

Серии научно-практических рецензируемых журналов



Медицинский АЛФАВИТ № 34 / 2024



MEDICAL ALPHABET | Practical
Russian Professional Medical Journal | Gastroenterology

Практическая (3) ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ



- Опыт российских кафедр
- Клинические исследования
- Опыт применения
- Лекции для врачей
- Обзоры
- Новинки фармпрепаратов
- Новые технологии
- Конференции и выставки



www.medalfavit.ru
www.med-alphabet.com

Научный сайт журнала
www.med-alphabet.com

Медицинский портал
издательства
www.medalfavit.ru

Издательство медицинской
литературы
ООО «Альфмед»
+7 (495) 616-48-00
medalfavit@mail.ru
Россия, 129515, Москва, а/я 94

Учредитель и главный редактор
издательства
Татьяна Владимировна Сеница
Адрес редакции
Москва, ул. Академика
Королева, 13, стр. 1, оф. 720

Главный редактор журнала
Сергей Сергеевич Петриков
д.м.н., проф., член-корр. РАН

Руководитель проекта
«Практическая
гастроэнтерология»
Елизавета П. Гершман
medalfavit1@mail.ru

Руководитель отдела
продвижения, распространения
и выставочной деятельности
Борис Борисович Будович
medalfavit_pr@mail.ru

Журнал включен в перечень ВАК.
Публикуемые материалы могут
не отражать точку зрения редакции.
Исключительные (имущественные)
права с момента получения
материалов принадлежат редакции
журнала «Медицинский алфавит».
Любое воспроизведение материалов
и иллюстраций допускается
с письменного разрешения издателя
и указанием ссылки на журнал.
Редакция не несет ответственности
за содержание рекламных
материалов. К публикации
принимаются статьи, подготовленные
в соответствии с правилами редакции.
За точность сведений
об авторах, правильность цитат
и библиографических данных
ответственность несут авторы.
В научной электронной библиотеке
elibrary.ru доступны полные тексты
статей. Каждой статье присвоен
идентификатор цифрового
объекта DOI.

Журнал зарегистрирован
Министерством РФ по делам
печати, теле-, радиовещания
и средств массовых коммуникаций.
Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
ПИ № 77-11514 от 04.01.2002.

Подписка: на портале
www.medalfavit.ru, e-mail: podpiska.ma@mail.ru, «Почта России»,
«Урал-Пресс», индекс 014517.

Периодичность: 36 выпусков в год.

Подписано в печать 18.12.2024.
Формат А4. Цена договорная.
© Медицинский алфавит, 2024

Содержание

- 7 Спазмолитики в терапии абдоминального синдрома при СРК и СРК-подобном синдроме в современной клинической практике
М. А. Осадчук, М. М. Осадчук
- 14 Изменения показателей фетального гемоглобина в крови пациентов циррозом печени с гепаторенальным синдромом 2 типа и с хронической болезнью почек
М. А. Вознюк, Б. Н. Левитан
- 17 Клинические и организационные аспекты дифференциальной диагностики язвенного колита и болезни Крона: опыт городского центра воспалительных заболеваний кишечника
Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых, Е. П. Лыкова, А. С. Панасюк, К. В. Дикарев, А. А. Гахраманова
- 27 Молекулярно-генетические исследования в диагностике инфекции *Helicobacter pylori*
Н. В. Барышникова, М. Д. Ловчикова, И. И. Шишлова
- 36 Постинфекционный синдром раздраженного кишечника: акцент на нарушения метаболизма серотонина и модуляцию кишечной микробиоты
О. В. Гаус, А. С. Федоренко, А. Н. Судакова
- 42 Коморбидное течение неалкогольной жировой болезни печени и остеопороза
Л. А. Фомина

Журнал «Медицинский алфавит» включен в перечень научных рецензируемых изданий, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук (II Кварталь) по специальностям:

- 3.1.4 Акушерство и гинекология (медицинские науки),
3.1.6. Онкология, лучевая терапия (медицинские науки),
3.1.7. Стоматология (медицинские науки),
3.1.9 Хирургия (медицинские науки),
3.1.12. Анестезиология и реаниматология (медицинские науки),
3.1.18. Внутренние болезни (медицинские науки),
3.1.20 Кардиология (медицинские науки),
3.1.23 Дерматовенерология (медицинские науки),
3.1.24 Неврология (медицинские науки),
3.1.27 Ревматология (медицинские науки),
3.1.29 Пульмонология (медицинские науки),
3.2.1 Гигиена (медицинские науки),
3.2.2 Эпидемиология (медицинские науки),
3.3.8 Клиническая лабораторная диагностика (медицинские науки),

- 3.1.2 Челюстно-лицевая хирургия (медицинские науки),
3.1.17 Психиатрия и наркология (медицинские науки),
3.1.19 Эндокринология (медицинские науки),
3.1.21 Педиатрия (медицинские науки),
3.1.22 Инфекционные болезни (медицинские науки),
3.1.25 Лучевая диагностика (медицинские науки),
3.1.30 Гастроэнтерология и диетология (медицинские науки),
3.1.33 Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия (медицинские науки).

В связи с продвижением контента журнала в международном научном сообществе и расширением его индексирования в наукометрических базах данных *Scopus, Research4Life, WorldCat, Crossref* и т.п., просим оформлять ссылки для цитирования строго по образцу.

Образец для цитирования: Минущкин О. Н., Масловский Л. В., Львова Н. В., Легкова К. С., Гордиенко Е. С., Проценко О. А., Магомедрасулова А. В., Шапошников О. Ф. Билиарная дисфункция (в свете рекомендаций Рим-IV): диагностика, лечение. *Медицинский алфавит*. 2020; (10): 5–10. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-10-5-10>

Journal's Website

www.med-alphabet.com

Publishing House's Website

www.medalfavit.ru

Founder and Editor-in-Chief

Tatyana Siniitska

Alfimed Publishing+7 (495) 616-48-00
medalfavit@mail.ru
Box 94, Moscow, 129515, Russia**Editorial Office**Office 720, Bldg. 1, 13
Academician Korolev Str.,
Moscow, Russia**Editor-in-Chief**Sergey Petrikov
Corr. member of RAS, doctor
of medical sciences (habil.),
professor**'Practical Gastroenterology'****Project Manager**Elizabeth Gershman
medalfavit1@mail.ru**Promotion and Distribution**Boris Budovich
medalfavit_pr@mail.ru

The *Medical Alphabet* is included into the list of scientific peer-reviewed periodicals recommended by the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia for publishing scientific results of dissertations for the degree of Candidate and Doctor of Sciences.

Authors' materials do not necessarily reflect the opinion of the Editorial Office.

All exclusive (property) rights on materials printed belong to the Editorial Office from the time of their receipt. Any reproduction of materials is allowed with a reference to the *Medical Alphabet* after a written permission of the publisher.

The Editorial Office is not responsible for the content of ads.

Only articles prepared in accordance with the Editorial Office's rules are accepted for publication. Authors are responsible for the accuracy of information, the correctness of citations and bibliographic data.

The full texts of our articles are available at elibrary.ru. DOI is assigned to each article.

Registered at the Federal Service for Supervision of Mass Media, Telecommunications, and Protection of Cultural Heritage. Registration ПИ № 77-11514 of 04.01.2002.

Frequency of publication: 36 issues per year.

Subscription: podpiska.ma@mail.ru
Free price.

Signed for press: 18 December, 2024.

© 2024 Medical Alphabet

Contents

- 7 Antispasmodics in the treatment of abdominal syndrome in IBS and IBS-like syndrome in modern clinical practice**
M. A. Osadchuk, M. M. Osadchuk
- 14 Changes in fetal hemoglobin levels in patients with liver cirrhosis with type 2 hepatorenal syndrome and chronic kidney disease**
M. A. Vozniuk, B. N. Levitan
- 17 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. Uspensky S. V. Ivanov, Yu. A. Fominykh, E. P. Lykova, A. S. Panasyuk, K. V. Dikarev, A. A. Gahramanova
- 27 Molecular-genetic studies in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection**
N. V. Baryshnikova, M. D. Lovchikova, I. I. Shishlova
- 36 Post-infectious irritable bowel syndrome: Focus on serotonin metabolism disturbances and gut microbiota modulation**
O. V. Gaus, A. S. Fedorenko, A. N. Sudakova
- 42 Comorbid flow non-alcoholic fatty liver disease and osteoporosis**
L. A. Fomina

The *Medical Alphabet* is included into the list of scientific peer-reviewed periodicals recommended by the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia for publishing scientific results of dissertations for the degree of Candidate and Doctor of Sciences (II q) in the following specialties:

- 3.1.4 Obstetrics and gynecology (Medical sciences),
- 3.1.6 Oncology, radiation therapy (Medical sciences),
- 3.1.7 Dentistry (Medical sciences),
- 3.1.9 Surgery (Medical sciences),
- 3.1.12. Anesthesiology and resuscitation (Medical sciences),
- 3.1.18 Internal medicine (Medical sciences),
- 3.1.20 Cardiology (Medical sciences),
- 3.1.23 Dermatovenereology (Medical sciences),
- 3.1.24 Neurology (Medical sciences),
- 3.1.27 Rheumatology (Medical sciences),
- 3.1.29 Pulmonology (Medical sciences),
- 3.2.1 Hygiene (Medical sciences),
- 3.2.2 Epidemiology (Medical sciences),
- 3.3.8 Clinical laboratory diagnostics (Medical sciences),
- 3.1.2 Oral and maxillofacial surgery (Medical sciences),

- 3.1.17 Psychiatry and narcology (Medical sciences),
- 3.1.19 Endocrinology (Medical sciences),
- 3.1.21 Pediatrics (Medical sciences),
- 3.1.22 Infectious diseases (Medical sciences),
- 3.1.25 Radiation diagnostics (Medical sciences),
- 3.1.30 Gastroenterology and dietology (Medical sciences),
- 3.1.33 Rehabilitation medicine, sports medicine, exercise therapy, balneology and physiotherapy (Medical sciences).

Due to promotion of the journal's content in the international scientific community and indexing it in scientific databases i.e., Scopus, Research4Life, WorldCat, Crossref, etc., we ask authors to provide links for citations according to the sample.

Citation sample: Minushkin O. N., Maslovsky L. V., Lvova N. V., Legkova K. S., Gordienko E. S., Protsenko O. A., Magomedrasulova A. V., Shaposhnikova O. F. Biliary dysfunction (according to recommendations of Rome IV): diagnosis, treatment. *Medical alphabet*. 2020; (10): 5–10. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2020-10-5-10>

Главный редактор журнала

Петриков Сергей Сергеевич, д.м.н., проф., член-корр. РАН,

директор ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» (Москва)

Редакционный совет журнала

Акимкин Василий Геннадьевич («Эпидемиология, инфекционные болезни, гигиена»), д.м.н., проф., акад. РАН, директор ФБУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора (Москва)

Артамонова Елена Владимировна («Диагностика и онкотерапия»), д.м.н., проф., НИИ клинической онкологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (Москва)

Бабаева Аида Руфатовна («Ревматология»), д.м.н., проф., кафедра факультетской терапии ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России (Волгоград)

Балан Вера Ефимовна («Современная гинекология»), д.м.н., проф., вице-президент Российской ассоциации по менопаузе, ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии» (Москва)

Барбараш Ольга Леонидовна («Коморбидные состояния»), д.м.н., проф., ФГБНУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» (Кемерово)

Берестень Наталья Федоровна («Современная функциональная диагностика»), д.м.н., проф., кафедра клинической физиологии и функциональной диагностики Академического образовательного центра фундаментальной и трансляционной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва)

Голубев Валерий Леонидович («Неврология и психиатрия»), д.м.н., проф., кафедра нервных болезней ФППОВ ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва)

Евдокимов Евгений Александрович («Неотложная медицина»), д.м.н., проф., заслуженный врач России, профессор кафедры, почетный зав. кафедрой анестезиологии и неотложной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России (Москва)

Круглова Лариса Сергеевна («Дерматология»), д.м.н., проф., ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России (Москва)

Кузнецова Ирина Всеволодовна («Современная гинекология»), д.м.н., проф., советник директора ФГБУ Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И. Кулакова (Москва)

Кулаков Анатолий Алексеевич («Стоматология»), д.м.н., проф., акад. РАН, отделение клинической и экспериментальной имплантологии ФГБУ НМИЦ «ЦНИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Минздрава России (Москва)

Минушкин Олег Николаевич («Практическая гастроэнтерология»), д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента России (Москва)

Орлова Наталья Васильевна («Современная поликлиника»), д.м.н., проф., кафедра поликлинической терапии лечебного факультета ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (Москва)

Остроумова Ольга Дмитриевна, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии и полиморбидной патологии имени академика М.С. Вовси ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, проф. кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России, проф. кафедры терапии, кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (Москва)

Падюков Леонид Николаевич, проф. отделения ревматологии медицинского отдела Каролинского института (г. Стокгольм, Швеция)

Сандриков Валерий Александрович, акад. РАН, ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» (Москва)

Щербо Сергей Николаевич («Современная лаборатория»), д.м.н., проф., ФГАУ ВО «Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ (Москва)

Редакционная коллегия «Практическая гастроэнтерология»

Главный редактор серии «Практическая гастроэнтерология»

Минушкин Олег Николаевич (Москва), д.м.н., проф., вице-президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России по Центральному федеральному округу, гл. гастроэнтеролог Главного медицинского управления УД Президента России, зав. кафедрой терапии и гастроэнтерологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами Президента России

Алексеев Сергей Алексеевич (г. Хабаровск), д.м.н., проф., гл. гастроэнтеролог Дальневосточного федерального округа, гл. гастроэнтеролог Хабаровского края, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Дальневосточный ГМУ», рук. клиники внутренних болезней Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 ДВЖД

Бордин Дмитрий Станиславович (Москва), д.м.н., зав. отделом патологии поджелудочной железы, желчных путей и верхних отделов пищеварительного тракта ГБУЗ «Московский клинический НПЦ им. А.С. Логинова», проф. кафедры общей врачебной практики (семейной медицины) ФДПО, интернатуры и ординатуры ГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет»

Григорьева Ирина Николаевна (г. Новосибирск), д.м.н., проф. кафедры терапии центра постдипломного образования врачей медицинского факультета БОУ ВО «НГУ», в.н.с., рук. сектора биохимических исследований в гастроэнтерологии ФГБНУ «НИИ терапии и профилактической медицины»

Еремина Елена Юрьевна (г. Саранск), д.м.н., проф., заслуженный врач Республики Мордовия, гл. гастроэнтеролог Минздрава Республики Мордовия, директор гастроэнтерологического центра, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский МГУ имени Н.П. Огарева»

Лазебник Леонид Борисович (Москва), д.м.н., президент Научного общества гастроэнтерологов России, член президиума Национальной медицинской палаты, член правления Московского научного общества терапевтов, вице-президент Общества геронтологов, проф. кафедры поликлинической терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова»

Левченко Светлана Владимировна (Москва), к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А.И. Евдокимова»

Ливзан Мария Анатольевна (г. Омск), д.м.н., проф., гл. гастроэнтеролог Омской области, зав. кафедрой факультетской терапии с курсом профессиональных болезней лечебного факультета, проректор по научно-исследовательской работе ФГБОУ ВО «ОмГМУ»

Максимов Валерий Алексеевич (Москва), д.м.н., академик Российской академии медико-технических наук, заслуженный врач России, заслуженный деятель науки России, вице-президент научного общества гастроэнтерологов России, проф. кафедры диетологии и нутрициологии ФГБОУ ДПО «РМАПО»

Орешко Людмила Саварбековна (Санкт-Петербург), д.м.н., проф. кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии имени С.М. Рысса ФГБОУ ВО «СЗГМУ имени И.И. Мечникова»

Осипенко Марина Федоровна (г. Новосибирск), д.м.н., проф., врач высшей категории, гл. терапевт и гл. гастроэнтеролог г. Новосибирска Минздрава Новосибирской области, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ученый секретарь, член центральной методической комиссии по терапии лечебного факультета, рук. департамента по науке, инновациям и информатизации, член проблемной комиссии по внутренним болезням, член диссертационного комитета по внутренним болезням ФГБОУ ВО «НГМУ»

Сайфудинов Рафик Галимзянович (г. Казань), д.м.н., проф., член-корр. АН ВШ, акад. ЕА АМН, заслуженный деятель науки Татарстана, председатель Общества гастроэнтерологов Татарстана, гл. гастроэнтеролог Татарстана, гл. редактор журнала «Дневник казанской медицинской школы», зав. кафедрой терапии ФГБОУ ДПО «ЦГМА»

Скворцов Всеволод Владимирович (Волгоград), д.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО «ВолГМУ»

Ткаченко Евгений Иванович (Санкт-Петербург), д.м.н., проф., первый вице-президент Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), Заслуженный деятель науки РФ, Заслуженный врач РФ, профессор ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»

Editor-in-Chief

Petrikov Sergei S., doctor of medical sciences (habil.), professor, director of Research Institute of Emergency Care n.a. N.V. Sklifosovsky (Moscow, Russia)

Editorial Board

Akimkin V. G. (*Epidemiology, Infectious diseases, Hygiene*), DM Sci (habil.), professor, RAS academician, Central Research Institute of Epidemiology (Moscow, Russia)

Artamonova E. V. (*Diagnostics and Oncotherapy*), DM Sci (habil.), professor, National Medical Research Centre of Oncology n.a. N.N. Blokhin (Moscow, Russia)

Babaeva A. R. (*Rheumatology*), DM Sci (habil.), professor, Volgograd State Medical University (Volgograd, Russia)

Balan V. E. (*Modern Gynecology*), DM Sci (habil.), professor, Vice President of the Russian Menopause Association, Moscow Regional Research Institute for Obstetrics and Gynecology (Moscow, Russia)

Barbarash O. L. (*Comorbid Conditions*), DM Sci (habil.), professor, Research Institute for Complex Problems of Cardiovascular Diseases (Kemerovo, Russia)

Beresten N. F. (*Modern Functional Diagnostics*), DM Sci (habil.), professor, Russian Medical Academy for Continuing Professional Education (Moscow, Russia)

Golubev V. L. (*Neurology and Psychiatry*), DM Sci (habil.), professor, First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov (Moscow, Russia)

Evdokimov E. A. (*Emergency Medicine*), DM Sci (habil.), professor, Russian Medical Academy for Continuing Professional Education (Moscow, Russia)

Kruglova L. S. (*Dermatology*), DM Sci (habil.), professor, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia (Moscow, Russia)

Kuznetsova I. V. (*Modern Gynecology*), DM Sci (habil.), professor, Scientific Medical Research Centre for Obstetrics, Gynecology and Perinatology n. a. V.I. Kulakov (Moscow, Russia)

Kulakov A. A. (*Dentistry*), DM Sci (habil.), professor, RASCI corr. member, Central Research Institute of Dental and Maxillofacial Surgery (Moscow, Russia)

Minushkin O. N. (*Practical Gastroenterology*), DM Sci (habil.), professor, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia (Moscow, Russia)

Orlova N. V. (*Modern Polyclinic*), DM Sci (habil.), professor, Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

Ostroumova O. D., DM Sci (habil.), prof., Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, First Moscow State Medical University n.a. I.M. Sechenov, Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of Russia (Moscow, Russia)

Padyukov L. N., professor, Karolinska Institute (Stockholm, Sweden)

Sandrikov V. A., RASCI academician, Russian Scientific Centre for Surgery n.a. acad. B. V. Petrovsky (Moscow, Russia)

Scherbo S. N. (*Modern Laboratory*), DM Sci (habil.), prof., Russian National Research Medical University n.a. N.I. Pirogov (Moscow, Russia)

Editorial Board of 'Practical Gastroenterology' series

Editor-in-Chief of 'Practical Gastroenterology' series

Minushkin O. N., DM Sci (habil.), prof., vice-president of Russian Gastroenterological Association, vice-president of Scientific Society of Gastroenterologists of Russia for Central Federal District, chief gastroenterologist of Main Medical Directorate of President of Russia Administration, head of Therapy and Gastroenterology Dept at Central State Medical Academy, Moscow, Russia

Alekseenko S. A., DM Sci (habil.), prof., chief gastroenterologist of Far Eastern Federal District, chief gastroenterologist of Khabarovsk Krai, head of Hospital Therapy Dept of Far Eastern State Medical University, head of Clinic of Internal Diseases of Road Clinical Hospital at Khabarovsk-1 Station of Far Eastern Railway, Khabarovsk, Russia

Bordin D. S., DM Sci (habil.), head of Pathology of Pancreas, Biliary Tract and Upper Digestive Tract Dept at Moscow Clinical Scientific and Practical Centre n.a. A. S. Loginov, prof. at General Practice (Family Medicine), Internship and Residency Dept of Tver State Medical University, Moscow, Russia

Grigoryeva I. N., DM Sci (habil.), prof. at of Therapy Dept of Centre for Postgraduate Education of Doctors of Faculty of Medicine of Novosibirsk State University, freelance researcher, head of Sector of Biochemical Research in Gastroenterology at Research Institute of Therapy and Preventive Medicine, Novosibirsk, Russia

Eryomina E. Yu., DM Sci (habil.), prof., honored doctor of Mordovian Republic, chief gastroenterologist of Ministry of Health of Mordovian Republic, director of Gastroenterology Centre, head of Propedeutics of Internal Medicine Dept at National Research Mordovian State University n.a. N.P. Ogaryov, Saransk, Russia

Lazebnyk L. B., DM Sci (habil.), prof. at Polyclinic Therapy Dept of Faculty of General Medicine at Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov, president of Scientific Society of Gastroenterologists of Russia, member of presidium of National Medical Chamber, Member of board of Moscow Scientific Society of Physicians, vice-president of Society of Gerontologists, Moscow, Russia

Levchenko S. V., PhD Med, associate professor at Polyclinic Therapy Dept of Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Livzan M. F., DM Sci (habil.), prof., chief gastroenterologist of Omsk Region, head of Faculty Therapy at Dept of Faculty of Medicine, vice-rector for Research in Omsk State Medical University, Omsk, Russia

Maksimov V. A., DM Sci (habil.), acad. of Russian Academy of Medical and Technical Sciences, honored doctor of Russia, honored scientist of Russia, vice-president of Scientific Society of Gastroenterologists of Russia, prof. at Nutritional Medicine and Nutriciology Dept in Russian Medical Academy for Continuing Professional Education, Moscow, Russia

Oreshko L. S., DM Sci (habil.), prof. at Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Dietology Dept named after S. M. Rys of North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

Osipenko M. F., DM Sci (habil.), prof., MD of highest category, chief therapist and chief gastroenterologist of Novosibirsk City, head of Propedeutics of Internal Diseases Dept, scientific secretary, member of Central Methodological Commission for Therapy of Faculty of Medicine, head of Science, Innovation and Informatization Dept, member of Problem Commission on Internal Medicine, member of Dissertation Council on Internal Medicine at Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

Saifutdinov R. G., DM Sci (habil.), prof., corr. member at AN VSh, acad. at EA AMS, honored scientist of Tatarstan, chairman of Society of Gastroenterologists of Tatarstan, chief gastroenterologist of Tatarstan, editor-in-chief of 'The Diary of Kazan Medical School', head of Therapy Dept in Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia

Skvorisov V. V., DM Sci (habil.), associate prof. at Dept of Propedeutics of Internal Medicine in Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Tkachenko E. I., DM Sci (habil.), prof., first vice-president of Scientific Society of Gastroenterologists of Russia (SSGR), Honored Scientist of the Russian Federation, Honored Doctor of the Russian Federation, professor at Military Medical Academy named after S. M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

- 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 изучению печени 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: bolev@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6725-8290

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

Автор для переписки: Левитан Болеслав Наумович. E-mail: bolev@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: bolev@mail.ru. ORCID: 0000-0001-6725-8290

Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia

Corresponding author: Levitan Boleslav N. E-mail: bolev@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 пациентов 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 плазмцитоз, 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

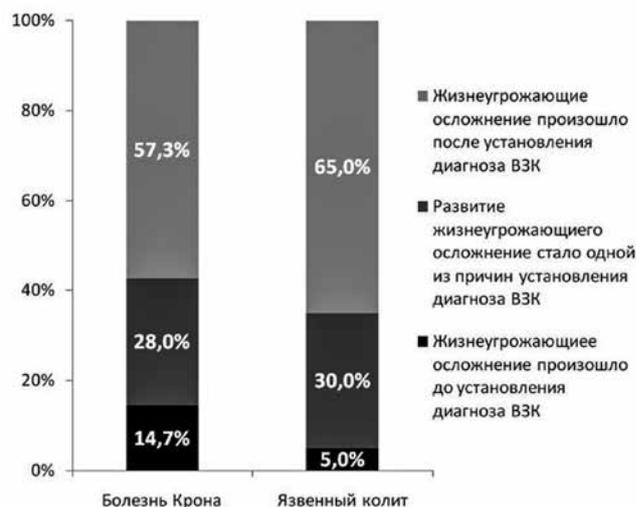


Рисунок 3. Хронологические особенности развития жизнеугрожающих осложнений относительно момента установления диагноза ВЗК

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

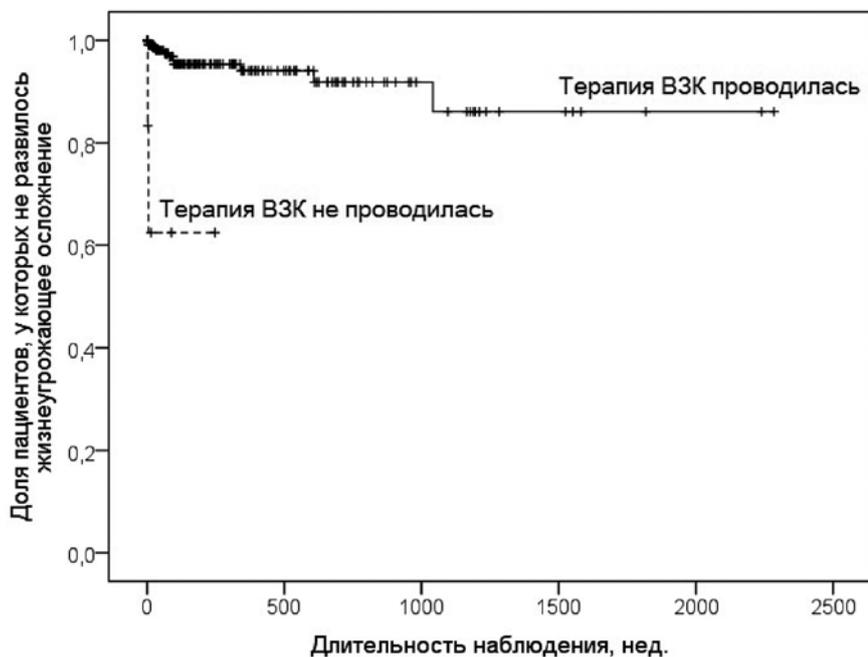


Рисунок 4. Кривые выживаемости Каплана-Майера в отношении развития жизнеугрожающих осложнений язвенного колита в разрезе фактора проведения терапии

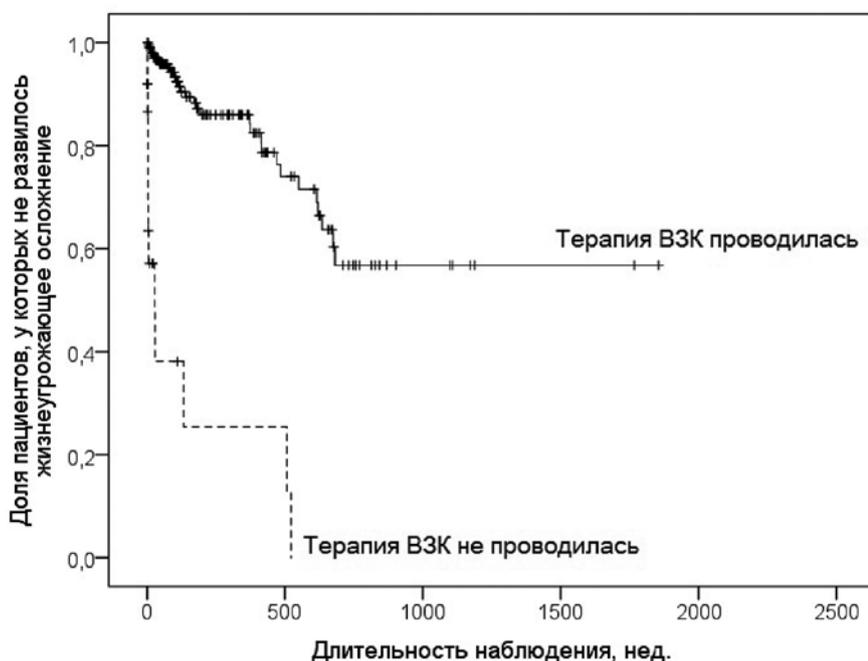


Рисунок 5. Кривые выживаемости Каплана-Майера в отношении развития жизнеугрожающих осложнений болезни Крона в разрезе фактора проведения терапии

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>.

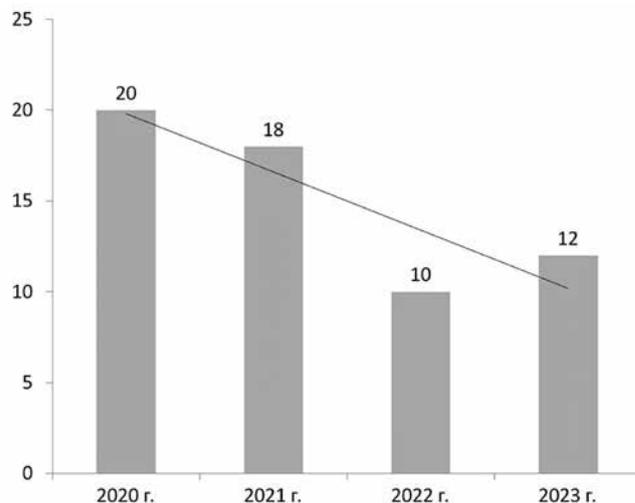


Рисунок 6. Абсолютные цифры смертности пациентов с ВЗК в Санкт-Петербурге за период 2020–2023 гг. по причине летальных осложнений впервые выявленного ВЗК (по данным Регистра ВЗК СПб)

- 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/jjab178>.
- 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/jjz180>.
- 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(Special Issue):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 Yu. 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. *Koloproctologia*. 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 Yu. 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 Yu. 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/jjy113>.
- 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/jjy114>.
- 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 Yu. 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>.

- 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 treat-to-target strategies in IBD. *Gastroenterology*. 2021;160:1570–1583. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.12.031.
- 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>.
- 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>

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. Waldman¹.

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 «Альфмед»

ИНН 7716213348

Рс № 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

- 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.
- Оплата через онлайн-банки издательством принимается только на сайте <https://medalfavit.ru/podpiska-na-zhurnaly/> в разделе «Издательство медицинской литературы».