

УДК: 616-03

3.1.18 Внутренние болезни

DOI: 10.37903/vsgma.2023.2.8 EDN: BRECIY

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КРОНА**

© Чудаева О.В., Ежова А.С., Поленок Е.А., Агеенкова О.А.

*Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28**Резюме***Цель.** Проанализировать историю болезни пациентки с Болезнью Крона.**Методика.** Опрос, физическое обследование; анализ медицинской документации, данных лабораторных и инструментальных методов исследования.**Результаты.** В статье представлен клинический случай болезни Крона у пациентки 19 лет. Пациентка Д. считает себя больной в течение 7 лет. В 2015 г. было проведено обследование и поставлен диагноз: Язвенный колит, тотальный, умеренной степени активности. Назначена терапия. В течение 2-х лет на постоянной основе пациентка чувствовала себя удовлетворительно. В 2017 г. и 2018 г. наблюдались эпизоды ухудшения состояния. В 2018 г. пациентка была направлена в НМИЦ здоровья детей для дальнейшего наблюдения и изменения терапии. По итогам проведенного обследования отмечалось прогрессирование воспалительного процесса в слизистой оболочке кишечника, в связи с чем был инициирован курс генно-инженерной терапии ингибитором ФНО-альфа – Адалибумабом. В 2019 г. пациентка была госпитализирована, был установлен диагноз: болезнь Крона толстой кишки, воспалительная форма, низкая/умеренная степень активности, непрерывно-рецидивирующее течение. Последний раз пациентка была госпитализирована в 2020 г. с целью обследования и коррекции терапии. Был установлен клинический диагноз: Болезнь Крона верхних и нижних отделов ЖКТ, воспалительная форма, умеренная степень активности, непрерывно-рецидивирующее течение, обострение. После проведенной терапии в стационаре была выписана под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства в стабильном состоянии. В настоящее время пациентка находится на терапии Адалимумабом, продолжится динамическое наблюдение.**Заключение.** Данный клинический случай иллюстрирует развитие типичной картины болезни Крона у пациентки, которой ранее был установлен диагноз язвенного колита.**Ключевые слова:** гастроэнтерология, язвенный колит, болезнь Крона, диагностика, лечение, клинический случай

## CLINICAL CASE OF CROHN'S DISEASE

Chudaeva O.V., Ezhova A.S., Polenok E.A., Ageyenkova O.A.

*Smolensk State Medical University, 28 Krupskaya St., Smolensk, 214019, Russia**Abstract***Objective.** To analyze the medical history of a patient with Crohn's Disease.**Methods.** Interview, physical examination; analysis of medical records, data of laboratory and instrumental methods of investigation.**Results.** This article presents a clinical case of Crohn's disease in a 19 year old female patient. Patient D. considers herself ill for 7 years. In 2015 she was examined and diagnosed with total, moderately active ulcerative colitis. Therapy was prescribed. The patient felt satisfactory for 2 years on an ongoing basis. In 2017 and 2018, episodes of deterioration were observed. In 2018, the patient was referred to the NICHHD for further observation and modification of therapy. According to the results of the examination, there was a progression of the inflammatory process in the intestinal mucosa, due to which a course of genetically engineered therapy with TNF-alpha inhibitor Adalimumab was initiated. In 2019, the patient was hospitalized and was diagnosed with colonic Crohn's disease, inflammatory form, low/moderate activity, continuous recurrent course. The patient was last hospitalized in 2020 for examination and correction of the therapy. Clinical diagnosis: Crohn's disease of upper and lower gastrointestinal tract, inflammatory form, moderate degree of activity, continuous relapsing course, exacerbation. After being treated in the hospital, the patient was discharged under the observation of a gastroenterologist at her place of residence in a stable condition. At present the patient is on Adalimumab therapy, dynamic observation will be continued.

**Conclusion.** This clinical case illustrates the development of typical Crohn's disease pattern in a patient previously diagnosed with ulcerative colitis.

*Keywords:* gastroenterology, ulcerative colitis, Crohn's disease, diagnosis, treatment, clinical case

## Введение

Болезнь Крона – это хроническое воспалительное заболевание, характеризующееся трансмуральным гранулематозным воспалением с сегментарным поражением различных отделов пищеварительного тракта [2]. Данная патология является одной из наиболее сложных и малоизученных нозологий в современной гастроэнтерологии. В последние годы заметен значительный рост числа заболеваний и их «омоложение» [7]. Выбор терапии зависит от локализации процесса, характера течения заболевания, тяжести текущей атаки, а также периода лечения. Медикаментозная терапия является ведущим методом лечения Болезни Крона [6]. Она включает применение основных и вспомогательных препаратов. Схемы терапии направлены на купирование острых атак болезни, предупреждение рецидивов и развития тяжелых осложнений. Ниже представлены клинические и лабораторно–инструментальные данные наблюдения Болезни Крона у пациентки 19 лет.

Цель исследования – пополнить базу данных о заболевании и продемонстрировать сложность диагностически и лечения данной патологии.

## Методика

Опрос, физическое обследование пациентки Д., 2002 г.р. Медицинская документация: индивидуальная карта амбулаторного пациента, выписка из истории болезни ФГБУ. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: общий и биохимический анализ крови, эзофагогастродуоденоскопия, видеокOLONOSКОПИЯ, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

## Результаты исследования

Пациентка Д. была госпитализирована в ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница» в ноябре 2015 года. Считает себя больной с 2014 года, периодически отмечала неустойчивый стул со слизью, субфебрильную лихорадку. С августа 2015 года появилась боль в мезогастррии, не связанная с приемом пищи, чаще перед актом дефекации. После обследования был установлен диагноз: язвенный колит, тотальный, умеренной степени активности. Была назначена терапия: Салофальк 500мг 3 раза в сутки, Салофальк свечи 500 мг на ночь. На фоне терапии наблюдалась умеренная положительная динамика. На протяжении 2016 года на фоне терапии отмечалась ремиссия.

С ноября 2017 года появились жалобы на боль в животе перед актом дефекации, жидкий стул 2-3 раза в день. Фекальный кальпротектин от 02.12.2017 – 476 мкг/г. Продолжена доза Салофалька в дозировке 68 мг/кг/сут и микроклизмы Преднизолона 50 мг + 50 мл на ночь 3 месяца. Спустя 2,5 месяца наблюдалось улучшение течения заболевания. Фекальный кальпротектин до 96 мкг/г. Абдоминальная боль иногда возобновлялась. Получала с мая 2018 года вместо Салофалька Пентасу в той же дозе.

В июле 2018 года пациентка была госпитализирована в ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница». Усилилась боль в гипо- и мезогастральной области, стул стал разжиженный с кровью до 3х раз в день, похудела на 3 кг. По данным лабораторного исследования СРБ – 21 мг/л. Кальпротектин – 50 мкг/г. По данным колоноскопии слизистая подвздошной кишки отечна, гиперемирована, сосудистый рисунок стерт. Слизистая слепой кишки, восходящей, поперечно–ободочной и нисходящей с признаками хронического колита. В верхней трети множественные псевдополипы до 0,3-0,4 см, слизистая рыхлая бугристая, отечна с множественными мелкоточечными эрозиями до 0,1 см. Протяженность пораженного участка около 7-8 см имеет циркулярный характер. Множественные полипы прямой кишки ближе к анальному каналу с переходом на анальный канал, переанальную область, бугристые до 0,7-0,8 см. В перианальной области снаружи плотно-эластичные кандиломы до 4-5 см. Биопсия: слизистая подвздошной кишки обычного строения, слизистая оболочки слепой кишки – минимальные проявления хронического тифлита, слизистая оболочки восходящей кишки, поперечно ободочной кишки, нисходящей ободочной кишки – проявления хронического колита, сигмовидной кишки – слизистая изъязвлена, дно язвы грануляционная ткань. Крипты разрежены, уменьшено их количество, выстланы цилиндрическим эпителием. Строма обильно инфильтрирована

плазмócитами, гранулоцитами, эозинофилами, нейтрофилами. Биопсия прямой кишки – проявления проктита.

На основании обследований был поставлен диагноз: болезнь Крона толстой кишки, воспалительная форма, умеренная степень активности, непрерывно–рецидивирующее течение. Пациентка получала лечение Преднизолоном per os с 29.06.2018 по 10.07.2018 – 60 мг/сут., с 11.07.2018 по 17.07.2018 – 40 мг/сут., с 18.07.2018 – 35 мг/сут. На фоне снижения дозы Преднизолона боль в эпигастрии возобновилась, сохранился кашицеобразный стул до 1-2 раз в сутки без видимой крови. Учитывая гормонрезистентность и необходимость в коррекции терапии, пациентка была направлена для дальнейшего наблюдения в НМИЦ здоровья детей в сентябре 2018 года. Поступила с жалобами на боли в животе, стул полужидкий до 3-4 раз в сутки. Фекальный кальпротектин – 771 мкг/г. По данным колоноскопии: эрозивно-язвенный терминальный илеит, проктосигмоидит, язвы и формирующиеся псевдополипы анального канала, гиперплазия и гиперемия перианальных кожных складок, перианальный дерматит. По данным биопсии: умеренно выраженный хронический илеит с признаками активности низкой степени, хронический колит с признаками активности низкой степени в зоне сигмовидной и прямой кишки. По данным гидро-МРТ: картина нисходящего колита, сигмоидита, проктита с утолщением стенок кишки и локальным сужением просвета.

По итогам проведенного обследования отмечалось прогрессирование воспалительного процесса в слизистой толстой и подвздошной кишки, имеется высокий риск осложнений, в связи с чем, в отделении инициирован индукционный курс генно-инженерной терапии ингибитором ФНО-альфа – Адалимумабом (Хумирой). По месту жительства проводилась терапия Адалимумабом и Салофальком с умеренной положительной динамикой в виде снижения жалоб на боли в животе, нормализации стула. В марте 2019 года была проведена плановая госпитализация в ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница». Колоноскопия: Отмечается умеренная положительная динамика в подвздошной кишке в виде восстановления слизистой оболочки, однако сохраняется незначительная воспалительная активность в левых отделах толстой кишки. По данным биопсии патологические изменения носят характер умеренно выраженного хронического неактивного сигмоидита с признаками фолликулярной гиперплазии. По данным МР-энтерографии так же наблюдается улучшение по всем ранее воспаленным отделам кишечника. Фекальный кальпротектин – 248 мкг/гр. Терапия Адалимумабом продолжена. Доза 5-АСК скорректирована. Лечащий врач по месту жительства отменил Салофальк, после чего появились жалобы на периодические боли внизу живота.

В октябре 2019 года пациентка была госпитализирована в ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница». С учетом выявленного отсутствия клинической и эндоскопической ремиссии Болезни Крона решено продолжить терапию Адалимумабом 40 мг, был назначен Месалазин внутрь в дозе 60 мг/кг и в форме ректальной суспензии в дозе 1 г в сутки. По месту жительства терапию получала планоно, использовалась Далибра (Адалимумаб 40мг/0,8мл). Несмотря на проводимую терапию, в связи с ухудшением состояния, 26.10.2020 пациентка была направлена в ФГФУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей». Придъявляла жалобы на боли в животе, вялость слабость, потерю массы тела на 5 кг с момента последней госпитализации.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура 36,9. Положение активное. Вес 45 кг. Рост 159 см. ППТ 1,41 кв.м. Состояние питания снижено. Индекс массы тела 17,8. Физическое развитие ниже среднего, несколько дисгармоничное за счет сниженного веса относительно возраст. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, единичные акне и постакне на лице. Слизистые оболочки чистые, влажные. Зев и миндалины розовые, чистые, налетов и наложений нет, миндалины не увеличены. Подкожная клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Лимфатическая система без системного увеличения. Костная система: выраженных деформаций нет, форма черепа не изменена, объем движений не ограничен. Мышечный тонус ближе к физиологическому. Суставы правильной формы, не увеличены, холодные на ощупь. Органы дыхания: носовое дыхание свободно. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Органы кровообращения: область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС – 82 удара в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Appetit сохранен. Язык чистый, зубы санированы. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не увеличена, печеночный край пальпируется у края реберной дуги мягко-эластической консистенции. Стул нерегулярный, неоформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Нервная система: менингеальной и общемозговой симптоматики нет. Органы чувств: без патологий.

В клиническом анализе крови: лейкоцитоз до  $24,88 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофилез 66,5%. В биохимическом исследовании крови: амилаза 116,24 Ед/л, креатинин 85,55 мкмоль/л. При иммунологическом

исследовании: повышение концентрации IgG (17,27 г/л), IgA (5,56 г/л). По результату ИФА на кишечные инфекции: *Yersinia pseudo./enter.* IgM 81 усл.Ед. (положит.)

ЭКГ от 07.10.2020: Ритм синусовый, ЧСС 104, положение ЭОС нормальное, феномен укороченного интервала PQ. Легкая аритмия. Нарушения процесса реполяризации в миокарде желудочков. Минимальная депрессия сегмента ST на 0,5-1 мм в V3-V5, II, III, aVF при сниженном зубце T.

УЗИ органов брюшной полости от 07.10.2020: Желчный пузырь: измененный, не увеличен, перегиб в выходном отделе, стенки уплотнены. Поджелудочная железа: увеличена, головка 16 мм, тело 9 мм, хвост 17 мм, экзогенность средняя, умеренно неоднородная. Печень: размер средний, ЛД 54, первый сегмент 15 мм, ПД 110, контур несколько неровный, угол острый, паренхима однородная, средней экзогенности, стенки сосудов уплотнены, воротная вена 9,2 мм, печеночные вены не изменены. Селезенка: не изменена. Стенки нисходящей ободочной и сигмовидной кишки умеренно утолщены до 3,5-4,5 мм, отежные, дифференцировка на слои сохранена. *Заключение:* УЗ-признаки колита, вторичных изменений поджелудочной железы и желчного пузыря, косвенные УЗ-признаки гастродуоденита.

Колоноскопия от 16.10.2020: Подвздошная кишка: множественные рассеянные небольшие полиморфные язвенные дефекты размером около 3-4 мм, с венчиком гиперемии и фибрином в дне, ворсинчатый слой прослеживается, умеренно выраженная лимфофолликулярная гиперплазия в терминальном отделе, сосудистый рисунок прослеживается отчетливо, складки средней величины, циркулярные, расправляются при инсuffляции воздухом. Баугинева заслонка: губовидной формы, сомкнута. Слепая, восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая и прямая кишка: слизистая оболочка неравномерно гиперемирована, отежна с множественными рассеянными афтоподобными эрозиями с венчиком гиперемии, сосудистый рисунок смазан, складки эластичные. Сигмовидная кишка: бессосудистые и рубцово-измененные участки гиперемии, визуализируются рассеянные афтоподобные эрозии с венчиком гиперемии, сосудистый рисунок обеднен и перестроен, складки очагово деформированы. Магистральные столбы слизистая оболочка анального канала гиперемирована, отежна, наружный анальный сфинктер, анус сомкнут, тонус умеренно снижен, при наружном осмотре – гиперплазия и гиперемия кожных складок ануса. *Заключение:* Множественные небольшие язвы терминального отдела подвздошной кишки. Рассеянные афтоподобные эрозии толстой, сигмовидной и прямой кишки. Постъязвенные рубцовые изменения слизистой оболочки сигмовидной кишки. Очаговая деформация складок сигмовидной кишки. Гиперемия и гиперемия кожных складок ануса.

Эзофагогастродуоденоскопия от 16.10.2020: В желудке складки отежны, при инсuffляции воздухом расправляются, слизистая оболочка во всех отделах интенсивно отежна, ярко очагово гиперемирована, с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями и усиленным рисунком желудочных полей, в антральном отделе множественные мелкие округлые эрозии, покрытые фибрином, перистальтика ослаблена (исследование под наркозом), привратник округлой формы, во время исследования смыкается вяло, свободно проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки средних размеров, просвет сохранен. Слизистая оболочка рыхлая, умеренно отежна, неравномерно гиперемирована с мелкими фрагментированными эрозиями по передней и задней стенкам и внутрислизистыми кровоизлияниями со следами подтекания свежей крови. Постбульбарные отделы умеренно гиперемирована, отежна с внутрислизистыми кровоизлияниями и поверхностными геморрагическими дефектами по типу «пятен» с признаками недавнего подтекания крови. Биопсия: *Helicobacter pylori* - уреазный тест – отрицательный. *Заключение:* распространенный эрозивный гастрит с геморрагическим компонентом. Эрозивный бульбит с геморрагическим компонентом. Дуоденит с геморрагическим компонентом. Дуоденогастральный рефлюкс.

Денситометрия от 07.10.2020: BMD = 1,013 г/см<sup>2</sup>, z-score = -1,4. *Заключение:* исследование проводилось с учетом костного возраста. Минеральная плотность костей находится в пределах возрастных значений.

Рентгенография кистей (оценка костного возраста) от 07.10.2020: Визуализируются ядра окостенения, сесамовидные кости в I пястно-фаланговом суставе. Синостозирование дистальных эпифизов локтевых и лучевых костей, пястных костей и всех фаланг. Асинхронии костного состава нет. Ассиметрии созревания костей нет. Прозрачность костной ткани не изменена. Толщина и ширина кортикального слоя II пястной кости в норме. Костный возраст соответствует примерно 17 годам 9 месяцам. *Заключение:* Костный возраст соответствует календарному.

Был установлен клинический диагноз. *Основной:* Болезнь Крона верхних и нижних отделов ЖКТ, воспалительная форма, умеренная степень активности, непрерывно-рецидивирующее течение, обострение. *Сопутствующие:* Хронический распространенный гастродуоденит, эрозивный, с геморрагическим компонентом, обострение. Дуодено-гастральный рефлюкс. Реактивный

панкреатит, транзиторная ферментемия. Дисфункция билиарного тракта на фоне деформации желчного пузыря. Феномен укрочения интервала RQ.

На основании клического диагноза было назначено поликомпонентное лечение: диета №4, Адалимумаб 40 мг (1 шприц–ручка) каждые 14 дней, Преднизолон 45 мг с последующим плановым снижением дозировки, Азатиоприм внутрь 50 мг, Салофальк внутрь 2500 мг/сут, Салофальк свечи 500 мг 1 р/сут на ночь, Ванкомицин внутрь 450 мг 4 р/сут, Метронидазол внутрь 250 мг 2 р/сут, Цефтриаксон в/в кап. 2г 1 р/сут, Креон внутрь 10тыс МЕ 3 р/сут, Нексиум внутрь 20 мг 1р/сут на ночь, Мотилиум внутрь 10 мг 3 р/сут до еды, Омепразол внутрь 20 мг 1 р/сут на ночь, Денол внутрь 120 мг 4 р/сут, Фосфалюгель внутрь 1 пак. 4 р/сут с едой и на ночь, Панангин внутрь 158 мг + 140 мг 1 р/сут.

Через 3 дня после начала терапии в крови выявлена ферментопатия (амилаза – 223,64 Ед/л), что было расценено как побочный эффект Азатиоприма и препарат был отменен, так же были отменены антибактериальные и другие панкреатотоксические препараты, однако концентрация ферментов в крови сохранилась повышенной. Клинически и по данным УЗИ органов брюшной полости признаки панкреатита отсутствовали. Вероятно, причиной ферментопатии явилось транзиторное состояние на фоне назначенной гормональной терапии. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. 26.10.2020 пациентка была выписана из стационара под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства в стабильном состоянии с рекомендациями по коррекции питания, образа жизни и продолжению лечения. С того времени ухудшение состояния не регистрировалось. В сентябре 2022 года был проведен плановый осмотр. Состояние удовлетворительное. Стул 1-2 раза в день, мягкий, без патологических примесей. Местно: анальная воронка сформирована правильно, перианальная кожа чистая, складки утолщены, отечны. Ректально: сфинктер гипертоничен, анальный канал рубцово изменен, прохождение пальца затруднено исследование умеренно болезненно, на перчатке следы каловых масс, без патологически примесей. Аноскопия: на 3, 7, 11 часах внутренние узлы не увеличены, не кровоточат, слизистая нижеампулярного отдела розовая, без признаков воспаления.

Видеоколоноскопия от 15.08.2022: Осмотр до терминального отдела подвздошной кишки включительно – слизистая очагово гиперемирована, бархатистая, складки тонкие, невысокие. Толстая кишка – слизистая незначительно гиперемирована. Тонус сохранен. Гаустры и сосудистый рисунок прослеживается на всем протяжении. В просвете умеренное количество жидкого кала. На расстоянии от 15 до 25 см – белые рубцы различных размеров со «сторожевым бугорком». В области ануса – резко утолщенные плотные складки слизистой, между складками – эрозии и изъязвления, покрытые слизью и белым фибрином. Рубцовая деформация ануса до 1,5 см в диаметре. Пальцевое исследование резко болезненно. Заключение: болезнь Крона, стадия неполной ремиссии. Выраженная рубцово-язвенная деформация анального отдела прямой кишки. Поверхностный энтерит. Фекальный кальпротектин от 22.09.2022: 183.86 мкг/г – умеренное повышение.

Эзофагогастродуоденоскопия от 30.09.2022: пищевод свободно проходим. Слизистая розовая. Вены пищевода не расширены. Кардия смыкается плотно. Зубчатая линия прослеживается. Вены желудка не расширены. Желудок обычных размеров, расправляется воздухом свободно. Натощак содержит малое количество слизи, густой желчи. Рельеф не изменен. Привратник функционирует. Дуоденогастральный рефлюкс определяется. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. Слизистая умеренно гиперемирована. Заключение: поверхностный гастродуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс На данный момент удалось добиться стойкой ремиссии. Пациентка ведет активный образ жизни, учится и занимается общественной деятельностью.

### Обсуждение клинического случая

Согласно зарубежным данным, распространенность болезни Крона в мире достигает 320 случаев на 100 000 человек. Данные о заболеваемости и распространенности в Российской Федерации ограничены. Однако в настоящее время по данным Государственного Научного Центра Колопроктологии заболеваемость болезнью Крона составляет 0,3 на 100 000 человек, а распространенность – 3,5 на 100 000 человек, и показатели постоянно увеличиваются [1]. Приведенная статистика указывает на то, что болезнь Крона является труднодиагностируемой патологией, ее клиническая картина не является специфической. Выставление диагноза происходит на основании вариаций сочетания данных анамнеза, клинической картины, эндоскопических и гистологических изменений [4, 5]. Несмотря на возросший интерес к изучению болезни Крона, лечение заболевания не всегда приводит к положительным результатам. Однако,

своевременная и адекватная терапия способна улучшить качество жизни и снизить вероятность возникновения осложнений. В нашей стране при болезни Крона разрешены к применению и успешно назначаются генно-инженерные биологические препараты [3]. Вопреки осторожности в плане побочных эффектов, при правильно подобранной схеме лечения, пациенты способны вести полноценный образ жизни. В том числе, при должном наблюдении за женщиной возможно сохранение ее репродуктивной функции – в случае поддержания ремиссии зачатие и роды не противопоказаны.

## Заключение

Клинический случай подтверждает сложность дифференциальной диагностики Болезни Крона. Диагноз может быть установлен через длительный промежуток времени, данной пациентке он был поставлен только через 3 года после возникновения первых симптомов заболевания. Хотя болезнь Крона считается хроническим, тяжело протекающим заболеванием с тяжелыми внесистемными поражениями, правильно подобранная терапия с назначением новых генно-инженерных препаратов препятствует развитию обострений и продлевает период ремиссии. В данном случае у пациентки с непрерывно-рецидивирующим течением болезни Крона, устойчивым к терапии классическими иммунодепрессантами, свою эффективность показал препарат гуманизированных моноклональных антител к ФНО-а – Адалимумаб.

## Литература (references)

1. Березняк Н.В. Клинические аспекты Болезни Крона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – ЯГМУ, 2020. – С. 12. [Bereznyak N.V. *Klinicheskie aspekty Bolezni Krona* (kand. dis.). Clinical aspects of Crohn's Disease (Author's Abstract of Candidate Thesis). – YSMY, 2020. – P. 12. (in Russian)]
2. Григорьева Г.А., Мешалкина Н.Ю. О проблеме системных проявлений воспалительных заболеваний кишечника // Фарматека. – 2011. – N 15. – С. 44-49. [Grigor'eva G.A., Meshalkina N.U. *Farmateka*. Pharmateca. – 2011. – N 15. – P. 44-49. (in Russian)]
3. Полетова А.В., Шапина М.В., Халиф И.Л., Варданыан А.В. Эффективность послеоперационной противорецидивной терапии Адалимумабом и азатиоприном при болезни Крона // Колопроктология. – 2018. – N 2(64). – С. 73-77. [Poletova A.V., Shapina M.V., Halif I.L., Vardanyan A.V. *Koloproktologiya*. Coloproctology. – 2018. – N 2(64). – P. 73-77. (in Russian)]
4. Тertychnyj А.С., Андреев А.И., Гебоэс К. Современные подходы к морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника на материале эндоскопических биопсий // Архив патологии. – 2011. – Т.73, N 1. – С. 40-47. [Tertychnyj A.S., Andreev A.I., Geboes K. *Arhiv patologii*. Archives of Pathology. – 2011. – V.73, N 1. – P. 40-47. (in Russian)]
5. Шельгина Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии. – Москва: Литтерра, 2012. – С. 460-522. [Shelygina U.A., Blagodarnyj L.A. *Spravochnik po koloproktologii*. Handbook of Coloproctology. – Moscow: Litterra, – 2012. – P. 460-522. (in Russian)]
6. Best W.R., Beckett J.M., Singleton J.W., Kern F. Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study // Gastroenterology. – 1976. – N 70(3). – P. 439-444.
7. Cosnes J., Gower-Rousseau C., Seksik P., Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases // Gastroenterology. – 2011. – N 140. – P. 1785-1794.

## Информация об авторах

Чудаева Ольга Валентиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: chudaevaov@yandex.ru

Ежова Алина Сергеевна – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: teslyuk357@gmail.com

Поленок Екатерина Александровна – студентка лечебного факультета ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: polenok.ek@yandex.ru

Агеенкова Ольга Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФДПО ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: olgamd2009@rambler.ru

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 23.03.2023

Принята к печати 15.06.2023