

- function in patients with liver disease. *Liver Int.* 2017. 37 Suppl 1:116–122. DOI: 10.1111/liv.13305.
5. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J. Hepatol.* 2018; 69(5):1207. DOI: 10.1016/j.jhep.2018.08.009.
6. Belcher JM, Sanyal AJ, Peixoto AJ, et al. Kidney biomarkers and differential diagnosis of patients with cirrhosis and acute kidney injury. *Hepatology*; 2014; 60 (2):622–32. DOI: 10.1002/hep.26980.
7. Amin AA, Alabsawy EI, Jalan R, Davenport A. Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Hepatorenal Syndrome. *Semin. Nephrol.* 2019; 39(1):17–30. DOI: 10.1016/j.semnephrol.2018.10.002.
8. Angeli P, Garcia-Tsao G, Nadim MK, Parikh CR. News in pathophysiology, definition and classification of hepatorenal syndrome: A step beyond the International Club of Ascites (ICA) consensus document. *J. Hepatol.* 2019; 71(4):811–822. DOI: 10.1016/j.jhep.2019.07.002.
9. Ginès P, Schrier RW. Renal failure in cirrhosis. *N Engl J Med.* 2009; 361(13):1279–90. DOI: 10.1056/NEJMra0809139.
10. Angeli P, Garcia-Tsao G, Nadim M. K., Parikh C. R. News in pathophysiology, definition and classification of hepatorenal syndrome: A step beyond the International Club of Ascites (ICA) consensus document. *J. Hepatol.* 2019. 71, 811–822. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.07.002>.
11. Levitan B, Skvortsov V, Kasyanova T, Vozniuk M. The diagnostic role of fetal hemoglobin and blood oxygen saturation in chronic liver diseases. *Archiv euromedica.* 2021;11(4):77–78. <https://doi.org/10.35630/2199-885X/2021/11/4.20>.
12. Вознюк М. А., Левитан Б. Н., Кривенцев Ю. А. Диагностическое значение фетального гемоглобина при хронической болезни почек. *Медицинский вестник Северного Кавказа.* 2024;19(3):198–201. doi: <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19045>
- Vozniuk MA., Levitan BN., Kriventsev Yu A. Diagnostic value of fetal hemoglobin in chronic kidney disease. *Medical News of North Caucasus.* 2024; 19 (3): 198–201. (In Russ.). <https://doi.org/10.14300/mnnc.2024.19045>
13. Клинические рекомендации. Хроническая болезнь почек (ХБП). *Нефрология* 021; 25 (5): 10–82. doi:10.36485/1561-6274-2021-25-5-10-82. Clinical recommendations. Chronic kidney disease (CKD). *Nephrology (Saint-Petersburg).* 2021;25(5):10–82. (In Russ.) doi: 10.24884/1561-6274-2021-25-5-10-82
14. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Жаркова М.С и соавт. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению фиброза и цирроза печени и их осложнений. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии колопроктологии.* 2021;31(6):56–102. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>.
- Ivashkin V.T., Maevskaya M.V., Zharkova M.S. Clinical Recommendations of the Russian Scientific Liver Society and Russian Gastroenterological Association on Diagnosis and Treatment of Liver Fibrosis, Cirrhosis and Their Complications. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology.* 2021;31(6):56–102. (In Russ.). <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-56-102>
- Статья поступила / Received 18.11.2024
Получена после рецензирования / Revised 26.11.2024
Принята в печать / Accepted 09.12.2024

Сведения об авторах

Вознюк Максим Алексеевич, ассистент кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования. E-mail: tayson.91@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5902-6796

Левитан Болеслав Наумович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования. E-mail: boleev@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6725-8290

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань

Автор для переписки: Левитан Болеслав Наумович. E-mail: boleev@mail.ru

About authors

Voznyuk Maxim A., assistant at Dept of Faculty Therapy and Occupational Diseases with a Course of Postgraduate Education. E-mail: tayson.91@mail.ru. ORCID: 0000-0002-5902-6796

Levitan Boleslav N., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Faculty Therapy and Occupational Diseases with a Course of Postgraduate Education. E-mail: boleev@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6725-8290

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Corresponding author: Levitan Boleslav N. E-mail: boleev@mail.ru

Для цитирования: Вознюк М. А., Левитан Б. Н. Изменения показателей фетального гемоглобина в крови пациентов циррозом печени с гепаторенальным синдромом 2 типа и с хронической болезнью почек. *Медицинский алфавит.* 2024; [34]: 14–17. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-34-14-17>

For citation: Vozniuk M. A., Levitan B. N. Changes in fetal hemoglobin levels in patients with liver cirrhosis with type 2 hepatorenal syndrome and chronic kidney disease. *Medical alphabet.* 2024; [34]: 14–17. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-34-14-17>



DOI: 10.33667/2078-5631-2024-34-17-26

Клинические и организационные аспекты дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона: опыт городского центра воспалительных заболеваний кишечника

Ю. П. Успенский¹, С. В. Иванов^{1,2}, Ю. А. Фоминых^{1,2}, Е. П. Лыкова³, А. С. Панасюк³, К. В. Дикарев⁴, А. А. Гахраманова¹

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

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова» Санкт-Петербург

³СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург

⁴СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро», Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Введение. Первичная диагностика язвенного колита и болезни Крона – воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) – достаточно трудна, требует комплексной оценки клинических и анамнестических данных, результатов илеколоноскопии с мультифокальной биопсией и в ряде случаев получения результатов визуализирующих методов диагностики.

Цель исследования: оценка продолжительности временного периода, требующегося для установления диагноза ВЗК, и оценка потенциальных последствий несвоевременного установления данного диагноза.

Материалы и методы. В исследование были включены данные 253 пациентов с язвенным колитом и 263 пациентов с болезнью Крона, обратившихся в городской центр ВЗК Санкт-Петербурга.

Результаты исследования. У 59% пациентов с язвенным колитом и у 65% пациентов с болезнью Крона диагноз был установлен в течение 3-х месяцев от клинического дебюта. Оценка возможной связи между длительностью периода, потребовавшегося для установления диагноза ВЗК и особенностей течения ВЗК после установления диагноза не выявила статистически значимой связи с частотой рецидивирования и риском развития нежизнеугрожающих осложнений ВЗК. При изучении развития жизнеугрожающих осложнений ВЗК выявлено, что только 59% подобных осложнений произошли после установления диагноза ВЗК, в остальных же случаях они произошли либо до этого момента, либо стали причиной установления диагноза. Отсутствие диагноза ВЗК повышало риск развития жизнеугрожающих осложнений у пациентов с язвенным колитом в 18 раз, а у пациентов с болезнью Крона – в 13 раз, в сравнении с ситуацией, когда диагноз был установлен и специфическая терапия ВЗК была инициирована.

Заключение. У большинства пациентов с ВЗК, перенесших жизнеугрожающее осложнение ВЗК до момента установления диагноза, потенциально имелось временное «окно возможностей», когда на основании клинических данных можно было заподозрить наличие ВЗК, установить диагноз с последующей своевременной инициацией специфической терапии ВЗК для предотвращения осложненного течения заболевания.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, диагностика, дифференциальная диагностика, городской центр ВЗК, Елизаветинская больница, Санкт-Петербург, Регистр ВЗК СПб

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Clinical and organizational features of ulcerative colitis and Crohn's disease differential diagnosis: the experience of the specialized City clinic for Inflammatory Bowel Diseases

Yu. P. Uspensky¹, S. V. Ivanov^{1,2}, Yu. A. Fominykh^{1,2}, E. P. Lykova³, A. S. Panasyuk³, K. V. Dikarev⁴, A. A. Gahramanova¹

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

²Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia

³Elizavetinskaya hospital, St. Petersburg, Russia

⁴City Pathology Bureau, St. Petersburg, Russia

SUMMARY

Introduction. The initial diagnosis of ulcerative colitis and Crohn's disease – inflammatory bowel diseases (IBD) – is quite difficult, requiring a comprehensive evaluation of clinical and anamnesis data, the results of ileocolonoscopy with multifocal biopsy and, results of imaging diagnostic methods (in some cases).

The aim of the study: to estimate the duration of the time period required to establish the IBD diagnosis of and to assess the potential consequences of untimely establishment of this diagnosis.

Materials and methods. The data of 253 patients with ulcerative colitis and 263 patients with Crohn's disease who applied to the city center of St. Petersburg.

Results. In 59% of ulcerative colitis patients with and in 65% Crohn's disease patients the diagnosis was established within 3 months from first clinical signs appearance. Evaluation of the possible association between the duration of the period required to establish the diagnosis of IBD and features of the course of IBD after diagnosis did not reveal a statistically significant association with the rate of recurrence and the risk of developing non-life-threatening complications. When studying the development of life-threatening complications of IBD it was found that only 59% of such complications occurred after the diagnosis of IBD, while in the remaining cases they occurred either before or caused the diagnosis. Untimely diagnosis of IBD increased the risk of life-threatening complications by 18 times in patients with ulcerative colitis, and by 13 times in patients with Crohn's disease, compared to the situation when the diagnosis was established timely and specific IBD therapy for was initiated.

Conclusion. The majority of IBD patients, who suffered a life-threatening complication before the diagnosis was established, potentially had a temporary «window of opportunity», when on the basis of clinical data it was possible to suspect the presence of IBD, establish the diagnosis with the subsequent timely initiation of specific therapy to prevent a complicated course of the disease.

KEYWORDS: inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, diagnosis, differential diagnosis, specialized IBD city clinic, Elizavetinskaya Hospital, St. Petersburg, IBD Registry of St. Petersburg

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

Введение

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – язвенный колит и болезнь Крона – в последние десятилетия становятся одним из наиболее актуальных и интенсивно изучаемых разделов современной гастроэнтерологии. Причиной повышенного внимания к данной категории заболеваний являются как неуклонный рост их распространенности в развитых странах, так и хроническое прогрессирующее течение, сопровождающееся частым рецидивированием и высоким риском развития осложнений, что приводит к существенному снижению качества жизни и инвалидизации пациентов молодого трудоспособного возраста, накладывая значительное бремя на системы здравоохранения всех стран [1, 2, 3, 4, 5].

Одной из ключевых проблем ВЗК является несвоевременная диагностика данного заболевания. Так, по данным национального регистра ВЗК, опубликованным в 2023 году, среднее арифметическое значение длительности течения ВЗК от появления первых симптомов заболевания до установления диагноза в целом по стране составило 1,1 года при язвенном колите и 2,9 года при болезни Крона, при этом средний возраст установления диагноза язвенного колита и болезни Крона (36,1 года и 34,2 года соответственно) был близок к возрасту начала клинических проявлений данных заболеваний (35,3 г. и 31,2 г., соответственно) [6].

Закономерным следствием позднего установления диагноза ВЗК становится позднее начало проведения

специфической терапии ВЗК препаратами 5-аминоса-
лициловой кислоты (5-АСК), глюкокортикоидами, им-
муносупрессорами, таргетными иммуносупрессорами
(ТИС) или генно-инженерными биологическими пре-
паратами (ГИБП) [1, 2, 3, 4] в зависимости от той или
иной клинической ситуации либо отсутствие данной те-
рапии. Соответственно, при отсутствии специфической
терапии заболевание медикаментозно не контролируется
и развивается т.н. «естественным», неуклонно прогрес-
сирующим путем [7, 8], сопровождаясь не только частым
рецидивированием, но и развитием жизнеугрожающих
инвалидизирующих осложнений [9].

Опыт наблюдения пациентов с язвенным колитом и бо-
лезнью Крона в городском центре ВЗК Санкт-Петербурга
на базе СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» [10] позволил
выделить ключевые причины несвоевременной диагностики
ВЗК и пути решения имеющихся трудностей (табл. 1). Сле-
дует отметить, что в данный городской центр ВЗК маршру-
тизируются пациенты, проживающие в 9-ти из 18-ти районов

города, со среднетяжелым или тяжелым течением ВЗК,
с неэффективностью или непереносимостью проводимой
терапии, а также пациенты с дебютом или острым течением
ВЗК (для проведения дифференциальной диагностики ВЗК
и определения тактики дальнейшего лечения).

Дифференциальная диагностика ВЗК проводится с об-
ширным спектром заболеваний желудочно-кишечного
тракта, из числа которых в клинической практике центра
ВЗК СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» наиболее
часто встречаются инфекционные заболевания кишечника
(в первую очередь – клостридиальная инфекция, которая
также может сопутствовать ВЗК), НПВП-ассоциированная
колопатия и энтеропатия, ишемический колит.

Если рассматривать проблему диагностики ВЗК в кон-
тексте рутинной клинической практики, то можно за-
ключить, что в целом проблема поздней диагностики
язвенного колита болезни Крона обусловлена сложностью
диагностического процесса и интерпретации полученных
результатов, вкпе с недостаточным клиническим опытом

Таблица 1
Ключевые причины несвоевременной диагностики ВЗК и пути решения

Причина несвоевременной диагностики ВЗК	Комментарии	Пути решения
Недостаточная осведомленность врачей первичного звена здравоохранения о клинических, анамнестических, эндоскопических и гистологических признаках ВЗК	Гастроэнтерологи, терапевты и врачи общей практики относительно редко сталкиваются с дебютом ВЗК и по этой причине зачастую не имеют достаточного клинического опыта для корректной интерпретации имеющегося комплекса диагностических данных. Ситуация как правило усугубляется недостаточным объемом обследования пациента при первичном обращении	Информирование врачей амбулаторного звена здравоохранения о принципах и алгоритмах диагностики ВЗК
Отсутствие осмотра терминального отдела подвздошной кишки при эндоскопическом исследовании кишечника	Ограничение осмотра кишечника только толстой кишкой может потенциально привести к невыявлению эндоскопических признаков терминального илеита как проявления болезни Крона, а также закономерно не позволяет выполнить забор биоптатов из указанного отдела кишечника	Информирование врача-эндоскописта о необходимости обязательного осмотра терминального отдела подвздошной кишки и забора биоптатов из указанной области при направлении на обследование пациента с подозрением на ВЗК
Невыполнение мультифокальной биопсии в рамках эндоскопического обследования	В рутинной практике обычно забор биоптатов производится только из визуально измененных участков слизистой кишечника, в то время как при подозрении на ВЗК биопсия должна выполняться из всех отделов толстой кишки и из терминального отдела подвздошной кишки. Именно мультифокальная биопсия позволяет уточнить наличие поражения терминального отдела подвздошной кишки и выявить «сегментарность» («очаговость») поражения кишечника, характерную для болезни Крона	Информирование врача-эндоскописта о необходимости выполнения мультифокальной биопсии при направлении на обследование пациента с подозрением на ВЗК
Отсутствие детализированного описания микроскопической картины слизистой оболочки кишечника в результатах гистологического заключения	Часто описание имеющейся гистологической картины сводится к описанию признаков воспалительного процесса, без оценки наличия или отсутствия специфических признаков ВЗК, таких как нарушение архитектоники крипт, снижение количества бокаловидных клеток и др.	Информирование врача-патоморфолога о необходимости максимально детализированного описания микроскопической картины при направлении на исследование биоптатов слизистой оболочки кишечника пациента с подозрением на ВЗК
Недостаточное внимание к хирургическим осложнениям в анамнезе заболевания	«Необъяснимые» перфорации кишечника в анамнезе, наружные и внутренние свищи, инфильтраты брюшной полости, рецидивирующие анальные трещины могут быть первым проявлением болезни Крона еще до развития типичной эндоскопической и гистологической картины заболевания (особенно у пациентов молодого возраста без какой-либо сопутствующей соматической патологии)	«ВЗК-настороженность» врачей амбулаторного звена здравоохранения в отношении пациентов с хирургическими осложнениями со стороны желудочно-кишечного тракта
Установление диагноза язвенный колит при наличии у пациента болезни Крона (и обратная ситуация)	Клинические, эндоскопические и гистологические проявления язвенного колита и болезни Крона во многом сходны, эта проблема наиболее актуальна при изолированном поражении толстой кишки у пациента с ВЗК	Информирование врачей амбулаторного звена здравоохранения о принципах проведения дифференциальной диагностики между язвенным колитом и болезнью Крона
Отсутствие обследования на предмет наличия кишечных инфекций и паразитозов	Клиническая картина инфекционного процесса в кишечнике и некоторых паразитозов сходна с клиническими проявлениями ВЗК, что требует исключения кишечных инфекций. При этом токсигенные клостридии могут персистировать в кишечнике и на фоне ВЗК, усугубляя картину заболевания и снижая эффективность проводимой в отношении ВЗК терапии	Обязательное обследование пациентов с подозрением на ВЗК на наличие бактерий тифо-паратифозной группы, дизгруппы, исследование на токсины клостридий А и В, исследование на паразитозы
Отсутствие выполнения эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) при первичном обследовании пациента с подозрением на ВЗК	Болезнь Крона может поражать в том числе и верхние отделы пищеварительного тракта, что требует эндоскопического исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с забором биоптатов (при необходимости). С другой стороны, своевременное выявление эрозивно-язвенных изменений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки крайне важно при планировании терапии глюкокортикоидами	Обязательное выполнение ЭГДС у пациен-тов с подозрением на ВЗК



Рисунок 1. Предложенная иерархия клинических, эндоскопических и гистологических диагностических признаков, позволяющих идентифицировать болезнь Крона при проведении дифференциальной диагностики между болезнью Крона и язвенным колитом

ведения пациентов с ВЗК в дебюте заболевания у врачей первичного звена здравоохранения (вследствие сравнительно низкой инцидентности в сравнении с другой гастроэнтерологической патологией).

С формальной точки зрения диагностический процесс у пациента с подозрением на ВЗК сводится к двум последовательным этапам: сначала устанавливается или отвергается диагноз ВЗК, а при наличии однозначных признаков ВЗК принимается решение о том, какое именно заболевание имеется у пациента – язвенный колит или болезнь Крона. В данном контексте дифференциальная диагностика между язвенным колитом и болезнью Крона в дебюте заболевания имеет первостепенное значение в отношении дальнейшей тактики ведения пациента. Так, в дебюте язвенного колита проводится терапия препаратами 5-АСК, в то время как в дебюте болезни Крона в рамках первой линии терапии назначаются глюкокортикоиды и иммуносупрессоры [1,2,3,4]. Соответственно, неверно установленный первичный диагноз язвенного колита при фактическом наличии у пациента болезни Крона приведет к назначению препаратов 5-АСК, которые не имеют доказанного эффекта в отношении контроля течения болезни Крона, что по сути эквивалентно назначению потенциально неэффективной терапии. Напротив, неверно установленный первичный диагноз болезни Крона при фактическом наличии у пациента язвенного колита приведет к игнорированию потенциально эффективной и достаточно безопасной и хорошо переносимой терапии препаратами 5-АСК в пользу назначения глюкокортикоидов и иммуносупрессоров, на фоне которых достаточно часто развиваются серьезные побочные эффекты и которые как правило назначаются во второй линии терапии после предшествующего применения препаратов 5-АСК.

Диагноз ВЗК устанавливается на основании совокупности клинических, эндоскопических и гистологических признаков заболевания, также при необходимости используются визуализирующие методы, такие как компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ кишечника и др. [1, 2, 11, 12].

Клиническая картина язвенного колита и болезни Крона часто бывает сходной, хотя для язвенного колита в большей степени характерна диарея с примесью крови в стуле, а для болезни Крона – сочетание диареи с болями или дискомфортом в животе. Анамнестически на наличие болезни Крона также могут указывать хирургические осложнения, к числу которых относятся перианальное поражение, наружные и внутренние свищи, инфильтраты и абсцессы брюшной полости, стриктуры и перфорации тонкой и толстой кишки. При обоих вариантах ВЗК могут также наблюдаться внекишечные проявления, из числа которых среди пациентов городского центра ВЗК наиболее часто встречаются периферические и осевые артропатии, афтозный стоматит и поражение кожи [9,10].

Специфичными эндоскопическими признаками ВЗК являются эрозии, афты и язвы, отек слизистой (исчезновение или стертость сосудистого рисунка в толстой кишке), контактная ранимость и кровоточивость слизистой оболочки, наличие псевдополипов, а также специфичные для болезни Крона свищи и стриктуры. Основными патогномичными гистологическими признаками язвенного колита являются воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки, уменьшение количества бокаловидных клеток, базальный плазмодитоз, базальные лимфоидные скопления, нарушение архитектоники крипт, криптиты и крипт-абсцессы. При оценке морфологических признаков болезни Крона следует учесть, что при данном заболевании иммуновоспалительное поражение распространяется вглубь кишки, в то время как гистологическая оценка биоптата позволяет оценить патоморфологические изменения только на уровне слизистой оболочки. Ключевыми гистологическими признаками болезни Крона являются наличие специфических эпителиоидных гранул, дискретность («сегментарность», «очаговость») поражения пищеварительного тракта, а также иммуновоспалительное поражение тонкой кишки [1, 2, 11, 12]. При этом для язвенного колита характерна гистологическая непрерывность поражения слизистой оболочки толстой кишки, распространяющаяся проксимальнее от ануса. Следует также учесть, что характерные для болезни Крона гранулемы в биоптатах из слизистой оболочки кишки встречаются достаточно редко, так как могут локализоваться глубже области забора биопсийного материала.

На рисунке 1 представлена предложенная авторами иерархия ключевых клинических, эндоскопических и гистологических диагностических признаков, позволяющих идентифицировать болезнь Крона при проведении дифференциальной диагностики между болезнью Крона и язвенным колитом в условиях реальной клинической практики.

Особую диагностическую трудность представляет ситуация с изолированным поражением толстой кишки при ВЗК, которое может быть обусловлено как язвенным колитом, так и колитом при болезни Крона. Для решения данной проблемы на базе городского центра ВЗК СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в 2024 г. было проведено поперечное исследование, позволившее разработать дифференциально-диагностическую модель язвенного

колита и болезни Крона на основании совокупности клинических, эндоскопических и гистологических признаков поражения толстой кишки [13].

Таким образом, диагностика и дифференциальная диагностика ВЗК представляет существенные трудности, что закономерно отражается на сроках установления диагноза.

Цель исследования

Целью исследования была оценка продолжительности временного периода, требующегося для установления диагноза ВЗК, и оценка потенциальных последствий несвоевременного установления данного диагноза.

Материалы и методы

Проведены поперечное и ретроспективное когортное исследование, в которое были включены данные 516 пациентов с ВЗК, обратившихся в городской центр ВЗК СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» за период 2020–2023 гг. (у 352-х больных ретроспективные исследовательские данные были получены на основании электронной медицинской документации, а у 164-х пациентов исследовательские данные были собраны очно в рамках амбулаторного приема либо госпитализации). Проведение данного исследования было одобрено Локальным Этическим комитетом Елизаветинской больницы (ЛЭК) в рамках инициативной комплексной темы «Воспалительные заболевания кишечника у взрослых: структура, клинко-патогенетические особенности, эффективность терапевтической тактики, прогнозирование течения» (выписка из протокола № 137 от 27.10.2021). Поскольку одобрение ЛЭК было получено 27.10.2021, в рамках очного амбулаторного приема или госпитализации, исследовательская информация была получена уже после указанной даты, а анамнестические сведения о пациентах, обратившихся в учреждение за период до 27.10.2021 включительно, были собраны только на основании имеющейся медицинской документации.

В исследование включались пациенты в возрасте 18 лет и старше с установленным диагнозом ВЗК, верифицированным на основании эндоскопических и гистологических данных.

При статистическом анализе результатов исследования для описания количественных данных использовались медиана и квартили, а для описания качественных данных – частоты. Для количественных переменных предварительная проверка нормальности распределения проводилась с помощью критериев Шапиро-Улика и Колмогорова-Смирнова. Сравнение частот проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона и его модификаций, сравнение количественных данных проводилось с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни (так как распределение количественных переменных статистически значимо отличалось от нормального).

При оценке течения ВЗК анализ вероятности развития жизнеугрожающих осложнений проводился с использованием метода Каплана-Майера, сравнение кривых выживаемости проводилось с помощью лог-рангового критерия и критериев Бреслоу и Тарона-Уэра, расчет значений относительного риска (ОР) развития жизнеугрожающих осложнений с 95 % доверительными интервалами (ДИ) проводился с использованием однофакторного анализа пропорциональных рисков Кокса.

Статистический анализ был проведен с использованием пакета программ SPSS, версия 23.0 (SPSS Inc., USA).

Результаты исследования

Характеристика выборки пациентов представлена в *таблице 2*. Как видно из представленных данных, у пациентов с болезнью Крона диагноз устанавливался в более раннем возрасте, но продолжительность периода наблюдения пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона была сходной. При болезни Крона ожидаемо чаще встречались хроническое непрерывное течение заболевания и хирургическое лечение в анамнезе. Также ожидаемо выявлены различия в используемой в анамнезе терапии: при болезни Крона реже использовались ректальные формы 5-АСК, чаще использовались глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, ТИС и ГИБП.

Таблица 2
Демографическая характеристика когорты пациентов, особенности клинического течения ВЗК и используемая терапия в анамнезе в разрезе варианта ВЗК

	Язвенный колит	Болезнь Крона	p
Всего, n (%)	253 (49,0)	263 (51,0)	
Пол, n (%)			0,537
мужчины	121 (47,8)	118 (44,9)	
женщины	132 (52,2)	145 (55,1)	
Возраст на момент последнего обращения, лет (Me (Q ₁ ; Q ₃))	40,0 (30,5; 55,0)	34,0 (27,0; 34,0)	<0,001
Возраст, в котором был установлен диагноз ВЗК, лет (Me (Q ₁ ; Q ₃))	33,0 (25,0; 47,5)	28,0 (21,0; 41,0)	<0,001
Длительность наблюдения пациента от момента установления диагноза, нед. (Me (Q ₁ ; Q ₃))	133 (33; 405)	102 (45; 363)	0,620
Локализация поражения кишечника на момент последнего обращения			
При язвенном колите, n (%)			-
проктит	41 (18,1)	-	
левосторонний колит	96 (42,3)	-	
тотальный колит	90 (39,6)	-	
При болезни Крона, n (%)			-
терминальный илеит	-	37 (14,7)	
колит	-	94 (37,3)	
илеocolит	-	109 (43,2)	
другой вариант поражения	-	12 (4,8)	
Вариант течения заболевания, n (%)			0,012
острое	42 (16,6)	30 (11,4)	
хроническое рецидивирующее	176 (69,6)	172 (65,4)	
хроническое непрерывное	35 (13,8)	61 (23,2)	
Нежизнеугрожающие осложнения ВЗК в анамнезе			<0,001
имелись	92 (36,8)	164 (61,7)	
не имелись	158 (63,2)	102 (38,3)	

Продолжение таблицы 2

Жизнеугрожающие осложнения ВЗК в анамнезе			<0,001
имелись	20 (7,9)	75 (28,5)	
не имелись	233 (92,1)	188 (71,5)	
Хирургическое лечение ВЗК в анамнезе			<0,001
проводилось	7 (8,8)	73 (27,8)	
не проводилось	246 (97,2)	190 (72,2)	
Проведение базисной и/или генно-инженерной терапии ВЗК в анамнезе, n (%)			0,864
терапия проводилась	236 (93,3)	244 (92,8)	
терапия не проводилась	17 (6,7)	19 (7,0)	
Пероральные препараты 5-АСК, n (%)			0,369
получал	220 (87,0)	225 (85,6)	
не получал	33 (13,0)	38 (14,4)	
Ректальные препараты 5-АСК, n (%)			<0,001
получал	201 (79,4)	96 (36,5)	
не получал	52 (20,6)	167 (63,5)	
Системные глюкокортикоиды, n (%)			<0,001
получал	83 (32,8)	132 (50,2)	
не получал	170 (67,2)	131 (49,8)	
Топические глюкокортикоиды, n (%)			<0,001
получал	16 (6,3)	58 (22,1)	
не получал	237 (93,7)	205 (77,9)	
Иммуносупрессоры, n (%)			<0,001
получал	33 (13,0)	143 (54,4)	
не получал	220 (87,0)	120 (45,6)	
ГИБП/ТИС, n (%)			0,001
получал	22 (8,7)	51 (19,4)	
не получал	231 (91,3)	212 (80,6)	

Таблица 3

Продолжительность временного периода, прошедшего от момента появления первых характерных кишечных проявлений до установления диагноза ВЗК

	Язвенный колит	Болезнь Крона	p
Длительность периода от момента появления кишечных проявлений до установления диагноза, нед. (Me (Q ₁ ; Q ₃))	7,0 (4,0; 16,3)	9,0 (4,0; 61,3)	0,001
Градации временного периода от момента появления первых проявлений заболевания до установления диагноза			0,036
до 1 месяца	88 (35,2)	81 (30,5)	
от 1 до 3 месяцев	59 (23,6)	92 (34,6)	
от 4 до 12 месяцев	49 (19,6)	51 (19,2)	
более 12 месяцев	54 (21,6)	42 (15,8)	

Оценка временного периода, прошедшего от момента появления первых характерных кишечных проявлений до установления диагноза ВЗК в разрезе варианта ВЗК, представлена в *таблице 3*.

Как видно из представленных данных, у 58,8 % пациентов с язвенным колитом и у 65,1 % пациентов с болезнью Крона диагноз был установлен в течение периода до 3-х месяцев от момента появления характерных клинических проявлений, и только для одного из 5-ти пациентов с язвенным колитом и одного из 7-ми пациентов с болезнью Крона на установление диагноза потребовалось более 1 года.

Оценка возможной связи между длительностью периода, потребовавшегося для установления диагноза ВЗК и особенностями течения ВЗК в период после установления диагноза не выявила статистически значимой связи с частотой рецидивирования заболевания впоследствии ($p=0,893$ для язвенного колита и $p=0,299$ для болезни Крона), риском развития нежизнеугрожающих осложнений ВЗК ($p=0,866$ для язвенного колита и $p=0,653$ для болезни Крона) и развитием внекишечных проявлений ВЗК ($p=0,949$ для язвенного колита и $p=0,183$ для болезни Крона).

Ключевой задачей исследования была оценка связи между временем, требующимся на установление диагноза ВЗК, и риском развития жизнеугрожающих осложнений. В городской центр ВЗК направляются пациенты в том числе с относительно неблагоприятным и осложненным течением заболевания. Из числа включенных в исследование пациентов с язвенным колитом жизнеугрожающие осложнения в анамнезе зарегистрированы у 7,9 % пациентов с язвенным колитом и у 28,5 % пациентов с болезнью Крона (структура жизнеугрожающих осложнений ВЗК представлена на *рисунке 2*). При язвенном колите в структуре жизнеугрожающих осложнений преобладала анемия тяжелой степени, в то время как при болезни Крона с наибольшей частотой помимо анемии тяжелой степени встречались перфорация кишки и декомпенсированная стриктура кишки.

При этом результаты изучения хронологии развития жизнеугрожающих осложнений относительно установления диагноза ВЗК продемонстрировали, что только 59 % подобных случаев произошли после установления данного диагноза, в то время как в 29 % случаев они развивались в дебюте заболевания и стали причиной установления диагноза ВЗК, а у 12 % пациентов даже развитие жизнеугрожающего осложнения ВЗК не стало причиной установления диагноза ВЗК (*рис. 3*), при этом статистически значимых различий между язвенным колитом и болезнью Крона по данной хронологической характеристике жизнеугрожающих осложнений выявлено не было ($p=0,510$).

Следует отметить, что в подгруппе пациентов, у которых жизнеугрожающее осложнение произошло до установления диагноза ВЗК или привело к его установлению, развитию осложнения часто предшествовали клиническая картина заболевания, которая потенциально позволила бы своевременно заподозрить наличие у пациента ВЗК, установить данный диагноз, своевременно начать специфическую терапию и тем самым снизить риск развития данного осложнения. На фоне «полного благополучия» жизнеугрожающие осложнения

развились только у 11-ти из 39-ти пациентов (28,2%), в то время как характерные для ВЗК жалобы отмечались в течение более чем одной недели до развития жизнеугрожающего осложнения у 23-х из 39-ти пациентов (59,0%). Медиана продолжительности временного периода от появления первых жалоб до развития жизнеугрожающего осложнения составила 3 недели ($Q_1=0$; $Q_3=48$). Соответственно, у большинства пациентов, перенесших подобное осложнение ВЗК, потенциально имелось некое временное «окно» для своевременной инициации специфической терапии ВЗК и попытки предотвращения неблагоприятного течения заболевания, но данный сценарий развития событий был бы возможен только при своевременном установлении диагноза ВЗК.

Что касается подгруппы пациентов, у которых жизнеугрожающие осложнения развились после установления диагноза, то в данном случае статистически значимой связи между продолжительностью периода от момента первых клинических проявлений до установления диагноза ВЗК и потенциальной возможностью развития жизнеугрожающего осложнения найдено не было ($p=0,410$).

Контроль над течением заболевания, т.е. купирование обострения и дальнейшее предотвращение рецидивов осуществляется только с помощью медикаментозной терапии ВЗК [1,2,3,4]. Тем не менее, после установления диагноза некоторые пациенты оказываются полностью некомплаентны и в силу каких-либо причин не принимают назначенную терапию, что создает ситуацию «естественного» течения ВЗК [7,8]. Оценка риска развития жизнеугрожающего осложнения при подобном «естественном» течении ВЗК в сравнении с медикаментозным контролем заболевания была проанализирована в рамках ретроспективного когортного исследования путем выделения подгруппы пациентов, не принимавших назначенную терапию после установления диагноза ВЗК. В рамках анализа выживаемости Каплана-Майера и однофакторного регрессионного анализа Кокса был учтен временной фактор – продолжительность периода от момента установления диагноза до развития жизнеугрожающего осложнения (либо весь период наблюдения – для тех пациентов, у которых подобных осложнений не было). В данный анализ включались только те пациенты, у которых жизнеугрожающее осложнение развилось уже после установления диагноза ВЗК.

На рисунках 4 и 5 с использованием кривых выживаемости Каплана-Майера представлена вероятность развития жизнеугрожающих осложнений при ситуации, когда терапия ВЗК проводилась в противовес ситуации, когда пациент после установления диагноза в дальнейшем находился без терапии. Как при язвенном колите, так и при болезни Крона сравнение кривых выживаемости Каплана-Майера продемонстрировало статистически значимые



Рисунок 2. Структура жизнеугрожающих осложнений ВЗК

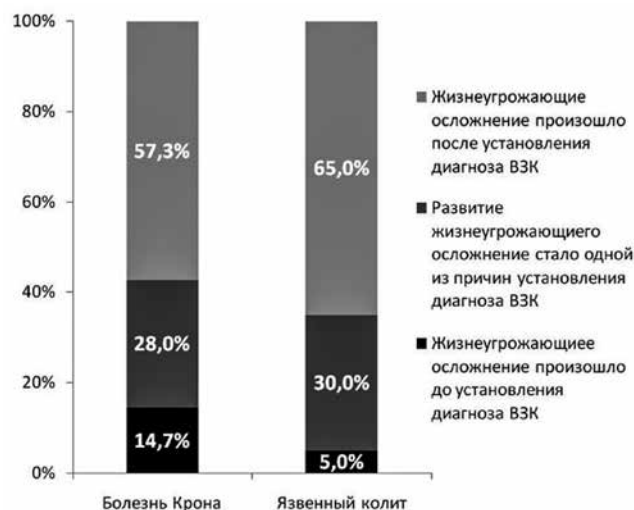


Рисунок 3. Хронологические особенности развития жизнеугрожающих осложнений относительно момента установления диагноза ВЗК

различия между подгруппами пациентов, получавшими и не получавшими терапию, согласно расчету всех трех критериев сравнения ($p<0,001$ для лог-рангового критерия, критерия Бреслоу и критерия Тарона-Уэра).

В контексте цели исследования ситуация установления диагноза ВЗК с последующим отсутствием терапии ВЗК в отношении течения заболевания эквивалентна ситуации отсутствия установленного диагноза ВЗК, так как и в том, и в другом случае специфическая терапия не проводилась. Рассмотренная ситуация отсутствия специфической терапии ВЗК (т.е. «естественное» течение заболевания [7, 8]) в противовес применению терапии как средства контроля над течением заболевания позволяет рассчитать риски развития жизнеугрожающих осложнений и в случае ситуации отсутствия диагноза ВЗК. Количественная оценка риска развития жизнеугрожающих осложнений с использованием однофакторного регрессионного анализа Кокса продемонстрировала, что отсутствие специфической терапии повышает риск развития данной категории осложнений

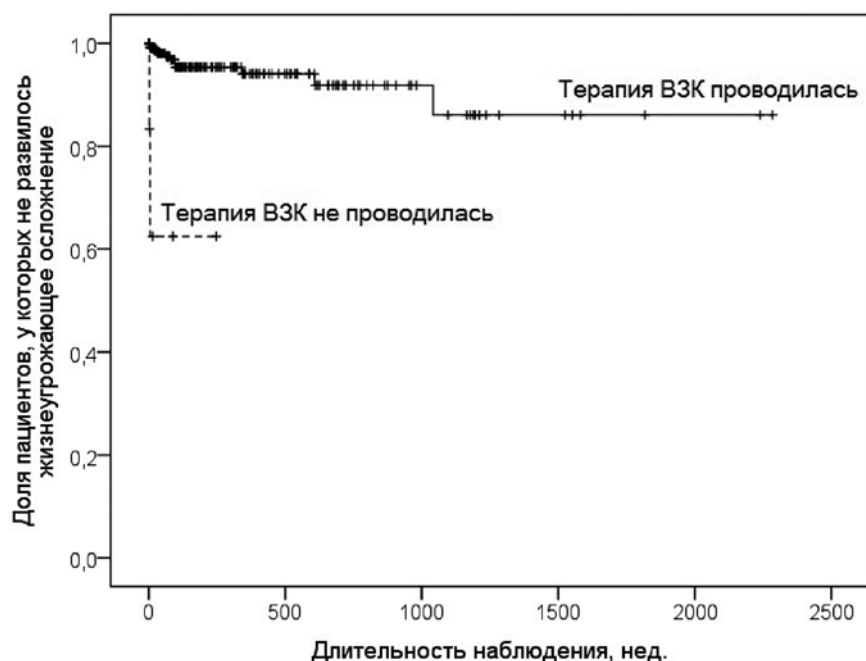


Рисунок 4. Кривые выживаемости Каплана-Мейера в отношении развития жизнеугрожающих осложнений язвенного колита в разрезе фактора проведения терапии

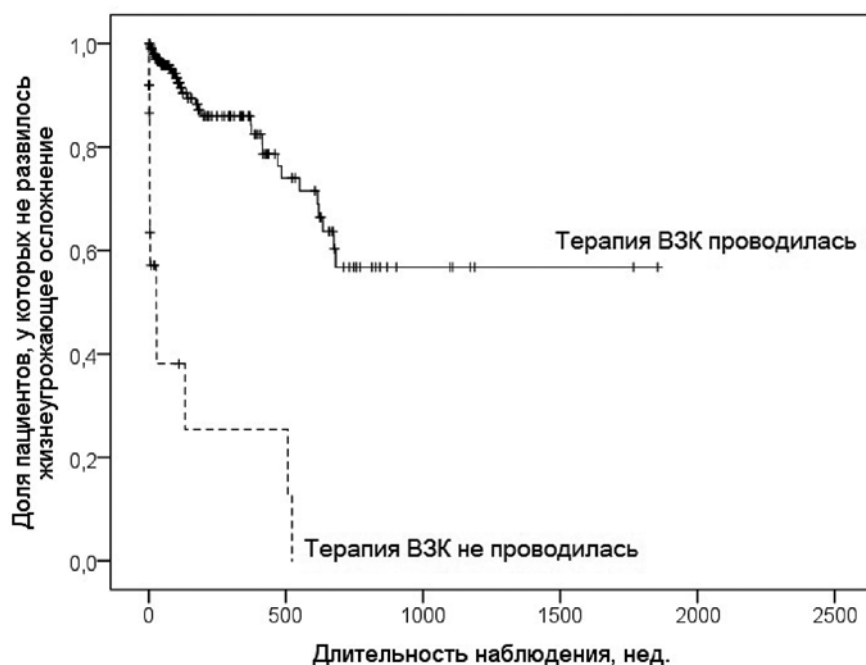


Рисунок 5. Кривые выживаемости Каплана-Мейера в отношении развития жизнеугрожающих осложнений болезни Крона в разрезе фактора проведения терапии

при язвенном колите в 17,5 раз (95 % ДИ 3,6–84,3), а при болезни Крона – в 12,5 раз (95 % ДИ 6,3–25,0).

Таким образом, экстраполируя данные результаты на ситуацию, при которой у пациента не устанавливается диагноз ВЗК, можно заключить, что отсутствие диагноза ВЗК повышает риск развития жизнеугрожающих осложнений у пациентов с язвенным колитом в 18 раз, а у пациентов с болезнью Крона – в 13 раз, по сравнению с ситуацией, когда диагноз установлен и специфическая терапия инициирована.

Таким образом, своевременное установление диагноза ВЗК с последующей инициацией специфической терапии является достоверным фактором предупреждения развития жизнеугрожающих осложнений язвенного колита и болезни Крона.

Обсуждение результатов и заключение

Дифференциальная диагностика ВЗК в дебюте заболевания представляет собой сложный процесс, в котором должны быть учтены клинические особенности течения заболевания, полнота обследования пациента и клинический опыт врача, анализирующего весь комплекс диагностических данных и принимающего окончательное решение касательно окончательного диагноза и инициации специфической терапии ВЗК.

Своевременная диагностика ВЗК является обязательным условием для назначения специфической терапии язвенного колита и болезни Крона, которая является единственным способом достижения ремиссии в дебюте заболевания и последующего контроля над течением ВЗК в рамках противорецидивной терапии, с позиции современных представлений о ведении пациентов данной категории [1, 2, 3, 4, 14].

Так как спонтанная ремиссия ВЗК наблюдается достаточно редко и является непродолжительной, позднее установление диагноза, помимо закономерного итога в виде сохранения существенно снижающей качество жизни пациента клинической симптоматики ВЗК, многократно повышает риск жизнеугрожающих осложнений, который возрастает в 18 раз при язвенном колите и в 13 раз при болезни Крона в сравнении с ситуацией, когда диагноз установлен и специфическая терапия инициирована. При этом следует учесть, что жизнеугрожающие осложнения развиваются на фоне «полного благополучия» как единственное проявление дебюта заболевания менее чем у трети пациентов с ВЗК, перенесших подобные осложнения. Соответственно, в большинстве случаев жизнеугрожающих осложнений имелось «окно возможностей» для своевременной диагностики ВЗК и инициации терапии, которая потенциально позволила бы предотвратить развитие подобных осложнений. Пример клинического наблюдения, при котором несвоевременное установление диагноза болезни Крона привело к последовательному развитию ряда жизнеугрожающих

осложнений и множеству хирургических вмешательств на фоне отсутствия необходимой терапии, представлен в литературе [15].

Безусловно, основным способом повышения эффективности диагностики ВЗК является информирование врачей первичного звена здравоохранения об актуальных диагностических алгоритмах в отношении язвенного колита и болезни Крона, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями Минздрава России и Российской гастроэнтерологической ассоциации. В Санкт-Петербурге под эгидой Комитета по здравоохранению по инициативе главного внештатного специалиста гастроэнтеролога данная образовательная работа проводится на систематическом уровне начиная с 2022 г. Так, обучение врачей терапевтических специальностей амбулаторного звена «на рабочем месте» в формате клинических лекций, посвященных вопросам диагностики, маршрутизации и лечению пациентов с ВЗК, в 2022 г. было проведено в 6-ти городских амбулаторно-поликлинических учреждениях (в т.ч. в городских гастроэнтерологических центрах второго уровня маршрутизации), в 2023 г. – в 13-ти поликлиниках, а в 2024 г. данные клинические лекции будут проведены уже в 14-ти поликлиниках разных районов города. Также под эгидой Комитета по здравоохранению регулярно проводятся тематические сборы гастроэнтерологической службы, посвященные вопросам диагностики и лечения пациентов с ВЗК, и в Санкт-Петербурге организуются всероссийские моно- и политематические научно-практические конференции и гастроэнтерологические конгрессы, посвященные данной проблеме, в которых принимают участие врачи различных специальностей.

Следствием расширения возможности маршрутизации пациентов с ВЗК в Санкт-Петербурге посредством открытия второго городского центра ВЗК в декабре 2020 г. и систематической работы по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам данной категории, проводимой Комитетом по здравоохранению, стал тренд на снижение смертности пациентов с ВЗК в Санкт-Петербурге, наблюдаемый в период с 2020 г. по 2023 г. по данным регионального регистра пациентов с ВЗК Санкт-Петербурга (Регистр ВЗК СПб), функционирующего на базе государственной информационной системы здравоохранения города (рис. 6) [16].

Как видно из представленных на рис. 6 данных, за период с 2020 г. по 2023 г. наблюдается устойчивый тренд снижения смертности по причине летальных осложнений впервые выявленного ВЗК: снижение в 2023 г. на 40% в сравнении с показателем 2020 года.

Список литературы / References

- Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. и соавт. Клинические рекомендации. Язвенный колит (K51), взрослые. Колопроктология. 2023;22(1):10–44. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44>.
Shelygin Yu.A., Ivashkin V.T., Belousova E.A. et al. Clinical guidelines. Ulcerative colitis (K51), adults. Coloproctology. 2023;22(1):10–44. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44>
- Шельгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И. и соавт. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (K50), взрослые. Колопроктология. 2023;22(3):10–49. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>.
Shelygin Yu.A., Ivashkin V.T., Achkasov S.I. et al. Clinical guidelines. Crohn's disease (K50), adults. Coloproctology. 2023;22(3):10–49. (in Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49>

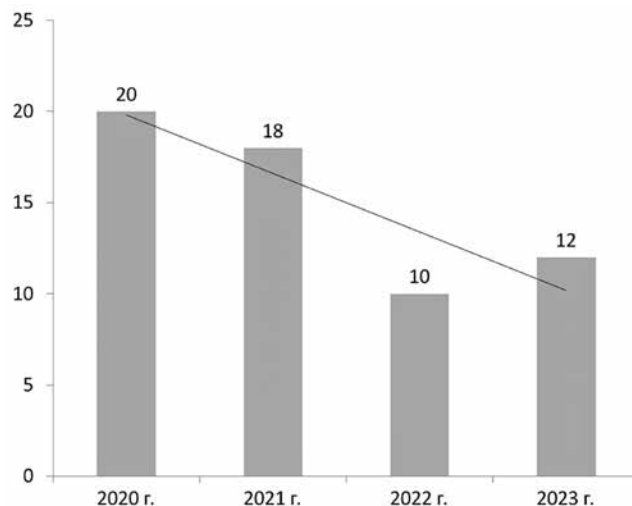


Рисунок 6. Абсолютные цифры смертности пациентов с ВЗК в Санкт-Петербурге за период 2020–2023 гг. по причине летальных осложнений впервые выявленного ВЗК (по данным Регистра ВЗК СПб)

- Raine T., Bonovas S., Burisch J. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022;16(1):2–17. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijab178>.
- Torres J., Bonovas S., Doherty G. et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2020;14(1):4–22. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijz180>.
- Веселов А.В., Белоусова Е.А., Бакулин И.Г. и соавт. 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;28(Спецвыпуск):1137–1145. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1137-1145>.
- Veselov A.V., Belousova E.A., Bakulin I.G. et al. Economic burden and current status of the drug supply management for immune inflammatory diseases (by example of ulcerative colitis and crohn's disease). *Problemy socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2020;28(Special Issue):1137–1145. (In Russ.). <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1137-1145>.
- Белоусова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И. и соавт. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа Национального Регистра. Колопроктология. 2023;22(1):65–82. <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82>.
- Belousova E.A., Shelygin Y.A., Achkasov S.I. et al. Clinical and Demographic Features and Treatment Approaches for Inflammatory Bowel Diseases (Crohn's Disease, Ulcerative Colitis) in the Russia. The Primary Results of the Analysis of the National Register. *Koloproktologia*. 2023;22(1):65–82. (In Russ.). <https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82>.
- Le Berre C., Danese S., Peyrin-Biroulet L. Can we change the natural course of inflammatory bowel disease? *Therap Adv Gastroenterol*. 2023;16:17562848231163118. <https://doi.org/10.1177/17562848231163118>.
- Fumery M., Singh S., Dulai P.S. et al. Natural history of adult ulcerative colitis in population-based cohorts: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2018;16:343–356. e3. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.06.016>.
- Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. и соавт. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(2):68–83. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.72.18.006>.
- Uspenskiy Y.P., Ivanov S.V., Fominykh Y.A. et al. Features of the complicated course and extraintestinal manifestations of inflammatory bowel diseases. *University Therapeutic Journal*. 2023;5(2):68–83. (In Russ.). <https://doi.org/10.56871/UTJ.2023.72.18.006>.
- Успенский Ю.П., Петров С.В., Фоминых Ю.А. и соавт. Клинические особенности язвенного колита и болезни Крона в Санкт-Петербурге: опыт работы городского центра воспалительных заболеваний кишечника. *Фарматека*. 2024;1:32–40. <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2024.1.32-40>.
- Uspenskiy Y.P., Petrov S.V., Fominykh Y.A. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in St. Petersburg: experience of the specialized city clinic for inflammatory bowel diseases treatment. *Pharmateca*. 2024;1:32–40. (In Russ.). <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2024.1.32-40>.
- Maaser C. et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2019;13(2):144–164. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijy113>.
- Sturm A. et al. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects. 2019;13(3):273–284. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/ijy114>.
- Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Иванов С.В. и соавт. Дифференциальная диагностика иммуновоспалительного поражения толстой кишки при язвенном колите и болезни Крона в раннем периоде течения заболевания: клинические, эндоскопические и гистологические аспекты. *University Therapeutic Journal*. 2024;6(2):82–96. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.84.96.010>.
- Uspenskiy Y.P., Fominykh Y.A., Ivanov S.V. et al. Differential diagnosis of immunoinflammatory lesions of the colon in ulcerative colitis and Crohn's disease in the early period of the course of the disease: clinical, endoscopic and histological aspects. *University Therapeutic Journal*. 2024;6(2):82–96. (In Russ.). <https://doi.org/10.56871/UTJ.2024.84.96.010>

14. Turner D., Ricciuto A., Lewis A. et al. STRIDE-II: an update on the selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE) initiative of the international organization for the study of IBD (IOIBD): determining therapeutic goals for treatment strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160:1570–1583. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.
15. Петров С.В., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. и соавт. Клинический случай осложненного течения болезни Крона: трудности диагностики и лечения. *University Therapeutic Journal*. 2022;4(3):39–46. <https://doi.org/10.56871/1531.2022.49.85.005>.
Petrov S. V., Uspenskiy Y. P., Fominykh Y. A. Clinical case of complicated Crohn's disease: difficulties of diagnosis and treatment. *University Therapeutic Journal*. 2022;4(3):39–46. (In Russ.) <https://doi.org/10.56871/1531.2022.49.85.005>.
16. Успенский Ю.П., Сарана А.М., Мелентьева Л.Н. и др. Первый региональный регистр пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника на базе региональной информационной системы здравоохранения Санкт-Петербурга: принципы функционирования, результаты апробации, план развития. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2023;33(4):38–57. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-4-38-57>.
Uspenskiy Y. P., Sarana A. M., Melentyeva L. N. et al. The First Saint Petersburg Regional Inflammatory Bowel Diseases Registry on the Basis of the Regional Health Information System: Principles of Functioning, Testing Results, Plan of Development. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2023;33(4):38–57. (In Russ.). <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-4-38-57>.

Статья поступила / Received 01.11.2024
Получена после рецензирования / Revised 09.12.2024
Принята в печать / Accepted 10.12.2024

Сведения об авторах

Успенский Юрий Павлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана¹.
E-mail: uspenskiy65@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6434-1267

Иванов Сергей Витальевич, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана¹, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой². E-mail: ivanov.sv@mail.ru. Researcher ID: L-9201–2014. Scopus Author ID: 56648937400. ORCID: 0000-0003-0254-3941

Фоминых Юлия Александровна, д.м.н., доцент; заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой², профессор кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана¹.
E-mail: jaf@mail.ru. ORCID: 0000-0002-2436-3813

Лыкова Екатерина Павловна, заведующая гастроэнтерологическим отделением³.
Панасюк Алла Сергеевна, врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения³.

Дикарев Константин Валерьевич, к.м.н., заведующий Калининским централизованным патологоанатомическим отделением⁴.

Гахраманова Айшан Алекберовна, ординатор кафедры факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана¹.

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

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Санкт-Петербург

³СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница», Санкт-Петербург

⁴СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро», Санкт-Петербург

Автор для переписки: Иванов Сергей Витальевич. E-mail: ivanov.sv@mail.ru

Для цитирования: Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А., Лыкова Е.П., Панасюк А.С., Дикарев К.В., Гахраманова А.А. Клинические и организационные аспекты дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона: опыт городского центра воспалительных заболеваний кишечника. *Медицинский алфавит*. 2024; (34): 17–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-34-17-26>

About authors

Uspenskiy Yuri P., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Faculty Therapy named after professor V. A. Valdman¹. E-mail: uspenskiy65@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6434-1267

Ivanov Sergey V., PhD Med, associate professor at Dept of Faculty Therapy named after professor V. A. Valdman¹, associate professor at Dept of Propaedeutics of Internal Diseases with a Clinic². E-mail: ivanov.sv@mail.ru. Researcher ID: L-9201–2014. Scopus Author ID: 56648937400. ORCID: 0000-0003-0254-3941

Fominykh Yulia A., DM Sci (habil.), associate professor; head of Dept of Internal Medicine Propaedeutics with Clinic², professor at Dept of Faculty Therapy named after Professor V. A. Valdman¹. E-mail: jaf@mail.ru. ORCID: 0000-0002-2436-3813

Lykova Ekaterina P., head of Gastroenterology Dept³.

Panasjuk Alla S., gastroenterologist at Gastroenterology Dept³.

Dikarev Konstantin V., PhD Med, head of the Kalinin Centralized Pathological Anatomy Dept⁴.

Gakhramanova Aishan A., resident at Dept of Faculty Therapy named after Professor V. A. Valdman¹.

¹St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russia

²Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russia

³Elizavetinskaya hospital, St. Petersburg, Russia

⁴City Pathology Bureau, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Ivanov Sergey V. E-mail: ivanov.sv@mail.ru

For citation: Uspenskiy Yu. P., Ivanov S. V., Fominykh Yu. A., Lykova E. P., Panasyuk A. S., Dikarev K. V., Gakhramanova A. A. Clinical and organizational features of ulcerative colitis and Crohn's disease differential diagnosis: the experience of the specialized City clinic for Inflammatory Bowel Diseases. *Medical alphabet*. 2024; (34): 17–26. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-34-17-26>



Подписка на журнал 2024–2025



Медицинский алфавит

«Медицинский алфавит». Серия «Практическая гастроэнтерология»

Стоимость печатной версии журнала при подписке через редакцию составляет 700 руб. за номер, электронной версии – 500 руб. за номер. Присылайте, пожалуйста, запрос на адрес medalfavit@mail.ru.

ООО «Альфамед»

ИНН 7716213348

Р/с № 40702810738090108773

ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Москва

К/с 30101810400000000225

БИК 044525225

Годовая подписка на журнал «Медицинский алфавит».

Серия «Практическая гастроэнтерология» (4 выпуска в год).

Цена (в год): 2800 руб. (печатная версия) или 2000 руб. (электронная версия).

Как подписаться

1. Оплатить квитанцию в любом отделении Сбербанка у кассира с получением кассового чека. Журналы высылаются в том случае, если вы сообщили адрес доставки на электронную почту издательства. Отправить скан квитанции с кассовым чеком, выданным кассиром банка, на e-mail medalfavit_pr@bk.ru или podpiska.ma@mail.ru.
2. Оплата через онлайн-банк издательством принимается только на сайте <https://medalfavit.ru/podpiska-na-zhurnaly/> в разделе «Издательство медицинской литературы».