



Клинический случай

Клинический случай язвенного колита в сочетании с узловой эритемой

С.С. Крюковский¹✉, Н.Н. Дехнич^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Россия;

² ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

✉ kryukovsky.s@yandex.ru

Аннотация

В данной статье приводится клинический случай пациентки Ж. с сопутствующим заболеванием – узловой эритемой, маскирующейся под симптомы атипичного проявления основной патологии – язвенного колита. Симптомы язвенного колита отмечались на протяжении 10 лет. Заболевание имело стертую клиническую картину в период манифестации и тяжелое течение в период разгара, что сопровождалось несвоевременной постановкой диагноза и, как следствие, проведением неэффективной терапии и развитием узловой эритемы. В статье представлено описание двух патологий, требующих дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: язвенный колит, узловая эритема, непереносимость азатиоприна.

Для цитирования: Крюковский С.С., Дехнич Н.Н. Клинический случай язвенного колита в сочетании с узловой эритемой. *Клинический разбор в общей медицине.* 2025; 6 (6): 6–11. DOI: 10.47407/kr2025.6.6.00622

Clinical Case

Unclear cause of nodular erythema in a patient with ulcerative colitis

Sergey S. Kriukovskiy¹✉, Natalya N. Dekhnich^{1,2}

¹ Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia;

² Regional State Funded Healthcare Facility «Clinical Hospital №1», Smolensk, Russia

✉ kryukovsky.s@yandex.ru

Abstract

This article presents a clinical case of patient Zh. with a concomitant disease – erythema nodosum, disguised as symptoms of an atypical manifestation of the main pathology – ulcerative colitis. Symptoms of ulcerative colitis were observed for 10 years. The disease had an erased clinical picture during the manifestation period and a severe course during the peak period, which was accompanied by untimely diagnosis and, as a consequence, ineffective therapy and the development of erythema nodosum. The article presents a description of two pathologies that require differential diagnosis.

Key words: ulcerative colitis, erythema nodosum, azathioprine intolerance.

For citation: Kriukovskiy S.S., Dekhnich N.N. Unclear cause of nodular erythema in a patient with ulcerative colitis. *Clinical review for general practice.* 2025; 6 (6): 6–11 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.6.00622

Актуальность

На сегодняшний день, когда во многих странах местами царит пищевое изобилие и продукты питания перестали быть чем-то дефицитным, вместе с ростом общего благосостояния и развитием современных технологий частота встречаемости заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в частности кишечника, неуклонно растет [1].

Естественно, такой рост обусловлен в основном функциональными патологиями ЖКТ, однако ввиду редкой обращаемости населения за медицинской помощью следует предполагать, что статистика всех патологий кишечника может быть занижена. Так, заболеваемость синдромом раздраженного кишечника составляет около 1,5%, но, по данным А.В. Яковенко, этот показатель должен быть значительно выше, ведь по статистике 90% пациентов с симптомами данного заболевания так и не доходят до профильных специалистов [2].

Как известно, синдром раздраженного кишечника – это функциональное заболевание, которое может быть установлено только при исключении органической патологии ЖКТ [3], а порой это сложно реализуемо ввиду нехватки материально-технических ресурсов и вариабельности течения патологий ЖКТ, что свидетельствует о дефиците скрининга и несовершенности диагностики таких заболеваний.

К наиболее серьезным заболеваниям кишечника относится язвенный колит (ЯК), который представляет собой хроническое заболевание толстой кишки, характеризующееся иммунным воспалением ее слизистой оболочки [4]. Заболеваемость ЯК в мире составляет 0,6–24,3 случая на 100 тыс. населения. Данные о распространенности ЯК в Российской Федерации ограничены, однако жители нашей страны относятся к группе повышенного риска развития данной патологии по сравнению с лицами других национальностей. Пик

заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, а второй пик заболеваемости описан в возрасте от 60 до 70 лет. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин [5].

Исходя из сказанного, можно сделать вывод, что ЯК – относительно распространенная патология, которая может встретиться в практике врача любой специальности, что вместе с общим ростом заболеваемости кишечника является актуальной проблемой современной медицины. Именно поэтому необходимо знать об особенностях, клинических проявлениях и вариантах течения ЯК, чтобы провести своевременную диагностику и назначить соответствующее лечение.

Особенности клинической картины язвенного колита

Основным симптомом ЯК является многократный (до 20 раз в сутки) водянистый стул с примесью крови и слизи в сочетании с тенезмами и ложными позывами на дефекацию. Увеличение частоты стула встречается в 65% случаев, однако нередко встречается ЯК, протекающий в форме проктосигмоидита, где на раннем этапе болезни ведущим симптомом является запор. Примесь крови и слизи в стуле встречается в 80% случаев, но это не является патогномичным признаком ЯК. Часто появление данных симптомов может быть связано с наличием других патологий ЖКТ: геморрой, анальная трещина. Еще одним симптомом, характерным для данной патологии, является абдоминальная боль спастического характера. Она почти всегда зависит от локализации и протяженности патологического процесса, возникает перед дефекацией и проходит после нее. На более поздних стадиях и/или при быстром прогрессировании процесса присоединяются общие симптомы – анорексия, тошнота и рвота, слабость, снижение массы тела, лихорадка, анемия.

Существуют также внекишечные проявления болезни, наблюдающиеся в 30% случаев, к которым относятся:

- узловатая эритема и гангренозная пиодермия, обусловленные циркуляцией иммунных комплексов, бактериальных антигенов и криопротеинов;
- афтозный стоматит, наблюдающийся у 10% пациентов с ЯК, исчезающий по мере снижения активности основного заболевания;
- поражение глаз – эписклерит, увеит, конъюнктивит, кератит, ретробульбарный неврит, хориоидит, возникающие в 5–8% случаев ЯК;
- воспалительные поражения суставов (сacroилеит, артриты, анкилозирующий спондилит) могут сочетаться с ЯК или возникать до появления основной симптоматики.

Появление внекишечных симптомов в совокупности с типичной клинической картиной болезни дает повод задуматься о наличии воспалительного заболевания толстой кишки, тем не менее иногда встречаются сочетания различных патологий, имеющих разный патогенез, но одинаковые проявления, что делает ЯК сложно диагностируемым заболеванием.

Рис. 1. Узловатая эритема обеих голеней у пациентки Ж.
Fig. 1. Erythema nodosum of both shins of patient J.



Жалобы

19.11.2024 в гастроэнтерологическое отделение ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска поступила пациентка Ж., 37 лет, с установленным ранее диагнозом «язвенный колит». При госпитализации больная предъявляла жалобы на периодические слабо интенсивные боли в животе, кашицеобразный стул до 3 раз в сутки без патологических примесей, снижение аппетита, общую слабость, а также болезненные высыпания в виде ярко-красных узлов от 1 до 3 см в диаметре на коже передней поверхности обеих голеней (рис. 1), разгибательной поверхности левого предплечья, боли в правом тазобедренном, левом голеностопном суставах.

Анамнез заболевания

История начала заболевания у данной пациентки отличается от классической манифестации ЯК. Первое обращение за медицинской помощью состоялось в 2003 г. Тогда она обратилась к гастроэнтерологу по поводу эпизодов жидкого стула до 6 раз в день без примеси крови. Углубленное обследование, а именно анализ кала на скрытую кровь, определение уровня фекального кальпротектина, скрининг целиакии, колоноскопия, не проводились. Состояние было расценено как «кишечная инфекция неуточненная». На фоне симптоматической терапии и диеты самочувствие улучшилось. Схожих симптомов с того момента вплоть до 2021 г. не наблюдалось, однако в период с 2003 по 2021 г. пациентка наблюдалась у офтальмолога по поводу увеита, который проявлялся снижением остроты зрения, зрительными искажениями и ограничением полей зрения. Офтальмологом было рекомендовано пройти обследование, направленное на поиск первичного системного заболевания. Однако из-за отсутствия жалоб со стороны других органов и систем пациентка не обследовалась.

В январе 2021 г. начал беспокоить жидкий стул до 20 раз в сутки, боль по ходу кишечника, предшествую-

щая акту дефекации. С этими жалобами пациентка обратилась за медицинской помощью в ОГБУЗ СОКБ г. Смоленска, и только тогда на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования ей был выставлен диагноз «язвенный колит, тотальное поражение, среднетяжелая атака». Для индукции ремиссии был назначен месалазин в дозе 1 г 4 раза в сутки. На фоне проводимого лечения отмечалась положительная динамика.

Однако ремиссия не наступила, заболевание сохраняло свою активность. С октября 2021 г. больная неоднократно обращалась за медицинской помощью, пока в 2022 г. ей не было предложено принять участие в клиническом исследовании нового незарегистрированного в РФ препарата этразимод для приема внутрь. Этразимод – селективный модулятор рецепторов сфингозин-1-фосфата, который, задерживая Т-клетки в лимфатических узлах, не позволяет им попасть в кровоток, откуда они могли бы распространиться по другим тканям организма и вызвать воспаление [6]. На фоне лечения экспериментальным препаратом были достигнуты клиническая и эндоскопическая ремиссия. Несмотря на такой успех от проводимой терапии, по окончании исследования прием препарата был прекращен, после чего последовала череда обострений, которые пациентка купировала самостоятельно путем повышения дозировки назначенных ранее препаратов.

В июне 2024 г. ввиду появления новых симптомов в виде узловой эритемы и боли в суставах пациентка обратилась за медицинской помощью и была госпитализирована в «ГБУЗ МКНЦ им. Логина», г. Москва, где по результатам обследования произведена коррекция терапии. Больной назначено лечение:

- преднизолон 60 мг/сут с постепенной отменой;
- азатиоприн 100 мг/сут;
- месалазин 4 г/сут;
- микроклизмы с преднизолоном.

После завершения терапии, направленной на индукцию ремиссии, пациентка была переведена на амбулаторный этап лечения, в ходе которого больная не выполняла назначения в должном объеме. Прием азатиоприна был нерегулярным и осуществлялся в режиме «по требованию» в моменты ухудшения состояния.

В конце октября 2024 г. больная Ж. стала отмечать ухудшение состояния в виде учащения стула до 4–6 раз в сутки с примесью крови. С 01.11.2024 самостоятельно возобновила прием азатиоприна и обратилась за консультацией в поликлинику ФГБУ «НМИЦ колопроктологии А.Н. Ръжих», где ей было рекомендовано стационарное лечение для коррекции проводимого лечения. Участковым терапевтом направлена 19.11.2024 в гастроэнтерологическое отделение ОГБУЗ КБ №1 г. Смоленска.

Анамнез жизни

Пациентка имеет высшее образование. Работает преподавателем иностранных языков. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Была выполнена операция кесарево сечение в 2012 г. Аллергологический и наслед-

ственный анамнезы не отягощены. В 2013 г. выявлен вирусный гепатит С, по поводу чего в 2018 г. проводилась 3D-терапия препаратами прямого противовирусного действия, был достигнут устойчивый вирусологический ответ.

Данные объективного обследования

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса тела 76 кг, индекс массы тела 25,1 кг/м². Кожные покровы телесного цвета. В области передней поверхности обеих голеней (см. рис. 1), разгибательной поверхности левого предплечья определяются болезненные высыпания в виде ярко-красных узлов от 1 до 3 см в диаметре. При осмотре глаз отмечается покраснение краев век, со слабой отечностью. Периферических отеков нет. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота сердечных сокращений – 70 уд/мин. Артериальное давление 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, чувствительный по левому флангу и в левой подвздошной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. При пальцевом ректальном исследовании прямой кишки – без особенностей, на перчатке следы кала.

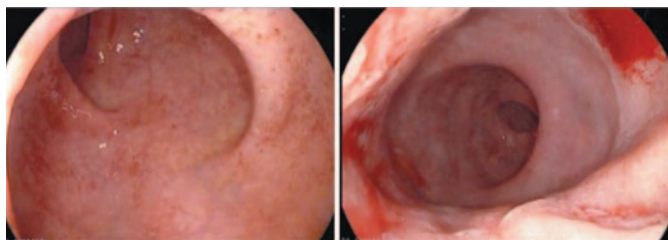
Дополнительные методы исследования

Учитывая анамнез заболевания и данные лабораторных и инструментальных исследований, проведенных в предыдущие госпитализации, пациентке назначен стандартный набор методов исследования, которые включали в себя: общий анализ крови для выявления признаков наличия анемии и определения степени активности патологического процесса, биохимический анализ крови для определения степени выраженности белковой недостаточности и скрининга сопутствующих патологий, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости [4]. По результатам обследования выявлены следующие отклонения: снижение уровня общего гемоглобина – 111 г/л (в норме: 120–140 г/л); повышение количества тромбоцитов – 565×10³/мкл (в норме: 180–320×10³/мкл); снижение уровня сывороточного железа – 2,2 мкмоль/л (в норме: 9–30,4 мкмоль/л); повышение уровня белков острой фазы воспаления С-реактивного белка – 207,2 мг/л (в норме: менее 5,0 мг/л).

С целью установления протяженности поражения и степени активности заболевания проведена колоноскопия, на которой выявлено тотальное поражение толстой кишки в виде поверхностных изъязвлений неправильной формы, покрытых фибрином, диффузной гиперемии, отсутствия сосудистого рисунка, наличия контактной кровоточивости (рис. 2).

Опираясь на вышесказанное, предварительный диагноз при поступлении был выставлен незамедлительно и поначалу казался неоспоримым. Основное заболевание: язвенный колит, тотальное поражение, хрониче-

Рис. 2. Поперечно ободочная кишка с признаками ЯК.
 Fig. 2. Transverse colon with signs of ulcerative colitis.



ское непрерывное течение, среднетяжелая атака; внекишечные проявления – узловая эритема, периферическая артропатия, увеит.

В ходе госпитализации некоторые данные из указанного диагноза были подтверждены. Так, по результатам эндоскопического исследования установлено, что заболевание находится в активной стадии, характерно тотальное поражение толстой кишки, третья степень активности (см. рис. 2), что в совокупности с другими исследованиями свидетельствует о безошибочной постановке диагноза.

Однако спустя несколько дней госпитализации произошло ухудшение общего состояния пациентки. На фоне терапии преднизолоном 60 мг и азатиоприном 100 мг/сут вновь начали беспокоить боль в суставах, участки кожных высыпаний увеличились в размерах и стали более выражены, появилась боль в животе, субфебрильная температура тела, тахикардия. При этом на фоне ухудшения общего состояния больной, изменений со стороны стула не было выявлено. За весь период госпитализации стул был кашицеобразным 1–2 раза в сутки, без патологических примесей.

При анализе анамнестических данных было установлено, что ранее пациентка находилась на терапии этразимодом, после чего была переведена на поддерживающую терапию предшествующей ступени (месалазин и преднизолон для индукции ремиссии). В дальнейшем, во время следующего обострения заболевания, был назначен азатиоприн, который пациенткой принимался в режиме «по требованию». Такой прием был обусловлен тем, что после индукции ремиссии не наблюдалось кишечных симптомов ЯК.

За 8 дней до настоящей госпитализации прием азатиоприна был возобновлен без положительного эффекта. Напротив, общая клиническая картина свидетельствовала о прогрессировании заболевания. С момента госпитализации азатиоприн был принят однократно, на фоне чего появились вышеуказанные симптомы и была установлена связь между вероятными нежелательными лекарственными реакциями и приемом азатиоприна, что зафиксировано клиническим фармакологом в медицинской документации. При отмене азатиоприна на 2–3-и сутки отмечалась положительная клиническая динамика: купировались интоксикация и болевой суставной синдром, болезненность в области кожных высыпаний значительно снизилась, уменьши-

лась гиперемия и выраженность узловой эритемы с постепенным ее разрешением.

На примере пациентки мы хотели продемонстрировать необходимость тщательного изучения причинно-следственных связей возникновения симптомов заболевания и их дифференциальной диагностики. Безусловно, при возникновении такой клинической картины, нет сомнений в правильности диагноза «язвенный колит», однако отсутствие анализа причин возникновения узловой эритемы может сопровождаться назначением неадекватной терапии.

Как известно, в основе всех аутоиммунных патологий лежит генетическая предрасположенность, т.е. наличие генетического дефекта в хромосоме, кодирующей тот или иной процесс. В клинической практике нередко случаи возникновения перекрестных аутоиммунных заболеваний, в патогенезе которых скрывается единый генетический дефект.

Так, например, в основе патогенеза вторичной узловой эритемы часто лежит идиопатическая реакция организма в совокупности с воздействием какого-либо триггерного фактора. Иными словами, узловая эритема – это, в первую очередь, не проявление какой-либо патологии, а маркер наличия в организме некоей провоцирующей реакции, будь то болезнь или некое токсическое вещество [5].

Узловая эритема

Узловая эритема (*erythema nodosum*) – септальный панникулит, протекающий преимущественно без васкулита, обусловленный неспецифическим иммуновоспалительным процессом, который развивается под влиянием разнообразных факторов и протекает в виде реактивного процесса с частым вовлечением различных органов и систем [7].

В современной медицинской практике узловая эритема рассматривается как неспецифический иммуновоспалительный синдром, который может быть вызван широким спектром этиологических факторов. Если рассматривать вторичную узловую эритему, развивающуюся как внекишечное проявление ЯК, то в ее основе лежит иммунопатологическая реакция, сопровождающаяся гиперпродукцией провоспалительных интерлейкинов. В основном это фактор некроза опухоли α (ФНО- α). Однако в последнее время были описаны случаи, когда данная патология развивалась на фоне нормального количества ФНО- α , но благодаря высокой концентрации интерлейкина-6 [8].

Имеются сведения об инфекционной природе данного заболевания. Нередко оно ассоциировано с различными микроорганизмами и вирусами, такими как: *Chlamydomphila pneumonia*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma pneumonia*, вирусы гепатита В (инфекция или вакцина), Эпштейна–Барр, цитомегаловирус и др. Также иногда на фоне длительной иммуносупрессивной терапии происходит дисбаланс в работе микробиоты кожи с увеличением численности условно-пато-

Таблица 1. Дифференциальная диагностика часто встречающихся в гастроэнтерологической практике форм узловой эритемы
 Table 1. Differential diagnosis of forms of nodular erythema frequently encountered in gastroenterological practice

Характеристика	Идиопатическая узловатая эритема	Узловатая эритема, ассоциированная с воспалительными заболеваниями кишечника	Лекарственная узловатая эритема	Саркоидоз
Возраст	Наиболее часто в детском возрасте. Характерна взаимосвязь с перенесенной ранее инфекцией	В более старших возрастных группах. Характерно прогрессирование основного заболевания	В любом возрасте. Необходим длительный прием препарата от 7 дней	В любом возрасте
Локализация	Преимущественно на переднебоковых поверхностях голеней, реже на бедрах и верхних конечностях			
Лабораторные данные	Необходим поиск инфекционного агента (антистрептолизина-О)	Анемия, снижение количества белка	Нарастание уровня эозинофилов, лимфоцитоз	В зависимости от вовлеченности других органов
	Повышение уровня белков острой фазы воспаления, увеличение скорости оседания эритроцитов			
Инструментальная диагностика	Не требуется	Необходимо проведение эндоскопических методов исследования	Возможно назначение тестов in vivo через 4–6 нед	Необходимо проведение МСКТ ОГК, УЗИ внутренних органов
Морфологические изменения в биоптате кожи	Преобладает нейтрофильная инфильтрация	Не имеет диагностического значения	Преобладает эозинофильная инфильтрация	Не имеет диагностического значения
Примечание. in vivo – методы диагностики, проводимые непосредственно в организме пациента (кожные пробы, провокационные тесты), МСКТ ОГК – мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки.				

генной/патогенной флоры, что может приводить к развитию узловой эритемы. Не стоит также забывать о возможном наличии саркоидоза, с поражением кожи, которое на начальных этапах может проявляться в виде узловой эритемы, которая в последствии может быть замещена, собственно, саркоидозом кожи [9].

И наконец, немаловажным этиологическим фактором, лежащим в основе развития узловой эритемы, является гиперчувствительность к различным медицинским препаратам (амиодарону, азатиоприну, диклофенаку, нифедипину и омепразолу) [10, 11].

Поэтому, исходя из такой множественной вариабельности этиологических причин узловой эритемы, данная патология всегда должна быть дифференцирована и вестись в рамках отдельного заболевания (см. таблицу). Даже если поводом для медицинского обращения стало другое заболевание, пациент в плановом порядке должен пройти весь спектр обследований, необходимых для данной патологии, в целях выяснения причин развития узловой эритемы с назначением необходимого лечения.

После анализа всех данных, полученные в ходе диагностических мероприятий, направленных на поиск причин развития симптомов у пациентки Ж., был выставлен клинический диагноз.

Основное заболевание: язвенный колит, тотальное поражение, хроническое непрерывное течение, средне-

тяжелая атака, эндоскопическая активность 3-й степени; внекишечные проявления – увеит.

Осложнение основного заболевания: железодефицитная анемия легкой степени, вторичный тромбоцитоз.

Сопутствующее заболевание: узловатая эритема и периферическая артропатия на фоне непереносимости азатиоприна.

Назначено лечение:

- адалимумаб – индукционный курс 160 мг подкожно в первое введение и через 2 нед 80 мг подкожно второе введение, а затем поддерживающая терапия в дозе 40 мг каждые 2 нед;

- феррум лек 100 мг 1 раз в день.

На фоне лечения удалось достичь клинико-лабораторной ремиссии уже к концу 2-й недели индукционной терапии. В контрольных анализах крови отмечалась нормализация уровня гемоглобина, тромбоцитов, сывороточного железа, ферритина и С-реактивного белка.

Заключение

Данным клиническим случаем мы хотели обратить внимание на проблему своевременной диагностики ЯК и акцентировать внимание на необходимости тщательного анализа возникновения симптомов заболевания, в частности узловой эритемы, у пациентов с ЯК.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

- Литвинова О.С. Структура питания населения Российской Федерации. Гигиеническая оценка. *Здоровье населения и среда обитания*. 2016;5(278):11-4.
Litvinova O.S. The structure of the population of the population of the Russian Federation. Hygienic assessment. *Public health and habitat*. 2016;5(278):11-4 (in Russian).
- Маев И.В., Бордин Д.С., Еремина Е.Ю. и др. Синдром раздраженного кишечника. Современные аспекты эпидемиологии, патогенеза и лечения. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2018;10(158):68-73.
Maev I.V., Borodin D.S., Eremina E.Yu. et al. The syndrome of the irritated intestine. Modern aspects of epidemiology, pathogenesis and treatment. *Experimental and clinical gastroenterology*. 2018;10(158):68-73 (in Russian).
- Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Баранов А.А. и др. Синдром раздраженного кишечника. Клинические рекомендации. М., 2024.
Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Baranov A.A. et al. Irritable bowel syndrome. Clinical recommendations. Moscow, 2024 (in Russian).
- Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Ачкасов С.И. и др. Язвенный колит, взрослые. Клинические рекомендации. М., 2024.
Abdulganieva D.I., Alekseeva O.P., Achkasov S.I. et al. Ulcerative colitis, adults. *Clinical recommendations*. Moscow, 2024 (in Russian).
- Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П. и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. *Альманах клинической медицины*. 2018;5(46):445-63.
Belousova E.A., Abdulganieva D.I., Alekseeva O.P. et al. Socio-demographic characteristics, current features and treatment options for inflammatory diseases of the intestine in Russia. The results of two multicenter studies. *Almanac of clinical medicine*. 2018;5(46):445-63 (in Russian).
- Atreya R, Neurath MF. The sphingosine-1-phosphate receptor agonist *etrasimod* in ulcerative colitis. *Lancet* 2023;401(10383):1132-3.
- Насонов Е.Л., Карамова А.Э., Чикин В.В. и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных узловой эритемой. М., 2016.
Nasonov E.L., Karamov A.E., Chikin V.V. et al. Federal clinical recommendations for the management of patients with knotty erythema. Moscow, 2016 (in Russian).
- Белов Б.С., Егорова О.Н., Карпова Ю.А. и др. Узловая эритема: современные аспекты. *Научно-практическая ревматология*. 2010;4:66-72.
Belov B.S., Egorova O.N., Karpova Yu.A. et al. Knotty erythema: modern aspects. *Scientific and practical rheumatology*. 2010;4:66-72 (in Russian).
- Потекаев Н.С., Теплюк Н.П., Беричекидзе Т.Т. и др. Клинические варианты саркоидоза кожи. *Клиническая дерматология и венерология*. 2012;10(6):88-94.
Potkeev N.S., Teplyuk N.P., Berichecidze T.T. et al. Clinical options for skin sarcoidosis. *Clinical dermatology and venereology*. 2012;10(6):88-94 (in Russian).
- Носенко К.М., Прохоренкова М.О., Винокурова А.В. и др. Многоформная экссудативная эритема как проявление реакции гиперчувствительности на месалазин у пациента с тотальным язвенным колитом. В кн.: Материалы научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием: Сперанские чтения. М., 2024.
Nosenko K.M., Prokhorenkov M.O., Vinokurova A.V. et al. The multifaceted exudative erythema as a manifestation of the reaction of hypersensitivity to Mesalazine in a patient with total ulcerative colitis. In: Materials of the scientific and practical conference of students and young scientists with international participation: Speransky readings. Moscow, 2024 (in Russian).
- Korelitz BI, Zlatanic J, Goel F et al. Allergic reactions to 6-mercaptopurine during treatment of inflammatory bowel disease. *J Clin Gastroenterol* 1999;28(4):341-4.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Крюковский Сергей Сергеевич – ординатор каф. факультетской терапии, ФГБОУ ВО СГМУ. E-mail: kryukovsky.s@yandex.ru; ORCID: 0009-0005-2629-9543

Дехнич Наталья Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии, проректор по дополнительному профессиональному образованию и развитию регионального здравоохранения, ФГБОУ ВО СГМУ. E-mail: n.dekhnich@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6144-3919

Поступила в редакцию: 20.05.2025

Поступила после рецензирования: 29.05.2025

Принята к публикации: 29.05.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Sergey S. Kryukovskiy – Resident, Smolensk State Medical University. Email: kryukovsky.s@yandex.ru; ORCID: 0009-0005-2629-9543

Natalya N. Dekhnich – Dr. Sci. (Med.), Prof., Smolensk State Medical University. E-mail: n.dekhnich@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6144-3919

Received: 20.05.2025

Revised: 29.05.2025

Accepted: 29.05.2025