Fadeeva NA, Lishchinskaya AA, Parfenov AI. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *Therapy*. 2017;4(14):107–118 (In Russ.). Available from: <https://journals.eco-vector.com/2412-4036/article/view/277699>
8. Kolomiets SV, Udaltsova KA, Shinkevich VI. Manifestation of Crohn's disease in the oral cavity: clinical case. *Stomatologiya*. 2017;96(5):28–30 (In Russ.). doi: 10.17116/stomat201796528-30
9. Maev IV, Shelygin YA, Skalinskaya MI, Veselov AV, Skazyvaeva EV, Rasmagina IA, et al. The Pathomorphosis of Inflammatory Bowel Diseases. *Annals of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2020;75(1):27–35 (In Russ.). doi: 10.15690/vramn1219
10. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). Adapted Russian-language version. *Altmanac of Clinical Medicine*. 2022;50:1–82. doi: 10.18786/2072-0505-2022-50-005

23. Windsor JW, Kaplan GG. Evolving epidemiology of IBD. *Current gastroenterology reports*. 2019;21(8):40–46. doi: 10.1007/s11894-019-0705-6

11. Osipenko MF, Valuiskikh EYu, Svetlova IO, Kulygina YuA, Skalinskaya MI, Bikbulatova EA, et al. Register of inflammatory bowel diseases in Novosibirsk-2016. *The Siberian scientific medical journal*. 2017;37(1):61–67 (In Russ.). Available from: elibrary.ru/item.asp?id=28280117
12. Robakidze NS, Shchukina OB. Pathogenetic Aspects of Oral Cavity Lesions in Inflammatory Gastrointestinal Tract Diseases. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2019;29(4):15–21 (In Russ.). doi: 10.22416/1382-4376-2019-29-4-15-21
13. Shipitsyna MS, Tytyuk SYu, Iordanishvili AK. Dental morbidity in crohn's disease and chronic ulcerative colitis. *Medicine: theory and practice*. 2018;3(1):121 (In Russ.). Available from: <https://cyberleninka.ru/article/n/stomatologicheskaya-zabolevaemost-pri-bolezni-krona-i-hronicheskoy-nespetsificheskoy-yazvennoy-kolite>
14. Trukhan LYu, Trukhan DI. Stomatological problems of gastroenterological patients and their possible solutions. *Medical Council*. 2016;(19):134–137 (In Russ.). doi: 10.21518/2079-701X-2016-19-134-137
15. Shelygin YuA, Veselov AV, Serbina AA. Main directions of organization of a specialized coloproctological medical care. *Koloproktologia*. 2017;(1):76–81 (In Russ.). doi: 10.33878/2073-7556-2017-0-1-76-81
16. Bek S, Nielsen JV, Bojesen AB, Franke A, Bank S, Vogel U, et al. Systematic review: genetic biomarkers associated with anti-TNF treatment response in inflammatory bowel diseases. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2016;44(6):554–567. doi: 10.1111/apt.13736
17. Bernstein CN, Benchimol EI, Bitton A, Murthy SK, Nguyen GC, Lee K, et al. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: extra-intestinal diseases in IBD. *J Canad Ass Gastr*. 2019;2(1):73–80. doi: 10.1093/jcag/gwy053
18. Bernstein CN. Review article: changes in the epidemiology of inflammatory bowel disease—clues for aetiology. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2017;46(10):911–919. doi.org/10.1111/apt.14338
19. Ghersin I, Khteeb N, Katz LH, Daher S, Shamir R, Assa A. Trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease among jewish Israeli adolescents: a population-based study. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2019;49(5):556–563. doi: 10.1111/apt.15160
20. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extraintestinal Mani-

festations in Inflammatory Bowel Disease. *Journal of Crohn's & colitis*. 2016;10(3):239–254.

doi:10.1093/ecco-jcc/jjv213

21. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Eric MPhil, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *The Lancet*. 2018;390(10114):2769–2778.

doi: 10.1016/S0140-6736(17)32448-0

22. Park SH, Kim YJ, Rhee KH, Kim YH, Hong SN, Kim KH, et al. A 30-year trend analysis in the epidemiology of inflammatory bowel disease in the Songpa-Kangdong district of Seoul, Korea in 1986–2015. *Journal of Crohn's & colitis*. 2019;13(11):1410–1417.

doi: 10.1093/ecco-jcc/jjz081

24. Windsor JW, Kaplan GG. Evolving epidemiology of IBD. *Current gastroenterology reports*. 2019;21(8):40–46.

doi:10.1007/s11894-019-0705-6

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юнусова Рита Дамировна, аспирант кафедры терапевтической стоматологии с курсом Института дополнительного профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: puma-a-a1990@ya.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4556-0864>

Автор, ответственный за связь с редакцией:

Усманова Ирина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии с курсом Института дополнительного профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: irinausma@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1781-0291>

Лакман Ирина Александровна, кандидат технических наук, доцент кафедры биомедицинской инженерии, заведующая научной лабораторией ис-

следования социально-экономических проблем регионов, Уфимский университет науки и технологий, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: Lackmania@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9876-9202>

Ишмухаметова Амина Насимовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: amina.ishmukhametova@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0892-0058>

Акопян Анаит Погосовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии Института дополнительного профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Российская Федерация

Для переписки: ano-akopian@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8436-5610>

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Rita D. Yunusova, DMD, PhD student, Department of Operative Dentistry with the course of Institute of Continuing Professional Education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

For correspondence: puma-a-a1990@ya.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4556-0864>

Corresponding author:

Irina N. Usmanova, DMD, PhD, DSc, Professor, Department of Operative Dentistry with the course of Institute of Continuing Professional Education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

For correspondence: irinausma@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1781-0291>

Irina A. Lakman, PhD in Technical Sciences, Associate Professor, Department of Biomedical Engineering, Head of the Scientific Laboratory for the Study of Social and Economic Problems, Ufa University of Science and Technology, Ufa, Russian Federation

For correspondence: Lackmania@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9876-9202>

Amina N. Ishmukhametova, MD, PhD, Associate Professor, Department of Operative Dentistry with the

course of Institute of Continuing Professional Education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

For correspondence: amina.ishmukhametova@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0892-0058>

Anait P. Akopyan, MD, PhD, Associate Professor, Department of Neurology, Institute of Continuing Professional Education, Bashkir State Medical University, Ufa, Russian Federation

For correspondence: ano-akopian@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8436-5610>

Конфликт интересов:

Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов/ Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests

Поступила / Article received 01.04.2023

Поступила после рецензирования / Revised 25.04.2023

Принята к публикации / Accepted 15.05.2023