



Болезнь Крона: клинический случай

С.С. Зобов¹✉, Д.А. Рязечкин², Н.Д. Елистратов¹, Н.Н. Дехнич^{1,2}

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

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

✉zardoks1783@yandex.ru

Аннотация

В статье приводится клинический случай пациентки Н. 22 лет с диагнозом «болезнь Крона», которую на протяжении 3 лет беспокоила диарея и внекишечные аутоиммунные проявления болезни Крона, связанные с активностью заболевания, – артралгия и афтозный стоматит. В статье рассматриваются ключевые исследования в области диагностики болезни Крона, а также представлены характерные эндоскопические признаки и актуальные стратегии лечения этого заболевания. Болезнь Крона является хроническим заболеванием с недостаточно изученной этиологией. Множество вопросов, связанных с этой нозологией, по-прежнему требуют дальнейших исследований.

Ключевые слова: болезнь Крона, внекишечные проявления, эндоскопия.

Для цитирования: Зобов С.С., Елистратов Н.Д., Рязечкин Д.А., Дехнич Н.Н. Болезнь Крона: клинический случай. *Клинический разбор в общей медицине*. 2025; 6 (6): 12–18. DOI: 10.47407/kr2025.6.6.00623

Crohn's disease: clinical case

Stepan S. Zobov¹✉, Dmitry A. Ryazhechkin², Nikita D. Elistratov¹, Natalya N. Dekhnich¹

¹Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia;

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

✉zardoks1783@yandex.ru

Abstract

The article presents a clinical case of a 22-year-old patient N. with Crohn's disease (CD), who had been bothered by diarrhea and extra-intestinal autoimmune manifestations of CD associated with the activity of the disease, arthralgia and aphthous stomatitis, for 3 years. The article discusses key studies in the field of CD diagnosis, as well as the characteristic endoscopic signs and current treatment strategies for this disease. CD is a chronic disease with not well-understood etiology. Many issues related to this nosology still require further research.

Keywords: Crohn's disease, extra-intestinal manifestation, endoscopy.

For citation: Zobov S.S., Ryazhechkin D.A., Elistratov N.D., Dekhnich N.N. Crohn's disease: clinical case. *Clinical review for general practice*. 2025; 6 (6): 12–18 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2025.6.6.00623

Введение

Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений [1]. БК может поражать любой участок ЖКТ, от ротовой полости до ануса. Однако наиболее часто поражается илеоцекальный отдел кишечника [2]. При БК отмечается прерывистое воспаление («скачущее поражение») с чередованием пораженных и здоровых участков кишечника. Слизистая оболочка может быть гиперемирована, отечна и покрыта различными изъязвлениями, в тяжелых случаях формируя картину «булыжной мостовой». БК проявляется разнообразными симптомами, наиболее распространенными из которых являются: боль в животе, диарея, лихорадка, желудочно-кишечные кровотечения и снижение массы тела. БК является системным заболеванием, проявляющимся не только поражением кишечника, но и внекишечными проявлениями со стороны кожи, суставов и глаз. В связи с тем, что причина заболевания остается неизвестной, в настоящее время оно считается неизлечимым [3, 4]. По данным отдельных эпидемиологических исследований, распространенность

БК в России составляет 3,0–4,5 случая на 100 тыс. населения. Однако реальная распространенность БК по России неизвестна, что связано с отсутствием в ряде регионов регистров по ведению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника [5].

Жалобы

Пациентка Н., 22 года, обратилась к гастроэнтерологу в 2024 г. с жалобами на неоформленный стул с примесью слизи и крови, ночные позывы на дефекацию, вздутие живота, ноющую боль в нижних отделах живота по ночам, потерю массы тела на 10 кг, наличие афт в ротовой полости, ноющую боль в коленных и лучезапястных суставах.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной с 2020 г., когда на фоне общего благополучия отметила появление болей ноющего характера в животе без четкой локализации. Не обследовалась, к врачам не обращалась. Стал отмечаться нерегулярный жидкий стул до 5–7 раз в день с примесями слизи и крови. Одновременно с этим появилась суставная боль в плечевых, коленных и локтевых суставах в покое, при отсутствии в анамнезе указаний на травмы, переохлаждение или другие факторы, спо-

собные вызвать артралгию. Отмечала появление общей слабости и снижение аппетита.

Начиная с 2022 г. боль в животе стала усиливаться в ночное время, локализовалась в эпигастральной и мезогастральной областях. Ухудшение качества сна привело к развитию бруксизма и сомнилокии. Снижение аппетита было обусловлено развитием болевого синдрома после приема пищи, что привело к формированию отвращения к еде и, как следствие, к уменьшению объема потребляемой пищи. Болевой синдром сопровождался возобновлением диареи, выраженной слабостью, субфебрильной температурой (до 37,3 °С). С 2022 г. похудела на 10 кг. Появились слизь и кровь в стуле. Пациентка обратилась за медицинской помощью в поликлинику в связи с прогрессированием симптоматики и ухудшением качества жизни.

Пациентам с подозрением на воспалительные заболевания кишечника с целью диагностики, а также для определения локализации, протяженности, степени активности воспалительного процесса рекомендовано проведение колоноскопии с исследованием терминального отдела подвздошной кишки и биопсией из зоны патологического процесса [6–8]. В соответствии с этим, участковым терапевтом пациентка была направлена на колоноскопию.

При выполнении видеокколоноскопии (07.12.2023) были получены следующие данные. Слизистая оболочка баугиниевой заслонки резко отечна, гиперемирована, по линии илеоцекального перехода выявляются язвы звездчатой формы до 3–5 мм в диаметре, отмечается контактная кровоточивость слизистой оболочки, за счет рубцовых изменений сужена, проходима с техническими трудностями (рис. 1).

Слизистая оболочка подвздошной кишки на протяжении 20 см терминального отдела гиперемирована, отечна, определяются множественные язвы полигональной и линейной формы (продольно ориентированы) от 3–5 мм до 1,5–2,0 см в диаметре (рис. 2).

Толстая кишка: тонус нормальный, гаустрация выражена, расстояние между гаустрами сохранено; перистальтика активная, циркулярная; слизистая оболочка всех отделов розовая; складки слизистой свободно, симметрично расправляются при инсuffляции воздухом; сосудистый рисунок отчетлив (рис. 3). Контактная кровоточивость не выражена. Новообразований, дивертикулов не выявлено. Выраженная мобильность сигмовидной кишки, повышенное петлеобразование, что сопровождалось прохождением эндоскопа с техническими трудностями. По ходу анального канала определялись увеличенные геморроидальные узлы. После исследования воздух удерживался в просвете кишки.

Заключение эндоскопического исследования: болезнь Крона; терминальный илеит; геморрой.

В процессе видеокколоноскопии из терминального отдела подвздошной кишки взят биопсийный материал, который затем был направлен на гистологическое исследование (табл. 1), подтвердившее наблюдаемую эндоскопическую картину.

Рис. 1. Баугиниева заслонка.

Fig. 1. Bauhin's Valve.



Рис. 2. Терминальный отдел подвздошной кишки.

Fig. 2. Terminal part of the ileum.



Рис. 3. Толстая кишка.

Fig. 3. The large intestine.

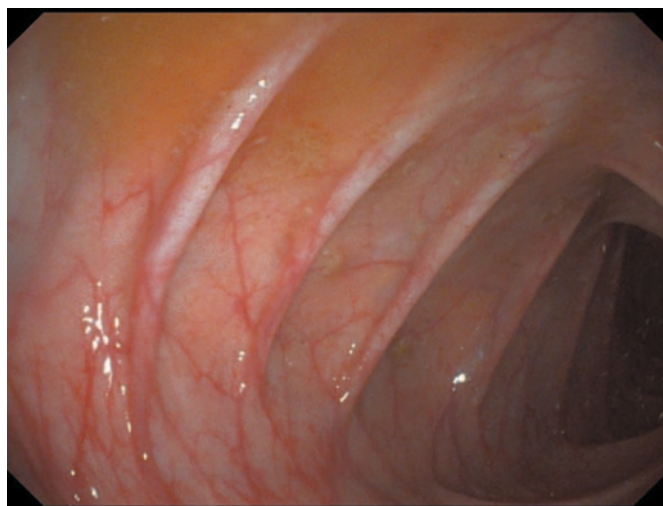


Таблица 1. Протокол гистологического исследования

Table 1. Histological examination protocol

Вид материала	Болезнь Крона
Макроописание	5 серых кусочков 0,1×0,1 см – 0,3×0,4 см
Микроописание	Мелкие фрагменты слизистой оболочки тонкой кишки с неравномерным распределением желез, отмечаются единичные вертикальные эрозии. В собственной пластинке слизистой оболочки отмечается выраженная воспалительная инфильтрация из лимфоцитов, плазмоцитов, эозинофилов и нейтрофилов, распространяющихся на покровный эпителий; воспалительная инфильтрация имеет диффузный характер с переходом на мышечную пластинку, отмечается очаговый фиброз. Гранулемы не выявлены
Заключение	Данная гистологическая картина может наблюдаться при болезни Крона. Окончательное суждение о процессе с учетом сопоставления морфологических данных с клинико-anamnestическими и данными дополнительных методов исследования

Таблица 2. Результаты лабораторных исследований

Table 2. Laboratory test results

Общий анализ крови										
Дата	Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	Нейтрофилы, %	Лимфоциты, %	Эритроциты, ×10 ¹² /л	HGB, г/л	MCV	MCH	Тромбоциты, ×10 ⁹ /л	СОЭ, мм/ч	
11.01.2024	7,3	54,1	34,5	4,43	101	73	23	613	16	
22.01.2024	17,2	64,2	27,5	4,31	106	74	25	731	5	
Биохимический анализ крови										
Дата	СРБ, мг/л	Общий белок, г/л	Альбумин, г/л	Глюкоза, ммоль/л	АЛТ, Ед/л	АСТ, Ед/л	Холестерин, ммоль/л	Калий, ммоль/л	Натрий, ммоль/л	Железо, мкмоль/л
11.01.2024	7	68	40,4	5,16	12	17	3,46	4,4	139,2	13,9
22.01.2024	1	–	–	4,67	21	20	–	–	–	7,3

Примечание: СРБ – С-реактивный белок, АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспаратаминотрансфераза, HGB – гемоглобин, MCH – среднее содержание гемоглобина в эритроците, MCV – средний объем эритроцитов.

Пациентка была направлена участковым терапевтом на госпитализацию в Клинику пропедевтики внутренних болезней Университетской клинической больницы №2 Клинического центра ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» в январе 2024 г. Длительность стационарного лечения составила 13 койко-дней (с 10.01.2024 по 23.01.2024).

Для выявления осложнений БК, оценки функции внутренних органов перед началом лекарственной терапии и оценки динамики состояния пациентки проводились лабораторные исследования (табл. 2).

Для уточнения локализации воспалительного процесса, исключения поражения верхних отделов ЖКТ, выявления возможных осложнений, пациентке проведен ряд дополнительных исследований:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости: УЗ-признаки незначительных диффузных изменений печени и поджелудочной железы, деформации желчного пузыря, структурных изменений стенок слепой и восходящей кишки;

- эзофагогастродуоденоскопия: эндоскопическая картина поверхностного гастрита, произведены биопсии слизистой оболочки желудка;

- компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: КТ-картина болезни Крона, терминальный илеит. Патологических изменений толстой кишки, в том числе дивертикуляр-

ной болезни, не выявлено. КТ-картина соответствует С1Е2 по критериям C-RADS. Долихосигма;

- гистологическое исследование биопсийного материала слизистой оболочки желудка: фрагменты слизистой оболочки желудка фундального типа, забранный в пределах слизистой оболочки с признаками неактивного гастрита. Атрофии нет. Незначительная лимфо-плазмочитарная инфильтрация с примесью небольшого количества эозинофильных лейкоцитов. Лейкоцитарной инфильтрации нет. Метаплазии нет. Бактериальных форм *Helicobacter pylori* нет. Признаков дисплазии в пределах исследованного материала не отмечено.

По результатам госпитализации пациентке выставлен клинический диагноз. Основное заболевание: болезнь Крона с поражением тонкой и толстой кишки, воспалительная форма, впервые выявленная, среднетяжелое течение. Внекишечные проявления: артралгия. Терапия преднизолоном и азатиоприном с 15.01.2024.

Осложнения основного заболевания: трофологическая недостаточность; анемия смешанного генеза (железодефицитная, хронических состояний), умеренной степени тяжести.

При госпитализации проведена следующая лекарственная терапия:

- преднизолон 60 мг, 1 раз в сутки утром;
- азатиоприн 100 мг, 1 раз в сутки внутрь;

- Бинноферум® 20 мг/мл – 5 мл внутривенно медленно (курс 5 дней);
- месалазин 1 г 3 раза в сутки внутрь;
- метронидазол 500 мг, 3 раза в день внутрь (курс 7 дней).

На фоне проводимого лечения состояние пациентки улучшилось: уменьшилась абдоминальная боль, отмечалась тенденция к нормализации стула. Выписана в удовлетворительном состоянии. На амбулаторный этап даны следующие рекомендации:

- преднизолон 60 мг – общий курс 14 дней, далее – снижение дозы на 5 мг каждую неделю до полной отмены;
- азатиоприн 100 мг длительно под контролем общего анализа крови и биохимического анализа крови (аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, амилаза, общий и прямой билирубин) ежемесячно;
- Сидерал® по 1 капсуле 1 раз в день между едой – 1 мес под контролем общего анализа крови;
- анализ кала на фекальный кальпротектин через 2–3 мес с последующей повторной консультацией гастроэнтеролога.

Спустя 1 мес после выписки пациентка самостоятельно, без обращения к врачу, отменила прием азатиоприна. Решение о прекращении приема препарата пациентка мотивировала развитием головокружения и замедленной реакцией на фоне проводимого лечения. У участкового терапевта не наблюдалась, рекомендуемые анализы не сдавала. Спустя полгода состояние пациентки ухудшилось, усилившаяся артралгия значительно ограничивала профессиональную и бытовую жизнь. В связи с этим пациентка обратилась за медицинской помощью к гастроэнтерологу в ноябре 2024 г.

Анамнез жизни

В детском возрасте в умственном и физическом развитии не отставала. В настоящее время является студенткой медицинского колледжа. Перенесла закрытую черепно-мозговую травму в возрасте 11 лет. Брюшной тиф, туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекцию, а также заболевания, передающиеся половым путем, отрицает. В семейном анамнезе БК была установлена у тети по материнской линии. Выкуривает примерно 10 сигарет в день, утверждая, что это способствует снижению болевого синдрома. Курить начала после появления жалоб на боль и дискомфорт в животе. Алкоголем не злоупотребляет. Пациентка имеет аллергию на цефазолин. В рационе недостаточно клетчатки, так как пациентка испытывает дискомфорт в виде тяжести после ее употребления. Эпидемиологическая ситуация в регионе проживания пациентки расценивается как благоприятная. Проживает в частном доме, обеспеченном всеми необходимыми удобствами, вдали от крупных промышленных предприятий. Отмечается достаточное озеленение жилого массива.

Данные объективного обследования

Состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 49 кг, индекс массы тела 18 кг/м². Видимые слизистые обычной окраски, костно-мышечная система без особенностей. Кожа чистая, бледно-розовая. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, частота сердечных сокращений 72 уд/мин. Артериальное давление – 110/80 мм рт. ст. В ротовой полости определяются афтозные эрозии слизистой. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Обе половины живота симметрично участвуют в акте дыхания. Живот болезненный при пальпации в

Таблица 3. Опросник индекса Харви–Брэдшоу

Table 3. The Harvey Bradshaw Index questionnaire

Критерий оценки	Выраженность симптома	Оценка в баллах	Результат
Общее самочувствие накануне	Очень хорошее	0	1
	Немного хуже обычного	1	
	Плохое	2	
	Очень плохое	3	
	Ужасное	4	
Боль в животе накануне	Нет	0	1
	Слабая	1	
	Умеренная	2	
	Сильная	3	
Частота жидкого/мягкого стула/день (например, накануне)		1 балл за каждую дефекацию	3
Пальпируемое образование в брюшной полости	Нет	0	0
	Сомнительно	1	
	Четко определяется	2	
	Четко определяется, болезненно при пальпации	3	
Осложнения (указать все, что применимо)	Артралгия, увеит, узловатая эритема, афтозный стоматит, гангренозная пиодермия, анальная трещина, свищ, абсцесс, другое	1 балл за каждое осложнение	2
		Сумма	7
Примечание. Сумма баллов: ≤4 – ремиссия, 5–7 баллов – легкое обострение, 8–16 баллов – обострение средней тяжести, ≥16 баллов – тяжелое обострение.			

Таблица 4. Опросник индекса активности БК

Table 4. The CDAI questionnaire

Критерии. Оценка в баллах	Коэффициент	Результат
1. Количество дефекаций жидким или мягким калом на протяжении недели (сумма за 7 дней)	×2	36
2. Интенсивность болей в животе (от 0 до 3 баллов) на протяжении недели (сумма за 7 дней)	×5	35
3. Самочувствие в течение недели (от 0 до 4 баллов, сумма за 7 дней)	×7	49
4. Число осложнений из перечисленных: артралгии или артриты; увеит; узловая эритема или гангренозная пиодермия или афтозный стоматит; анальная трещина, свищи или абсцессы; межкишечные свищи; лихорадка в течение последней недели	×20	40
5. Прием опиатов (0 баллов – нет, 1 балл – да)	×30	0
6. Инфильтрат брюшной полости (0 баллов – отсутствует, 2 балла – сомнительный, 5 баллов – определяется)	×6	0
7. Гематокрит менее 47% для мужчин или менее 42% для женщин (разность между нормальной и фактической величиной)	×6	24
8. (1 – фактическая масса тела) × 100 индекс массы тела	×1	11
	Сумма	195

Примечание. Количество баллов ниже 150 указывает на ремиссию болезни, 150–300 – на легкую форму, 300–450 – на среднетяжелую форму, свыше 450 – на тяжелую форму.

Таблица 5. Критерии оценки тяжести (клинической активности) обострения БК Всероссийского общества по изучению воспалительных заболеваний кишечника и Ассоциации колопроктологов России

Table 5. Criteria for assessing the severity (clinical activity) of exacerbation of BC of the All-Russian Society for the Study of IBD and the Russian Association of Coloproctology

Критерий	Легкая БК	Средней тяжести БК	Тяжелая БК	Результат
Средняя частота стула в сутки за последние 3 дня	Менее 4	4–6	7 и более	4–6
Боль в животе	Отсутствует или незначительная	Умеренная	Сильная	Умеренная
Лихорадка	Отсутствует	<38 °С	>38 °С	Отсутствует
Тахикардия	Отсутствует	<90 в 1"	>90 в 1"	Отсутствует
Снижение массы тела	Отсутствует	до 5%	5% и более	До 5%
Гемоглобин	>100 г/л	90–100 г/л	<90 г/л	>100 г/л
СОЭ	Норма	<30 мм/ч	>30 мм/ч	Норма
СРБ	Норма	До двух норм	>двух норм	Норма
Гипопротеинемия (гипоальбуминемия)	Отсутствует	Незначительная	Выраженная	Отсутствует
Внекишечные проявления (любые)	Нет	Есть	Есть	Есть
Кишечные осложнения (любые)	Нет	Есть	Есть	Есть

верхних и нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. При аускультации живота выслушивается вялая перистальтика, кишечные шумы ослаблены. При перкуссии живота тимпанический звук различной степени выраженности. При пальпации нижний край печени определяется у края реберной дуги. Перкуторные размеры печени по Курлову: 10×9×8 см. Селезенка перкуторно не увеличена. Стул кашицеобразный 3 раза в день, без видимых патологических примесей. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. При пальцевом ректальном исследовании прямой кишки – без особенностей, на перчатке следы кала.

Дополнительные методы исследования

Оценка активности заболевания при настоящем обращении с использованием опросника для расчета ин-

декса Харви–Брэдшоу [9] показала результат в 7 баллов, что соответствует обострению болезни легкой степени (табл. 3). Сумма баллов по опроснику для оценки индекса активности БК [10], также известному как индекс Беста, составила 195, что также указывает на легкую степень тяжести заболевания (табл. 4). Для оценки состояния пациентки применялись простые критерии, разработанные Всероссийским обществом по изучению воспалительных заболеваний кишечника и Ассоциацией колопроктологов России (табл. 5) [3].

Клинический диагноз и рекомендованное лечение

В соответствии с текущей версией Клинических рекомендаций по болезни Крона для взрослых для классификации БК применяется Монреальская классификация [11], согласно которой БК определяется по несколь-

ким ключевым категориям: локализация воспалительного процесса, характер течения (фенотипу заболевания) и возраст начала заболевания. Необходимость выделения БК по возрасту обусловлена разницей клинических проявлений и разным прогнозом заболевания в различных возрастных группах [12]. Также оценивается тяжесть текущего обострения БК с выделением легкого, среднетяжелого и тяжелого обострения.

Таким образом, был сформулирован следующий диагноз: болезнь Крона L1, B2, A2, локализованная форма, хроническое течение, легкое обострение (индекс Харви–Брэдшоу – 7 баллов, индекс активности БК – 195 баллов); внекишечные проявления: артралгия, афтозный стоматит.

Для достижения стойкой ремиссии и предупреждения рецидивов БК пациентке были даны следующие рекомендации:

- преднизолон 50 мг утром (1 мг/кг массы тела в сутки) – первые 14 дней с последующим снижением дозы на 5 мг каждые 5–7 дней до полной отмены (в течение не более 12 нед) с контрольным визитом через 14 дней;

- азатиоприн 100 мг в день (2,0–2,5 мг/кг массы тела в сутки) длительно (не менее 2–4 лет) под контролем анализов крови: общий анализ крови и биохимический анализ крови (свободный и связанный билирубин, креатинин, мочевины, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, амилаза) первые 2 мес ежемесячно, далее – 1 раз в 3 мес (для своевременного выявления осложнений проводимой терапии); С-реактивный белок, фекальный кальпротектин 1 раз в 6 мес.

Помимо лекарственной терапии, были даны рекомендации по изменению образа жизни, что особенно важно для поддержания ремиссии и профилактики осложнений БК. В первую очередь настоятельно посоветовали пациентке полностью отказаться от курения, как от одного из прогностически неблагоприятных факторов течения БК. Доказано, что курение снижает эффективность используемых в лечении БК глюкокор-

тикостероидных и иммунодепрессивных препаратов. И напротив, отказ от курения улучшает клиническое течение заболевания [13]. Кроме того, большинство пациентов с БК в течение жизни переносят хотя бы одно оперативное вмешательство на ЖКТ [14], а курение значительно повышает риск послеоперационного рецидива [11].

На текущий момент не получено убедительных доказательств эффективности диетотерапии для достижения ремиссии БК. Тем не менее существуют общие принципы питания при воспалительных заболеваниях кишечника, направленные на профилактику осложнений, таких как недостаточность питания и дефицит микроэлементов [15]. В этой связи рекомендуется соблюдение стандартной диеты с поддерживающим энтеральным питанием с применением полимерных смесей (например, Modulen). В период обострения БК следует увеличивать потребление белков до 1,2–1,5 г/кг в сутки. При выявлении лабораторных признаков анемии – контроль железа и ферритина, при подтверждении железодефицитной анемии – прием пероральных препаратов железа по назначению врача (при уровне гемоглобина менее 100 г/л – назначение парентеральных препаратов железа).

Заключение

Болезнь Крона – заболевание, требующее постоянной иммуносупрессивной терапии и регулярного контроля активности воспаления для предупреждения рецидивов, прогрессирования поражения ЖКТ, развития осложнений. Важнейшим аспектом ведения пациентов с болезнью Крона является достижение высокой приверженности к лечению. Комплексный подход к каждому пациенту с учетом его индивидуальных особенностей и соответствие лечения актуальным клиническим рекомендациям являются залогом повышения качества и длительности жизни пациентов с болезнью Крона.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Sandborn WJ, Feagan BG, Hanauer SB et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology* 2002;122(2):512-30.
2. Gomollón F, Dignass A, Annesse V et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management. *Journal of Crohn's & colitis* 2017;11(1):3-25.
3. Белоусова Е.А. Рекомендации по диагностике и лечению болезни Крона. *Фарматека*. 2009;(13):38-44.
Belousova E.A. Guidelines on diagnostics and treatment of Crohn's disease. *Farmateka*. 2009;(13):38-44 (in Russian).
4. Ливзан М.А., Макейкина М.А. Воспалительные заболевания кишечника: современные аспекты диагностики и лечения. *Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2010;(2):60-5.
Livzan M.A., Makejkina M.A. Inflammatory bowel diseases: modern aspects of diagnosis and treatment. *Gastroenterology. Appendix to the Consilium Medicum journal*. 2010;(2):60-5 (in Russian).
5. Князев О.В., Шкурко Т.В., Фадеева Н.А. и др. Эпидемиология хронических воспалительных заболеваний кишечника. Вчера, сегодня, завтра. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2017;139(3):4-12.
Knyazev O.V., Shkurko T.V., Fadeyeva N.A. et al. Epidemiology of chronic inflammatory bowel disease. Yesterday, today, tomorrow. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2017;139(3):4-12 (in Russian).
6. Coremans G, Rutgeerts P, Geboes K et al. The value of ileoscopy with biopsy in the diagnosis of intestinal Crohn's disease. *Gastrointestinal endoscopy* 1984;30(3):167-72.
7. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SP. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut* 2004;53(Suppl 5):V1-V16.
8. Magro F, Langner C, Driessen A et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's & colitis* 2013;7(10):827-51.
9. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet* (London, England) 1980;1(8167):514.

10. Best WR, Bechtel JM, Singleton JW et al. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology* 1976;70(3):439-44.
11. Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И. и др. Болезнь Крона, взрослые. Клинические рекомендации. М., 2024.
12. Shelygin Yu.A., Ivashkin V.T., Achkasov S.I. et al. Crohn's disease, adults. Clinical recommendations. Moscow, 2024 (in Russian).
13. Dignass A, Van Assche G, Lindsay JO et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's & colitis* 2010;4(1):28-62.
14. Billioud V, Ford AC, Tedesco ED et al. Preoperative use of anti-TNF therapy and postoperative complications in inflammatory bowel diseases: a meta-analysis. *Journal of Crohn's & colitis* 2013;7(11):853-67.
15. Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clinical nutrition* 2020;39(3):632-53.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Зобов Степан Сергеевич – студент 4-го курса лечебного факультета, ФГБОУ ВО СГМУ. E-mail: zardoks1783@yandex.ru; ORCID: 0009-0006-2359-9337

Рязежкин Дмитрий Алексеевич – врач-эндоскопист эндоскопического отд-ния, ОГБУЗ «Клиническая больница №1». E-mail: daryazhechkin@gmail.com

Елистратов Никита Дмитриевич – клин. ординатор по специальности «Терапия», ФГБОУ ВО СГМУ. E-mail: nikita_elistratov@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7691-0578

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: 27.05.2025

Принята к публикации: 29.05.2025

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Stepan S. Zobov – 4th year student, Smolensk State Medical University. E-mail: zardoks1783@yandex.ru; ORCID: 0009-0006-2359-9337

Dmitry A. Ryazhechkin – Endoscopist, Clinical Hospital №1, Smolensk. E-mail: daryazhechkin@gmail.com

Nikita D. Elistratov – Clinical Resident, Smolensk State Medical University. E-mail: nikita_elistratov@mail.ru; ORCID: 0000-0001-7691-0578

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

Received: 20.05.2025

Revised: 27.05.2025

Accepted: 29.05.2025