

УДК 616.314

## ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

© *Тытюк С.Ю.<sup>1</sup>, Пихур О.Л.<sup>2</sup>, Шулушко Б.И.<sup>4</sup>, Иорданишвили А.К.<sup>1</sup>, Карев Ф.А.<sup>3</sup>, Васильев А.В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург; <sup>3</sup> Центральная районная больница г. Тосно, Ленинградская область;

<sup>4</sup> Санкт-Петербургский медико-социальный институт, Санкт-Петербург

E-mail: [pol0012@mail.ru](mailto:pol0012@mail.ru)

Проведено клиническое стоматологическое обследование 122 больных в возрасте от 20 до 69 лет с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона и хронический неспецифический язвенный колит). Установлена высокая распространенность кариеса зубов и некариозных поражений твердых тканей зуба в виде эрозий эмали, клиновидных дефектов и повышенной стираемости зубов. Из воспалительных заболеваний пародонта у больных с воспалительными заболеваниями кишечника чаще всего встречался хронический генерализованный пародонтит. Поражения слизистой оболочки полости рта представлены в виде хронического катарального стоматита и хронического рецидивирующего афтозного стоматита. Оценка уровня гигиены полости рта с помощью индекса гигиены Грина-Вермилльона у больных показывает, что достоверно значимых различий в уровне гигиены больных с воспалительными заболеваниями кишечника и в группе контроля не обнаружено. Уровень оказания стоматологической помощи населению для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника характеризуется как недостаточный.

**Ключевые слова:** твердые ткани зуба, кариес, некариозные поражения зубов, пародонт, слизистая оболочка полости рта, болезнь Крона, хронический неспецифический язвенный колит.

## LESIONS OF ORGANS AND TISSUES OF ORAL CAVITY IN CHRONIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN ADULTS

*Tytyuk S.Yu.<sup>1</sup>, Pikhur O.L.<sup>2</sup>, Shulutko B.I.<sup>4</sup>, Iordanishvili A.K.<sup>1</sup>, Karev F.A.<sup>3</sup>, Vasiliev A.V.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> S.M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg;

<sup>2</sup> I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg;

<sup>3</sup> Tosno Central District Hospital, Leningrad Region; <sup>4</sup> Saint Petersburg Medical-Social Institute, St. Petersburg

The clinical dental examination was performed in 122 patients aged 20 to 69 years with chronic inflammatory bowel diseases (Crohn's disease and chronic ulcerative colitis). The high prevalence of dental caries and non-cariou lesions of hard dental tissues, namely enamel erosion, sphenoid defects and excessive attrition of teeth was revealed. It is the chronic generalized parodontitis that mostly occurs in patients with inflammatory bowel diseases. Lesions of oral mucosa include chronic catarrhal stomatitis and chronic recurrent aphthous stomatitis. Assessing the patients' oral hygiene by Green-Vermillion's hygienic index shows that there are no significant differences in the level of dental hygiene in patients with inflammatory bowel disease and in the control group. The dental service for patients with inflammatory bowel diseases is characterized as inadequate.

**Keywords:** hard dental tissue, caries, non-cariou lesions of teeth, parodontium, mucosa of oral cavity, Crohn's disease, chronic ulcerative colitis.

В соответствии с классификацией европейских консенсусов по диагностике и лечению болезни Крона и язвенного колита (The European Organization of Crohns and Colitis (ECCO)), болезнь Крона (БК) и хронический неспецифический язвенный колит (ХНЯК) относятся к воспалительным заболеваниям кишечника (ВЗК) [18]. Эти заболевания отличаются тяжелым рецидивирующим течением, высокой частотой осложнений, необходимостью проведения длительной терапии и неблагоприятным прогнозом. Распространенность ВЗК составляет от 20 до 500 случаев на 100000 населения в разных регионах мира, в странах Европы наблюдается их неуклонный рост.

В настоящее время этиология и патогенез болезни Крона и хронического неспецифического

язвенного колита полностью не изучены [12-14]. Данные ряда авторов свидетельствуют о расстройствах иммунной системы [16, 19], а также нарушениях основных звеньев гемостаза у больных БК и ХНЯК [1, 2, 10, 11, 17], что свидетельствует о системном характере изменений в организме.

Воспалительные заболевания кишечника сопровождаются внекишечными поражениями кожи, суставов, глаз, а также органов и тканей челюстно-лицевой области [3, 15]. Некоторые авторы отмечают, что стоматологическая заболеваемость на фоне ВЗК достаточно высока [6-8, 16, 20, 21], однако в основном внимание уделяется патологии слизистой оболочки полости рта в виде афтозного стоматита [9]. Анализ литературных источников показывает, что оральные проявления

у больных ВЗК на сегодняшний день изучены недостаточно детально, что и определило цель нашего исследования – исследование патологии органов и тканей полости рта при болезни Крона и хроническом неспецифическом язвенном колите у взрослого человека.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено клиническое стоматологическое обследование 122 больных (68 женщин и 54 мужчины) с воспалительными заболеваниями кишечника в возрасте от 20 до 69 лет, постоянно проживающих в городе Санкт-Петербурге. В соответствии с основным соматическим заболеванием сформированы две группы обследуемых лиц: I группа – с болезнью Крона (60 человек в возрасте от 20 до 63 лет) и II группа – с хроническим неспецифическим язвенным колитом (62 человека в возрасте от 22 до 69 лет). Контрольная группа практически здоровых лиц составляла 120 человек в возрасте от 19 до 72 лет. Все обследованные разделены на три возрастные группы: молодой (18–39 лет), средний (40–59 лет), пожилой (60–74 лет) возраст.

При определении стоматологического статуса пациентов оценивали состояние твердых и мягких тканей полости рта, гигиеническое состояние полости рта и уровня оказания стоматологической помощи населению.

При оценке состояния твердых тканей зубов определяли распространенность и интенсивность кариеса зубов, распространенность некариозных поражений зубов. Для выявления интенсивности кариеса проводился расчет индекса КПУ:

$KPY = K + П + У$ , где

К – число кариозных зубов;

П – число запломбированных зубов;

У – число удаленных зубов.

Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний тканей пародонта применялся индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта CRITN, рекомендованный ВОЗ в 1990 г. Для его определения зубной ряд делился на шесть секстантов, выделялись 10 индексных зубов: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46, 47. При обследовании учитывался только один код, характеризующий наихудшее состояние. Каждый секстант оценивался при наличии в нем двух или более зубов. Обследование срединных, медиальных и дистальных зон вестибулярных и язычных поверхностей зубов проводилось с помощью пародонтального зонда. Учитывались критерии индекса, представленные в виде кодов:

0 – здоровые ткани пародонта;

1 – кровоточивость, наблюдаемая во время или после зондирования, глубина кармана до 3 мм;

2 – наличие над- и поддесневых зубных отложений, глубина кармана до 3,5 мм;

3 – глубина кармана 4-5 мм;

4 – глубина кармана 6 мм и более;

X – в секстанте присутствует только один зуб или нет ни одного зуба (третьи моляры исключаются, кроме тех случаев, когда они находятся на месте вторых моляров).

Коды 0 или X свидетельствуют об отсутствии необходимости лечения. Код 1 или выше указывает на необходимость улучшения гигиены полости рта. Значение 2 или выше – требует проведения профессиональной гигиены полости рта. Код 3 свидетельствует о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и юретажа. Код 4 указывает на необходимость комплексного лечения заболеваний пародонта.

При определении индекса гигиены Грина-Вермильона (ОНИ-S) исследовали 6 рядом стоящих зубов или по 1-2 из разных групп (большие и малые коренные зубы, резцы) нижней и верхней челюстей, их вестибулярные и оральные поверхности на предмет наличия зубного налета. При этом зубам присваивались следующие баллы:

налет на 1/3 поверхности коронки зуба – 1 балл;

налет на 1/2 поверхности коронки зуба – 2 балла;

налет на 2/3 поверхности коронки зуба – 3 балла;

отсутствие налета – 0 баллов.

Разделив сумму баллов на число обследованных зубов, получали индекс гигиены полости рта. Индекс ОНИ-S, равный 1, соответствовал норме или хорошему гигиеническому состоянию, индекс ОНИ-S 1 – плохому состоянию.

Уровень оказания стоматологической помощи населению по П.А. Леусу (1976) рассчитывали по формуле:

$$УОСП = 100\% - \frac{K+A}{КПУ} \times 100\%, \text{ где}$$

К – среднее количество нелеченых кариозных поражений, включая кариес пломбированного зуба;

А – среднее количество удаленных зубов, невосстановленных протезами;

КПУ – индекс КПУ.

Результаты оценивались следующим образом: УОСП < 10% – плохой, УОСП = 10-49 – недостаточный, УОСП = 50-74 – удовлетворительный, УОСП > 75 – хороший уровень оказания стоматологической помощи населению.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием методов параметрической и непараметрической статистики. Методы описательной (дескриптивной) статистики включали в себя оценку среднего арифметического, средней ошибки среднего значения; а также частоты встречаемости признаков с дискретными значениями. Для оценки межгрупповых различий значений признаков, имеющих непрерывное распределение, применяли t-критерий Стьюдента и непараметрический U-критерий Вилкоксона-Манна-Уитни, а при сравнении частотных величин –  $\chi^2$ -критерий Пирсона и точный метод Фишера. Анализ зависимости между признаками проводили с помощью g-критерия Пирсона,  $r_s$ -критерия Спирмена и  $\chi^2$ -критерия Пирсона. Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0). Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во время стоматологического осмотра из анамнеза установлена частота наиболее характерных жалоб больных, которая представлена в табл. 1.

Обращает на себя внимание высокая частота жалоб на сухость в полости рта в группе обследованных с БК, при этом отмечена положительная корреляция между жалобами на сухость в полости рта и возрастом больных ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,001$ ). Это подтверждает прогрессивный характер течения патологии.

Во время внешнего осмотра у некоторых больных отмечены изменения со стороны кожных покровов, поражения красной каймы губ различного характера, что отражено в табл. 2.

Обнаружена положительная корреляционная связь данного признака с тяжестью течения БК (со 2-й степенью тяжести – 62,5% и 3-й степенью – 37,5%;  $\chi^2 = 7,19$ ;  $p = 0,027$ ;  $r_s = 0,42$ ;  $p < 0,007$ ).

Таблица 1

Основные жалобы пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника

Жалобы	БК (n=60)	ХНЯК (n=62)	$\chi^2$	p
Кровоточивость десен	27,5%	–	10,54	<0,001
Сухость в полости рта	77,5%	37,5%	13,09	<0,001
Жжение в полости рта	27,5%	–	10,54	<0,001
Образование афт	52,5%	35,0%	1,83	>0,10
Запах из полости рта	32,5%	47,5%	1,88	>0,10

Таблица 2

Поражения красной каймы губ у пациентов  
с болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом

Вид поражения	БК (n=60)	ХНЯК (n=62)	$\chi^2$	p
Трещины в углах рта	10,0%	–	2,37	>0,10
Трещины красной каймы губ	20,0%	–	6,80	<0,01
Отечность губ	7,5%	–	1,39	>0,10
Сухость губ	37,5%	30,0%	0,50	>0,10

Таблица 3

Данные индексной оценки нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN)  
у больных с воспалительными заболеваниями кишечника

Значение индекса	БК (n=60)	ХНЯК (n=62)	$\chi^2$	p
0	0,0%	0,0%	-	-
1	0,0%	0,0%	-	-
2	92,5%	97,5%	0,26	>0,10
3	0,0%	2,5%	0,01	>0,10
4	7,5%	0,0%	1,39	>0,10

Примечание:  $\chi^2 = 4,05$ ;  $p > 0,10$

На основании различий в частоте встречаемости трещины красной каймы губ между группами больных можно сделать предположение о различиях в патогенезе двух рассматриваемых форм ВЗК, а также о степени выраженности системных нарушений при тяжелых формах течения БК.

При обследовании слизистой оболочки полости рта (СОПР) хронический катаральный стоматит (КС) выявлен у больных с БК в 65,0% случаев и у больных ХНЯК в 73,0% случаев. Достоверных отличий по частоте КС между группами с ВЗК не обнаружено ( $\chi^2 = 0,23$ ;  $p > 0,10$ ).

Необходимо отметить также высокую частоту поражения слизистой оболочки полости рта хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС): обследованные с БК – в 52,5%, с ХНЯК – в 35,0% случаев. Причем на момент стоматологического осмотра у 14,3% пациентов с БК и 28,6% пациентов с ХНЯК отмечен ХРАС в стадии обострения.

К достаточно часто встречающимся изменениям слизистой оболочки полости рта у обследованных лиц можно отнести налет на дорзальной поверхности языка, имеющий, как правило, беловато-серый цвет. В группе с БК он отмечен в 82,5%, ХНЯК – в 72,5% случаев ( $\chi^2 = 0,65$ ;  $p > 0,10$ ).

Как весьма характерное явление для обеих групп обследованных отмечена отечность слизистой оболочки полости рта (при БК в – 78,0%, ХНЯК – в 75,0% случаев;  $\chi^2 = 0,01$ ;  $p > 0,10$ ).

Возможно, наличие отечности СОПР связано с сопровождающими болезнью Крона и язвенный колит метаболическими расстройствами и, в частности, с нарушениями электролитного баланса и белкового обмена. Обнаружена обратная корреляция отечности СОПР с тяжестью основного заболевания: при БК –  $r_s = -0,36$ ;  $p = 0,022$ ; при ХНЯК –  $r_s = -0,46$ ;  $p < 0,003$ .

Другие выявленные виды поражений слизистой оболочки полости рта отмечены только в группе обследованных с болезнью Крона: пузырьки – 2,5%, бугорки – 2,5%, красный плоский лишай – 2,5% случаев.

У всех обследованных с БК и ХНЯК выявлены симптомы воспалительных заболеваний пародонта, для оценки которых использован индекс CRITN (табл. 3).

Данные о распространенности процесса воспалительного поражения тканей пародонта представлены в табл. 4.

Результаты проведенного обследования твердых тканей зубов свидетельствуют о высокой распространенности кариеса зубов у больных с воспалительными заболеваниями кишечника (рис. 1), что согласуется с литературными данными [4, 5]. Распространенность кариеса зубов увеличивается с возрастом и в каждой возрастной группе достигает максимальных значений у больных, страдающих как язвенным колитом, так и болезнью Крона ( $p < 0,05$ ).

Таблица 4

Распространенность процесса воспалительного поражения тканей пародонта у больных с воспалительными заболеваниями кишечника

Распространенность процесса	БК (n=60)	ХНЯК (n=62)	$\chi^2$	p
Локализованный	2,5%	25,0%	6,75	0,009
Генерализованный	97,5%	75,0%		

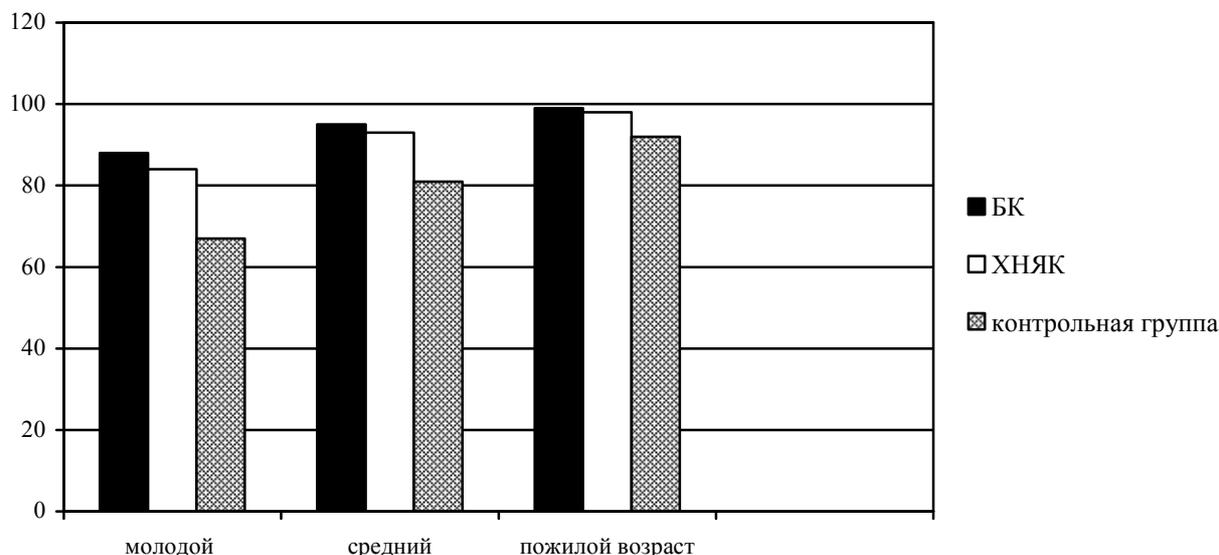


Рис. 1. Распространенность кариеса зубов у обследованных лиц в зависимости от возраста (%).

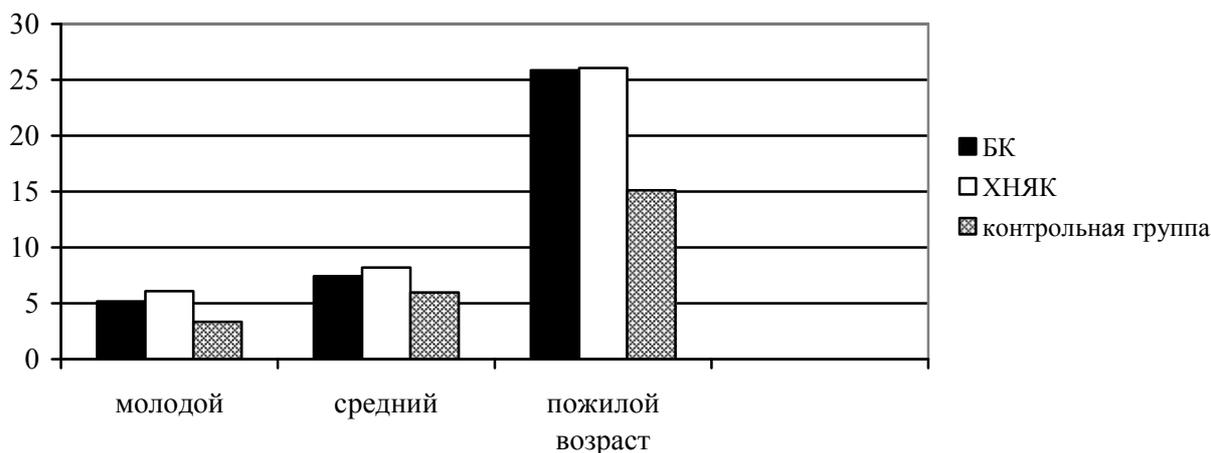


Рис. 2. Интенсивность кариеса зубов обследованных лиц в зависимости от возраста.

Таблица 5

Распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов обследованных пациентов (%)

Группа	Некариозные поражения				
	Гипоплазия эмали	Эрозия	Флюороз	Клиновидные дефекты зубов	Повышенная стираемость
БК	11,1	21,3	0	24,2	23,7
ХНЯК	12,0	20,6	0	22,5	22,9
Контрольная	8,9	10,4	1,1	16,5	17,1

Примечание:  $\chi^2 = 8,55, p = 0,04$

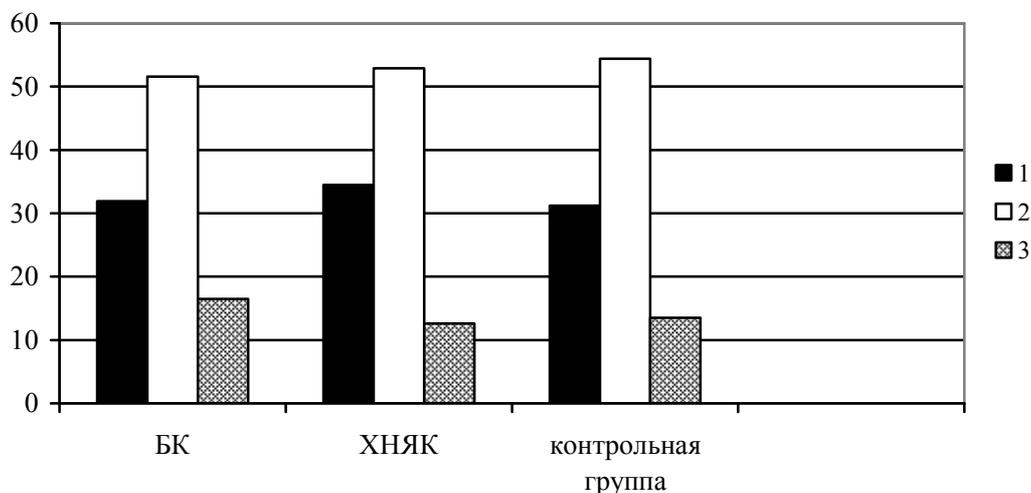


Рис. 3. Гигиеническое состояние полости рта обследованных лиц.

Согласно данным индекса КПУ интенсивность кариеса зубов в каждой возрастной группе у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника значительно выше по сравнению с контрольной группой (рис. 2). Кроме того, результаты исследования интенсивности кариеса зубов обследованных пациентов показывают, что у лиц разного возраста наблюдалась различная степень активности кариозного процесса. Так, I степень активности кариеса (КПУ < 9, компенсированная форма) выявлена у лиц молодого и среднего возраста как в контрольной группе, так

и у больных ВЗК. У лиц пожилого возраста в группе контроля наблюдалась II степень активности кариеса, а у больных БК и ХНЯК – III степень активности кариеса (КПУ > 16, декомпенсированная форма). При анализе отдельных компонентов индекса КПУ оказалось, что уже в молодом возрасте у этих пациентов удалены зубы по поводу осложнений кариеса, и впоследствии компонент «У» значительно возрастал, особенно в пожилом возрасте.

При исследовании некариозных поражений твердых тканей зубов, в том числе патологии,

возникшей в период их развития в виде гипоплазии эмали, флюороза, и патологии, развивающейся после прорезывания зубов в виде эрозии эмали, клиновидных дефектов и повышенной стираемости зубов, получены следующие результаты (табл. 5). Чаще всего встречались повышенная стираемость зубов, клиновидные дефекты и эрозии как у больных с ВЗК, так и в группе контроля. Однако у пациентов, страдающих болезнью Крона и язвенным колитом, распространенность данных патологий выше. Полученные данные свидетельствуют об актуальности проблемы некариозных поражений твердых тканей зубов во всех обследованных группах.

Известно, что гигиеническое состояние полости рта является важным фактором в возникновении и развитии как кариеса, так и заболеваний тканей пародонта. Оценка уровня гигиены полости рта у обследованных лиц с помощью индекса гигиены ОНI-S показывает, что достоверно значимых различий ( $\chi^2 = 0,55$ ,  $p > 0,10$ ) в уровне гигиены больных с ВЗК и в группе контроля не обнаружено (рис. 3).

Установлено, что уровень оказания стоматологической помощи населению для пациентов с ХНЯК составил 47%, БК – 49%, что характеризуется как недостаточный.

Таким образом, в результате исследования установлена более высокая распространенность кариеса зубов у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника по сравнению с контрольной группой. Распространенность кариеса зубов увеличивается с возрастом и в старшей возрастной группе достигает максимальных значений: у больных, страдающих хроническим неспецифическим язвенным колитом – 98%, болезнью Крона – 99%.

Среди некариозных поражений твердых тканей зуба у обследованных лиц с болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом, как и в группе контроля, чаще всего встречались поражения, развивающиеся после прорезывания зубов, в виде повышенной стираемости зубов (23,7 и 22,9% случаев, соответственно), клиновидных дефектов (24,2 и 22,5% случаев, соответственно) и эрозий (21,3 и 20,6% случаев, соответственно). Однако у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника распространенность данных патологий выше, чем в контрольной группе.

У всех обследованных с ВЗК выявлены симптомы воспалительных заболеваний пародонта. Чаще всего встречался хронический генерализованный пародонтит: при БК – в 97,5%, при ХНЯК – в 75,0% случаев.

Поражения слизистой оболочки полости рта представлены в виде хронического катарального

стоматита (у больных с БК – в 65,0%, с ХНЯК – в 73,0% случаев) и хронического рецидивирующего афтозного стоматита (обследованные с БК – в 52,5%, с ХНЯК – в 35,0% случаев).

Оценка уровня гигиены полости рта у обследованных лиц с помощью индекса гигиены Грина-Вермильона показывает, что достоверно значимых различий в уровне гигиены больных с ВЗК и в группе контроля не обнаружено. Уровень оказания стоматологической помощи населению для пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника характеризуется как недостаточный.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Барановский А.Ю., Иващенко Т.Э., Щукина О.Б., Семенов Н.В. Генетические маркеры болезни Крона: перспективы диагностики и прогноза заболевания // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. – 2006. – № 24. – С. 97-98.
2. Гвидо А. Болезнь Крона и язвенный колит; пер. с нем. / Под ред. А.А. Шептулина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 527 с.
3. Златкина А.Р., Белоусова Е.А. Внекишечные проявления болезни Крона // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – № 6. – С. 33-38.
4. Иорданишвили А.К., Пихур О.Л., Черный Д.А., Янковский В.В. Некариозные поражения зубов у взрослых людей // Факультетская стоматология: рук-во для врачей-стоматологов / Под ред. А.К. Иорданишвили, А.М. Ковалевского. – М.: МКИ, 2015. – С. 346-352.
5. Иорданишвили А.К., Янковский В.В., Сериков А.А. Возрастные особенности этиологии и клинического течения повышенной стираемости твердых тканей зубов у взрослого человека // Курский науч.-практич. вестн. «Человек и его здоровье». – 2014. – № 2. – С. 33-40.
6. Кветной И.М., Робакидзе Н.С., Костючек И.Н., Щукина О.Б., Процаев К.И. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных с воспалительными заболеваниями кишечника // Клиническая медицина. – 2009. – № 11. – С. 49-51.
7. Лебедево И.Ю., Маев И.В., Муляр Е.А. Проявление неспецифического язвенного колита и болезни Крона в полости рта // Российский стоматологический журнал. – 2002. – № 6. – С. 42-45.
8. Осадчук М.А., Карабушина Я.Г., Гасанова Т.А. Хронический пародонтит при патологии толстой кишки: микробиологические параллели // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2003. – № 2-3. – С. 123.
9. Робакидзе Н.С., Барановский А.Ю., Щукина О.Б., Киселева Е.Б. Дифференциально-диагностические критерии болезни Крона и язвенного колита по состоянию слизистой оболочки рта // Институт стоматологии. – 2014. – № 3 (64). – С. 58-59.
10. Семенов Н.В., Райхельсон К.Л., Щукина О.Б., Болтова Е.В., Троцюк С.П. Воспалительные заболева-

- ния кишечника и первичный склерозирующий холангит: ассоциированные заболевания или отдельная нозологическая форма? // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2014. – № 2. – С. 30-36.
11. *Симоненко В.Б., Дулин П.А., Карниз Е.И.* Болезнь Крона с внекишечным дебютом – васкулитом // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1993. – Т. 2, № 3. – С. 108-110.
  12. *Фарелл Р., Пепперкорн М.* Язвенный колит // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 6, № 1. – С. 73-80.
  13. *Халиф И.Л.* Болезнь Крона: диагностика и лечение // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, № 6. – С. 424-429.
  14. *Халиф И.Л., Лоранская И.Д.* Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. – М. : Миклош, 2004. – 88 с.
  15. *Харитонов А.Г., Щукина О.Б., Пазенко Е.В., Барановский А.Ю.* Некоторые клинико-эпидемиологические характеристики воспалительных заболеваний кишечника в Санкт-Петербурге // Клиническая больница. – 2014. – № 4 (10). – С. 35-43.
  16. *Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С., Тютюк С.Ю., Селютин А.В., Щукина О.Б., Сельков С.А.* Клинико-иммунологические аспекты развития стоматологической патологии у больных с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – Т. 15, № 16-1(111). – С. 114-118.
  17. *Danese S., Fiocchi C.* Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases // World J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 12, N 30. – P. 4807-4812.
  18. *Dignass A., Van Assche G., Lindsay J.O., Lémann M., Söderholm J., Colombel J.F., Danese S., D'Hoore A., Gassull M., Gomollón F., Hommes D.W., Michetti P., O'Morain C., Oresland T., Windsor A., Stange E.F., Travis S.P., European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO).* The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management // J. Crohn's Colitis. – 2010. – Vol. 4, N 1. – P. 28-62.
  19. *Larsen S., Bendtzen K., Nielsen O.H.* Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: epidemiology, diagnosis, and management // Ann. Med. – 2010. – Vol. 42, N 2. – P. 97-114.
  20. *Orosz M., Sonkodi I.* Oral manifestations in Crohn's disease and dental management // Fogorv. Sz. – 2004. – Vol. 97, N 3. – P. 113-117.
  21. *Su C.G., Judge T.A., Lichtenstein G.R.* Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2002. – Vol. 31, N 1. – P. 307-327.