

Поражения полости рта при болезни Крона (клинический случай)

Ю. П. Успенский^{1,2}, Ю. А. Фоминых^{1,2}, А. А. Гнутов¹

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Болезнь Крона – это хроническое воспалительное заболевание кишечника, которое может поражать любую часть пищеварительного тракта – от рта до ануса. Поражения полости рта при болезни Крона являются одними из наиболее частых внекишечных проявлений этого заболевания и могут отражать различные аспекты патогенеза этого заболевания. Они могут быть вызваны специфическим гранулематозным воспалением в слизистой оболочке полости рта, могут быть связаны с синдромом мальабсорбции, а также с побочными эффектами лекарственной терапии БК. При БК также может возникать несколько внекишечных проявлений одновременно и появление одного из них повышает вероятность развития другого. Зачастую поражения полости рта могут ухудшать качество жизни пациентов и требовать специального лечения. Также в данной статье приведен клинический случай болезни Крона с рецидивирующим афтозным стоматитом.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: болезнь Крона, поражения полости рта, афтозный стоматит.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Oral lesions in Crohn's disease (clinical case)

Yu. P. Uspensky^{1,2}, Yu. A. Fominykh^{1,2}, A. A. Gnutov¹

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²First Saint Petersburg State Medical University n.a. academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

Crohn's disease is a chronic inflammatory bowel disease that can affect any part of the digestive tract from the mouth to the anus. Oral lesions in oral Crohn's disease are the most common extraintestinal manifestations of this disease and may reflect various pathogenic diseases. They can cause specific granulomatous inflammation in the oral mucosa, may be caused by malabsorption in patients, and also with side effects of CD drug therapy. In CD, several extraintestinal manifestations can also occur at the same time, and the appearance of one of them increases the likelihood of developing another. Use of private sector services. Also, in this article there are cases of development of Crohn's disease with recurrent aphthous stomatitis.

KEYWORDS: Crohn's disease, oral lesions, aphthous stomatitis.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

У значительной части пациентов с болезнью Крона (БК) может быть одно или несколько поражений полости рта. Поражения полости рта на фоне БК можно рассматривать в качестве внекишечных проявлений, связанных с воспалительным заболеванием кишечника (ВЗК) или как прямое распространение патологического процесса на полость рта [1]. В целом внекишечные проявления могут существенно влиять на качество жизни и состояние пациента. Распространенность внекишечных проявлений колеблется от 6 до 47 %. У пациентов с периаанальной БК, с поражением толстой кишки и у курильщиков отмечается повышенный риск развития внекишечных проявлений. Кроме того, у пациентов может развиваться несколько внекишечных проявлений одновременно и возникновение одного внекишечного проявления увеличивает риск развития другого внекишечного проявления.

Важную роль в патогенезе внекишечных проявлений играет запуск иммунологических реакций за счет общих эпитопов (например, кишечных бактерий и синовиальных оболочек). У пациентов с проявлениями внекишечных

заболеваний также имеется выраженная генетическая предрасположенность, была продемонстрирована связь между внекишечными проявлениями и локусами главного комплекса гистосовместимости [4, 5].

Поражения полости рта при БК могут отражать различные аспекты патогенеза этого заболевания. Они могут быть вызваны специфическим гранулематозным воспалением в слизистой оболочке полости рта, могут быть связаны с нарушением всасывания питательных веществ, а также с побочными эффектами лекарственной терапии БК (табл. 1). Внекишечные проявления в полости рта могут как предшествовать кишечным проявлениям, так и возникать одновременно либо после возникновения кишечных проявлений.

К специфическим поражениям полости рта при болезни Крона относятся диффузный отек губ и щек, гранулематозный хейлит, изъязвление слизистой оболочки в виде «булыжной мостовой» и индуративные полиповидные образования слизистой оболочки. Специфические поражения характеризуются макроскопическим сходством

Специфические проявления	• Диффузный отек губ и щек • Изъязвление слизистой оболочки в виде «булыжной мостовой» • Гранулематозный хейлит • Индуративные полиповидные образования слизистой оболочки • Глубокие линейные язвы • Vegetирующий пиостоматит
Неспецифические проявления	• Афтозные язвы • Ангулярный хейлит • Кариес • Гингивит • Пародонтит • Красный плоский лишай • Дисфагия • Сухость во рту • Галитоз • Лимфаденопатия • Изменения вкуса • Глоссит • Кандидоз

с поражением слизистой оболочки тонкой и толстой кишки при болезни Крона, а также наличием неказеозных гранул при микроскопическом исследовании биоптатов [6].

Диффузный отек губ и щек – это одно из частых специфических проявлений БК полости рта. В патологический процесс могут вовлекаться губы, слизистые оболочки щек и мягкие ткани лица. Отек имеет плотную консистенцию, чаще безболезненный, стойкий. В некоторых случаях отек может искажать черты лица и существенно ухудшать качество жизни. Чаще всего отек локализуется на одной губе, но иногда может распространяться на обе губы. При этом верхняя и нижняя губы поражаются с одинаковой частотой. Кроме того, у многих пациентов с выраженным отеком губ могут появляться глубокие болезненные вертикальные трещины.

Гранулематозное воспаление слизистой оболочки полости рта характеризуется формированием гранул, отеком и утолщением слизистой оболочки полости рта. Эти изменения могут имитировать внешний вид «булыжной мостовой» при осмотре полости рта и имеют сходство с отеком слизистой оболочки кишечника при эндоскопии. Наиболее часто подобные изменения наблюдаются на слизистых оболочках щек, причем пораженные участки чередуются с участками нормальной слизистой оболочки, образуя складки.

Глубокие линейные изъязвления, окруженные гиперпластическими краями, обычно располагаются в преддверии полости рта [8].

Индуративные полиповидные образования слизистой оболочки можно наблюдать в различных местах ротовой полости. Они представляют собой небольшие локализованные отеки слизистой оболочки, часто протекающие бессимптомно [9].

Гранулематозный хейлит (хейлит Мишера) является моносимптомной формой орофациального гранулематоза. Это редкое состояние, чаще проявляющееся в молодом возрасте [10, 11]. Орофациальный гранулематоз (синдром Мелькерссона – Розенталя) включает в себя гранулематозный хейлит Мишера, парез лицевого нерва и формирование складчатого языка (*lingua plicata*) [12]. При этом, по мнению ряда авторов, орофациальный гранулематоз является идиопатическим заболеванием и при выявлении у пациента системного гранулематозного заболевания, в частности болезни Крона, лежащего в основе данных изменений, диагноз должен быть пересмотрен в пользу внекишечных проявлений болезни Крона [13, 14].

К неспецифическим проявлениям при БК относятся афтозный стоматит, ангулярный хейлит, кариес, гингивит, пародонтит, красный плоский лишай, дисфагия, сухость во рту, галитоз, лимфаденопатия, изменения вкуса, глоссит, кандидоз.

Афтозный стоматит – наиболее часто встречающееся поражение полости рта при БК. Так, частота афтозного стоматита у пациентов с БК достигает 30–50 %. Это состояние характеризуется появлением множественных болезненных мелких язв в полости рта, которые могут затруднять прием пищи. По данным литературы, течение

афтозного стоматита при болезни Крона ассоциировано с обострениями основного заболевания, в то время как при язвенном колите такой связи не отмечается. [15, 16].

Ангулярный хейлит клинически проявляется эритемой с болезненными трещинами и язвами в уголках рта. Ангулярный хейлит и глоссит при ВЗК могут возникать вследствие развития железодефицитной анемии и В₁₂-дефицитной анемии, а также в результате бактериальной или грибковой инфекции на фоне иммуносупрессивной терапии [5].

У пациентов с ВЗК значительно чаще встречался кариес зубов по сравнению со здоровыми лицами, что может быть связано с нарушениями пищевого поведения и нарушением всасывания кальция на фоне основного заболевания [17]. Синдром мальнутриции выявляется у 23 % амбулаторных пациентов и до 85 % госпитализированных пациентов с ВЗК и может приводить, помимо прочего, к развитию дефицита цинка, витамина А и С. Клинически дефицит витамина А может проявляться в виде ангулярного хейлита, атрофии и сухости слизистой оболочки рта. Дефицит витамина С, в свою очередь, может проявляться в виде генерализованного отека десен и кровоточивости десен, изъязвлений, увеличения подвижности зубов, а также повышает риск развития пародонтита. Дефицит цинка клинически может проявляться в виде эрозий, язв и трещин, шелушащихся высыпаний на губах, синдрома жжения во рту и изменения вкуса [5, 18].

Поражения полости рта при ВЗК также могут быть обусловлены побочными эффектами лекарственных средств, применяемых для индукции ремиссии и поддерживающей терапии. На фоне приема сульфасалазина возможно развитие лихеноидной реакции в полости рта, появление металлического привкуса [19, 20]. Прием глюкокортикостероидов, азатиоприна, 6-меркаптопурина, метотрексата повышает риск инфекционных осложнений в полости рта, прежде всего оппортунистической грибковой инфекции *Candida albicans* [21]. Азатиоприн и метронидазол также могут вызывать преходящие нарушения вкуса [20, 22]. Терапия азатиоприном, 6-меркаптопурином

Таблица 2
Поражения полости рта, связанные с приемом лекарств
(по [1] с дополнениями)

Поражения полости рта, связанные с приемом лекарств	
Адалимумаб	Инфекции, ангионевротический отек, парадоксальные реакции
Азатиоприн	Синдром Шегрена
Будесонид	Глоссит, сухость во рту
Цертолизумаб пегол	Ангионевротический отек, синдром Стивенса – Джонсона, парадоксальные реакции
Холестирамин	Глоссит, изменение вкуса, изменения зубов, кровоточивость десен
Циклоспорин	Гингивит, гиперплазия десен
Ципрофлоксацин	Ангионевротический отек, синдром Стивенса – Джонсона, кандидоз полости рта, потеря вкуса
Инфликсимаб	Инфекции, ангионевротический отек, парадоксальные реакции
Лоперамид	Ангионевротический отек, синдром Стивенса – Джонсона, сухость во рту
Месалазин	Стоматит, сухость во рту, изменение вкуса
Метотрексат	Стоматит, гингивит
Метронидазол	Металлический привкус, глоссит, стоматит, кандидоз, сухость во рту
Преднизолон	Оральный кандидоз
Микофенолата мофетил	Синдром Шегрена
Сульфасалазин	Ангионевротический отек, стоматит, синдром Стивенса – Джонсона, изменение вкуса
Такролимус	Синдром Шегрена



Рисунок. Афтозный стоматит.

и метотрексатом может сопровождаться развитием афтозного стоматита и гингивита [23]. Лихеноидная реакция в полости рта также может наблюдаться при назначении препаратов генно-инженерной биологической терапии, таких как инфликсимаб, адалимумаб и цертолизумаб [19].

Клинический случай

Пациент К., 24 года, предъявляет жалобы на учащение стула до четырех раз в сутки, V–VI тип по Бристольской шкале, с примесью видимой крови и слизи, на боли

в нижних отделах живота, на ложные позывы к дефекации, на снижение веса на 10 кг за последний год, на афты слизистой оболочки полости рта.

Анамнез заболевания: с детства рецидивирующий афтозный стоматит, около 7 месяцев назад появились вышеописанные жалобы, за медицинской помощью не обращался. Месяц назад на фоне погрешности в диете – ухудшение самочувствия в виде увеличения интенсивности болей в животе, учащения стула. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

Физикальное обследование: состояние удовлетворительное, рост 190 см, вес 65 кг, ИМТ 18 кг/м² – недостаточная масса тела. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. При осмотре полости рта определяется крупная афта на слизистой оболочке мягкого неба (см. рис.). Периферических отеков нет, вены шеи не набухшие. Аускультация легких: дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. АД – 116/70 мм рт. ст., ЧСС – 68 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области, болезненность при пальпации нисходящей ободочной кишки, печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурии нет.

Выполнена ФКС: слизистая толстой кишки во всех отделах розовая, блестящая, сосудистый рисунок сохранен. В терминальном отделе подвздошной кишки и в слепой кишке слизистая отечная, очагово гиперемирована с лимфоидной гиперплазией и множественными острыми эрозиями до 3 мм с перифокальным воспалением. Гистологическое исследование: сегментарный илеит, колит, морфологическая картина соответствует болезни Крона. ASCA положительные, СРБ 17,3 мг/л. Установлен диагноз болезни Крона, назначены системные глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, однако отмечалась непереносимость в виде лекарственного поражения печени. В дальнейшем была инициирована терапия генно-инженерным биологическим препаратом устекинумаб. После достижения клинической ремиссии произошло заживление афтозного стоматита. Как и в данном случае, чаще всего клиническая ремиссия ВЗК приводит к купированию поражений полости рта. Однако в случае, если этого не происходит, к терапии могут добавляться препараты местного действия, включающие в себя глюкокортикостероиды, такролимус, средства для полоскания рта с 5-АСК, местные анестетики, нестероидные противовоспалительные пасты и антисептики, антимикотики (нистатин, кетоконазол, клотримазол). Также могут применяться препараты железа, В₁₂, фолиевой кислоты и цинка. В тяжелых случаях возможно назначение препаратов генно-инженерной биологической терапии [5, 24].

У пациентов с БК часто встречаются поражения полости рта, которые отличаются значительным клиническим разнообразием. Также поражения полости рта могут повлечь за собой тяжелые инвалидизирующие последствия не только из-за изнуряющей клинической симптоматики, но и из-за косметических дефектов, в особенности у молодых пациентов. Большая часть поражений полости рта легко поддаются лечению и купируются на фоне адекват-

ватной терапии БК, однако в некоторых случаях может потребоваться эскалация медикаментозной терапии или даже хирургическое вмешательство, что определяет необходимость междисциплинарного подхода.

Список литературы / References

- Katsanos KH, Torres J, Roda G, Brygo A, Delaporte E, Colombel JF. Review article: Non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Jul; 42 (1): 40–60. DOI: 10.1111/apt.13217. Epub 2015 Apr 28. PMID: 25917394.
- Успенский Ю.П., Иванов С.В., Майорова О.В., Фоминых Ю.А. Воспалительные заболевания кишечника и ожирение: современное состояние проблемы. *Медицинский алфавит.* 2020; 37: 29–34. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-37-29-34>.
Uspenskiy Yu. P., Ivanov S. V., Mayorova O. V., Fominykh J. A. Inflammatory bowel disease and obesity: Current state of issue. *Medical Alphabet.* 2020; (37): 29–34. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-37-29-34>.
- А.В. Веселов, Е.А. Белоусова, И.Г. Бакулин и др. Оценка экономического бремени и текущего состояния организации лекарственного обеспечения пациентов с иммуновоспалительными заболеваниями (на примере язвенного колита и болезни Крона) в Российской Федерации. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2020. Т. 28. № 52. С. 1137–1145. DOI: 10.32687/0869-866x-2020-28-52-1137-1145.
A. V. Veselov, E. A. Belousova, I. G. Bakulin i dr. Assessment of the economic burden and the current state of the organization of drug provision for patients with immunoinflammatory diseases (using the example of ulcerative colitis and Crohn's disease) in the Russian Federation. *Problems of social hygiene, health care and history of medicine.* 2020. Vol. 28. No. 52. Pp. 1137–1145. DOI: 10.32687/0869-866x-2020-28-52-1137-1145. (In Russ)
- Ю.П. Успенский, К.Н. Наджафова, Ю.А. Фоминых и др. Экстраинтестинальные поражения при воспалительных заболеваниях кишечника: фокус на гепатобилиарную систему. *Фарматека.* 2021; 28 (2): 36–42. DOI: 10.18565/pharmateca.2021.2.36-42.
Yu. P. Uspenskiy, K. N. Nadzhafova, Yu. A. Fominykh et al. Extraintestinal lesions in inflammatory bowel diseases: Focus on the hepatobiliary system. *Pharmateca.* 2021; 28 (2): 36–42. DOI: 10.18565/pharmateca.2021.2.36-42. (In Russ)
- Muhvić-Urek M, Tomac-Stojmenović M, Mijandrušić-Sinčić B. Oral pathology in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2016; 22 (25): 5655–67. DOI: 10.3748/wjg.v22.i25.5655.
- Tan CX, Brand HS, de Boer NK, Forouzanfar T. Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: Part 1: Crohn's disease. *Br Dent J.* 2016; 221 (12): 794–799. DOI: 10.1038/sj.bdj.2016.954. PMID: 27982000.
- Lauritano D, Boccalari E, Di Stasio D, Della Vella F, Carinci F, Lucchese A, Petruzzi M. Prevalence of Oral Lesions and Correlation with Intestinal Symptoms of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel).* 2019; 9 (3): 77. DOI: 10.3390/diagnostics9030077.
- Chi AC, Neville BW, Krayner JW, Gonsalves WC. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician.* 2010; 82 (11): 1381–8. PMID: 21121523.
- Jurge S, Hegarty AM, Hodgson T. Orofacial manifestations of gastrointestinal disorders. *Br J Hosp Med (Lond).* 2014 Sep; 75 (9): 497–501. DOI: 10.12968/hmed.2014.75.9.497. PMID: 25216165.
- Álvarez-Garrido H, Pericet-Fernández L, Martínez-García G, Tejerina-García JA, Peral-Martínez I, Miranda-Romero A. Crohn's disease and cheilitis granulomatosa: Role of silicone fillers. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 239–41. DOI: 10.1016/j.jaad.2009.12.055. PMID: 21679838.
- de Castro López MJ, Illade Quinteiro L, Martínón Torres F, Cutrín Prieto JM. Read my lips: Oral manifestations of systemic diseases. *J Pediatr.* 2013; 163 (6): 1784–5. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.06.080. Epub 2013 Aug 20. PMID: 23968748.
- С.А. Жилин, В.Г. Радченко, В.П. Добрица. Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника. *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.* 2013; 5 (2): 111–117.
S. A. Zhilin, V. G. Radchenko, V. P. Dobritsa. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *Bulletin of the North-Western State Medical University n.a. I. I. Mechnikov.* 2013; 5 (2): 111–117.
- Al-Hamad A, Porter S, Fedele S. Orofacial Granulomatosis. *Dermatol Clin.* 2015; 33 (3): 433–46. DOI: 10.1016/j.det.2015.03.008. Epub 2015 May 6. PMID: 26143423.
- Робакидзе Н.С. Современные представления о патогенезе сочетанных заболеваний полости рта и желудочно-кишечного тракта. *Институт стоматологии.* 2020; 89: 64–65.
Robakidze N. S. Modern ideas about the pathogenesis of combined diseases of the oral cavity and gastrointestinal tract. *Institute of Dentistry.* 2020; 89: 64–65 (In Russ.)
- Jurge S, Hegarty AM, Hodgson T. Orofacial manifestations of gastrointestinal disorders. *Br J Hosp Med (Lond).* 2014; 75(9): 497–501. DOI: 10.12968/hmed.2014.75.9.497. PMID: 25216165.
- Робакидзе Н.С. Анализ течения рецидивирующего афтозного стоматита у больных с воспалительными заболеваниями кишечника. *Институт стоматологии.* 2016; 1 (70): 58–59.
Robakidze N. S. Analysis of the course of recurrent aphthous stomatitis in patients with inflammatory bowel diseases. *Institute of Dentistry.* 2016; 1 (70): 58–59 (In Russ.)
- Grössner-Schreiber B, Fetter T, Hedderich J, Kocher T, Schreiber S, Jepsen S. Prevalence of dental caries and periodontal disease in patients with inflammatory bowel disease: A case-control study. *J Clin Periodontol.* 2006; 33 (7): 478–84. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2006.00942.x.
- С.В. Иванов, Ю.П. Успенский, Ю.А. Фоминых, И.Е. Хорошилов. Анемия при язвенном колите: нутриционные аспекты. *Медицина: теория и практика.* 2018; 3 (1): 34–35.
S. V. Ivanov, Yu. P. Uspenskiy, Yu. A. Fominykh, I. E. Khoroshilov. Anemia in ulcerative colitis: nutritional aspects. *Medicine: theory and practice.* 2018; 3(1): 34–35 (In Russ.)
- Yuan A, Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2015; 119 (1): 35–47. DOI: 10.1016/j.oooo.2014.09.009. Epub 2014 Sep 17. PMID: 25442252.
- С.М. Горобец, И.Г. Романенко, А.А. Джередей и др. Стоматологические аспекты проявления нежелательных лекарственных реакций. *Таврический медико-биологический вестник.* 2018; 21 (3): 166–174.
S. M. Gorobets, I. G. Romanenko, A. A. Dzherelei et al. Dental aspects of the manifestation of adverse drug reactions. *Tauride Medical and Biological Bulletin.* 2018; 21 (3): 166–174. (In Russ.)
- Dave M, Purohit T, Razonable R, Loftus EV Jr. Opportunistic infections due to inflammatory bowel disease therapy. *Inflamm Bowel Dis.* 2014; 20 (1): 196–212. DOI: 10.1097/mib.0b013e3182a827d2. PMID: 24051931.
- Ellul P, Vella V, Vassallo M. Reversible dysgeusia attributed to azathioprine. *Am J Gastroenterol.* 2007; 102 (3): 689. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2007.01040_6.x. PMID: 17335457.
- Д.И. Трухан, В.В. Голошубина, Л.Ю. Трухан. Изменения со стороны органов и тканей полости рта при гастроэнтерологических заболеваниях. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2015; 3 (115): 90–93.
D. I. Trukhan, V. V. Goloshubina, L. Yu. Trukhan. Changes in organs and tissues of the oral cavity in gastroenterological diseases. *Experimental and clinical gastroenterology.* 2015; 3 (115): 90–93 (In Russ.)
- Ribaldone DG, Brigo S, Mangia M, Saracco GM, Astegiano M, Pellicano R. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Disease and the Role of Non-Invasive Surrogate Markers of Disease Activity. *Medicine (Basel).* 2020; 7 (6): 33.

Статья поступила / Received 20.08.23

Получена после рецензирования / Revised 23.10.23

Принята в печать / Accepted 04.12.23

Сведения об авторах

Успенский Юрий Павлович, д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана¹, проф. кафедры внутренних болезней стоматологического факультета². E-mail: uspenskiy65@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-6434-1267

Фоминых Юлия Александровна, д.м.н., доцент, проф. кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана¹, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета². E-mail: jaf@mail.ru.
ORCID: 0000-0002-2436-3813

Гнутов Александр Александрович, ассистент кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана¹. E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru.
ORCID: 0000-0002-3353-8232

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Автор для переписки: Гнутов Александр Александрович.
E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

About authors

Uspenskiy Yuri P., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹, professor at Dept of Internal Medicine of Faculty of Dentistry². E-mail: uspenskiy65@mail.ru.
ORCID: 0000-0001-6434-1267

Fominykh Yulia A., DM Sci (habil.), associate professor, professor at Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹, associate professor at Dept of Internal Medicine of Faculty of Dentistry². E-mail: jaf@mail.ru.
ORCID: 0000-0002-2436-3813

Gnutov Alexander A., assistant at Dept of Faculty Therapy n.a. professor V. A. Waldman¹. E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru.
ORCID: 0000-0002-3353-8232

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²First Saint Petersburg State Medical University n.a. academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Gnutov Alexander A. E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

Для цитирования: Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Гнутов А.А. Поражения полости рта при болезни Крона (клинический случай). *Медицинский алфавит.* 2023; (34): 20–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-34-20-23>

For citation: Uspenskiy Yu. P., Fominykh Yu. A., Gnutov A. A. Oral lesions in Crohn's disease (clinical case). *Medical alphabet.* 2023; (34): 20–23. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-34-20-23>

