https://doi.org/10.26442/00403660.2026.08.203724

BY-NC-SA 4.0

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Реклассификация диагноза при воспалительных заболеваниях кишечника на основе ретроспективного анализа

И.Г. Бакулин, Ю.А. Акишина✉

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Аннотация

Цель. Оценить кумулятивную частоту и варианты реклассификации диагноза при воспалительных заболеваниях кишечника (ВЗК).

Материалы и методы. Одноцентровое ретроспективное продольное когортное исследование проходило на базе отделения гастроэнтерологии Клиники им. Петра Великого ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова». Размер выборки – 800 пациентов с установленным диагнозом ВЗК, наблюдавшихся в 2020–2025 гг. Первичная конечная точка: кумулятивная частота реклассификации диагноза при ВЗК. Вторичные конечные точки: распределение направлений реклассификации диагноза недифференцированного ВЗК и язвенного колита (ЯК), медиана времени от момента установления первичного диагноза до его пересмотра, частота и структура причин реклассификации диагноза.

Результаты. В ходе наблюдения за пациентами в 17,6% случаев (*n*=141) имела место реклассификация диагноза. Исходно диагноз недифференцированного ВЗК установлен у 16,3% (*n*=23) пациентов, диагноз ЯК – у 83,7% (*n*=118) пациентов. В 93,6% случаев (*n*=132) исходом реклассификации явилась болезнь Крона (95% доверительный интервал 88,2–97,0); у 9 пациентов исход неизвестен в связи с отсутствием данных. Медиана времени от момента установления первичного диагноза до его реклассификации составила 42,0 мес [16,0; 99,0]. Наиболее частым основанием для пересмотра явилось выявление сегментарности поражения: 50,0% (7/14) при исходном недифференцированном ВЗК и 63,6% (75/118) – при исходном ЯК (*p*=0,386). При наличии стриктуры медиана срока до реклассификации составила 96 мес [37,0; 186,0].

Заключение. Реклассификация диагноза у пациентов с ВЗК рассматривается как длительный и клинически значимый процесс. Полученные данные подтверждают допустимость «переоценки» диагноза у пациентов с первоначально установленным ЯК или недифференцированным ВЗК. В клинической практике при формулировке диагноза ВЗК, и особенно ЯК, важно учитывать возможность реклассификации диагноза, а при наличии оснований для пересмотра – фиксировать факт проведения реклассификации.

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, реклассификация диагноза, болезнь Крона, язвенный колит, недифференцированный колит, неклассифицируемое воспалительное заболевание кишечника

Для цитирования: Бакулин И.Г., Акишина Ю.А. Реклассификация диагноза при воспалительных заболеваниях кишечника на основе ретроспективного анализа. Терапевтический архив. 2026;98(8):446–450. DOI: 10.26442/00403660.2026.08.203724

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2026 г.

ORIGINAL ARTICLE

Reclassification of the diagnosis in inflammatory bowel disease based on a retrospective analysis

Igor G. Bakulin, Yulia A. Akishina✉

Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Abstract

Aim. To assess the cumulative frequency and patterns of diagnostic reclassification in inflammatory bowel disease (IBD).

Materials and methods. A single-center retrospective longitudinal cohort study was conducted at the Department of Gastroenterology, Peter the Great Clinic, Mechnikov North-Western State Medical University. The study included 800 patients with an established diagnosis of IBD. Grounds for diagnostic reclassification were analyzed. The primary endpoint was the cumulative frequency of diagnostic reclassification. Secondary endpoints included patterns of reclassification in patients initially diagnosed with unclassified IBD and ulcerative colitis (UC), median time to diagnostic revision, the clinical and morphological grounds for reclassification.

Results. During follow-up, diagnostic reclassification occurred in 17.6% of cases (*n*=141). Among reclassified patients, the initial diagnosis was IBDU in 16.3% (*n*=23) and UC in 83.7% (*n*=118). In 93.6% of cases (*n*=132), reclassification resulted in Crohn's disease (CD) (95% CI 88.2–97.0); in 9 patients, the final diagnosis was unknown due to missing data. The median time from the initial diagnosis to reclassification was 42.0 months [16.0; 99.0]. The most common reason for diagnostic revision was the identification of segmental involvement: 50.0% (7/14) among patients initially classified as IBDU and 63.6% (75/118) among those initially diagnosed with UC (*p*=0.386). In the presence of a stricture, the median time to reclassification was 96 months [37.0; 186.0].

Conclusion. Diagnostic reclassification in patients with IBD is a prolonged and clinically meaningful process. The findings support the possibility of diagnostic reassessment in patients initially diagnosed with UC or IBDU. In clinical practice, when establishing an IBD diagnosis – particularly UC – it is important to consider the potential for reclassification, and when indications for revision are present, to document the fact of reclassification.

Keywords: inflammatory bowel disease, diagnostic reclassification, Crohn's disease, ulcerative colitis, indeterminate colitis, IBD-unclassified

For citation: Bakulin IG, Akishina YuA. Reclassification of the diagnosis in inflammatory bowel disease based on a retrospective analysis. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2026;98(8):446–450. DOI: 10.26442/00403660.2026.08.203724

Информация об авторах / Information about the authors

✉**Акишина Юлия Андреевна** – врач-ординатор каф. пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова». E-mail: akishina220500@mail.ru

Бакулин Игорь Геннадьевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»

✉**Yulia A. Akishina.** E-mail: akishina220500@mail.ru; ORCID: 0000-0003-4719-3973

Igor G. Bakulin. ORCID: 0000-0002-6151-2021

Введение

В настоящее время не существует единого «золотого стандарта» для диагностики воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [1, 2]. Диагноз устанавливается на основании совокупности клинических и анамнестических данных, результатов лабораторных, эндоскопических, ультразвуковых, радиологических и гистологических методов исследования [3, 4]. У всех пациентов при применении того или иного варианта терапии с различной периодичностью должны проводиться лабораторные, эндоскопические и другие методы исследования для подтверждения ремиссии или обострения ВЗК [5].

Согласно данным литературы у 10–15% пациентов с ВЗК на момент первичного обследования не удается надежно верифицировать диагноз язвенного колита (ЯК) или болезни Крона (БК) [6]. Пациенты с признаками ВЗК и перекрестом клинических и диагностических характеристик БК и ЯК относятся к группе недифференцированного ВЗК. Ряд экспертов рассматривают данный диагноз как временный, поскольку у значительной части пациентов при динамическом наблюдении впоследствии требуется реклассифицировать заболевание в БК или ЯК [5]. Показатели реклассификации варьируются от 16 до 44% в зависимости от выбранного диагностического метода и характеристик исследуемой популяции [7–9]. Крупное ретроспективное исследование с участием 44 302 пациентов показало, что изменение варианта ВЗК происходило в 18% случаев в течение медианного периода наблюдения 3,8 года, тогда как в подгруппе пациентов с неклассифицируемым ВЗК изменение диагноза отмечено в 67% случаев [10]. В исследовании A. Singeap и соавт. отмечено, что частота реклассификации неклассифицируемых ВЗК с установлением БК после капсульной эндоскопии тонкой кишки составила 32,1% [11].

Термин «недифференцированный колит» впервые предложен T. Kent и соавт. в 1970 г. для описания случаев, когда после колэктомии при гистологическом исследовании послеоперационного материала обнаруживались перекрывающиеся черты БК и ЯК либо данных оказывалось недостаточно для установления окончательного диагноза [12]. В 2005 г. на Всемирном конгрессе по гастроэнтерологии предложен термин «неклассифицированное ВЗК» для обозначения предоперационных случаев, когда клиническая картина, эндоскопическая оценка и результаты гистологического исследования указывают на ВЗК, но не позволяют дифференцировать БК и ЯК [13]. Тактика ведения пациентов с недифференцированным ВЗК зависит от тяжести заболевания и ряда эндоскопических и гистологических особенностей [10, 14].

С учетом роста распространенности ВЗК, их мультисистемного характера, рисков осложнений и потребности в хирургическом лечении при ЯК и БК, а также влияния сроков верификации диагноза на прогноз и частоту оперативных вмешательств ранняя диагностика и своевременная реклассификация заболевания имеют принципиальное значение [11, 15].

Цель исследования – оценить кумулятивную частоту и варианты реклассификации диагноза при ВЗК.

Материалы и методы

Проведено одноцентровое ретроспективное продольное когортное исследование на базе отделения гастроэнтерологии Клиники им. Петра Великого ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова». Исследование проведено в соответствии с этическими стандартами и принципами защиты персональных данных и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» (выписка из протокола №12 заседания от 12.11.2025). Все данные анонимизированы.

Размер выборки составил 800 пациентов с установленным диагнозом ВЗК (недифференцированное ВЗК, БК, ЯК), наблюдавшихся за период 2020–2025 гг. Проанализирована когорта пациентов с недифференцированным ВЗК и ЯК. В ходе исследования учитывались причины, явившиеся основанием для реклассификации диагноза: появление данных о вовлечении верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), перианальных поражениях, наличии стриктур, свищей, перфорации, а также данных о сегментарности поражения кишечника и гранулематозном характере поражения (по результатам гистологического исследования).

Первичная конечная точка: кумулятивная частота реклассификации диагноза при ВЗК. Вторичные конечные точки: распределение направлений реклассификации диагноза недифференцированного ВЗК и ЯК; медиана времени от момента установления первичного диагноза до его пересмотра; частота и структура причин, явившихся основанием для реклассификации диагноза.

Критерии включения: установленный диагноз ВЗК (БК, ЯК, недифференцированное ВЗК). Критерии невключения: возраст моложе 18 лет и старше 75 лет, неверифицированный колит/илеоколит/терминальный илеит, микроскопический колит, другие причины колита (ишемический, лучевой, лекарственно-индуцированный и др.).

Статистический анализ выполнен в программе StatTech v. 4.12.2 (ООО «Статтех», Россия). Нормальность распределения оценивали критерием Шапиро–Уилка. При ненормальном распределении данные представляли в виде медианы и межквартильного размаха – *Me* [Q_1; Q_3]. Категориальные переменные описывали абсолютными значениями и долями (%), 95% доверительный интервал (ДИ) рассчитывали методом Клоппера–Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Результаты

В исследуемой ретроспективной когорте пациентов с установленным диагнозом ВЗК (n=800) в 17,6% случаев (n=141) в ходе динамического наблюдения имела место реклассификация диагноза ВЗК. В 93,6% случаев (n=132) исходом реклассификации явилась БК (95% ДИ 88,2–97,0); 9 пациентов не продолжили наблюдение в клинике, в связи с чем результат о реклассификации диагноза отсутствовал **(табл. 1)**. Медиана возраста пациентов с реклассификацией диагноза составила 31 год [23; 45]; число женщин – 79 (56,0%; 95% ДИ 47,4–64,4), мужчин – 62 (44,0%; 95% ДИ 35,6–52,6). Среди пациентов с реклассификацией исходно диагноз недифференцированного ВЗК установлен у 23 (16,3%) пациентов, диагноз ЯК – у 118 (83,7%).

Данные о сроках до момента реклассификации диагноза являлись доступными для 132 пациентов. Медиана времени от момента установления первичного диагноза до его реклассификации составила 42,0 мес [16,0; 99,0]; значения варьировали от 3 до 588 мес.

При сравнении групп в зависимости от исходного диагноза статистически значимых различий по возрасту не выявлено (p=0,193). У пациентов с исходным диагнозом недифференцированного ВЗК медиана возраста составила 37,0 года [25,5; 49,5], у пациентов с ЯК – 29,5 года [23,0; 44,75]. Распределение по полу также не различалось: доля женщин составила 56,5% в группе недифференцированного ВЗК и 55,9% – в группе ЯК (p=0,958).

Таблица 1. **Распределение пациентов с реклассификацией диагноза**

Table 1. **Distribution of patients with diagnostic reclassification**

Показатель	Число, абс. (%)
Пациенты с реклассификацией диагноза среди всей когорты (*n*=800)	141 (17,6)
Исход реклассификации	
БК	132 (93,6)
Исход неизвестен	9 (6,4)
Исходный диагноз у пациентов с реклассификацией (*n*=141)	
Недифференцированное ВЗК	23 (16,3)
ЯК	118 (83,7)

Медиана времени от момента установления первичного диагноза до его реклассификации при недифференцированном ВЗК составила 24,0 мес [9,0; 69,0], тогда как при ЯК – 43,5 мес [17,75; 119,25]. Несмотря на тенденцию к более ранней реклассификации в группе недифференцированного ВЗК, статистически значимых различий не выявлено (*p*=0,093).

Проведен анализ частоты и структуры клинических, эндоскопических и морфологических оснований для реклассификации в зависимости от исходного диагноза ВЗК **(табл. 2)**. Наиболее частым основанием для пересмотра явилось выявление сегментарности поражения: у 7 (50,0%) из 14 пациентов с исходным диагнозом недифференцированного ВЗК и у 75 (63,6%) из 118 пациентов с ЯК. Перианальные поражения как основание для пересмотра отмечались только у пациентов с исходным диагнозом ЯК – в 12 (10,2%) из 118 случаев. Стриктуры выявлялись относительно редко: у 1 (7,1%) из 14 пациентов с исходным диагнозом недифференцированного ВЗК и у 18 (15,3%) из 118 пациентов с ЯК. Признаки вовлечения тонкой кишки отмечены у 6 (42,9%) из 14 пациентов группы недифференцированного ВЗК и у 27 (22,9%) из 118 пациентов группы ЯК. Данные гистологического исследования послужили основанием для реклассификации у 2 (14,3%) из 14 пациентов с исходным диагнозом недифференцированного ВЗК и у 10 (8,5%) из 118 пациентов с ЯК.

Среди пациентов при наличии анализируемых признаков, послуживших основанием для пересмотра диагноза, наибольшая медиана срока до реклассификации отмечена при стриктурирующих поражениях и составила 96,0 мес [37,0; 186,0]. Наименьшая медиана срока до реклассификации наблюдалась у пациентов, у которых основанием для пересмотра диагноза явились данные гистологического исследования – 27,0 мес [14,25; 57,75]. При выявлении сегментарности поражения медиана срока до реклассификации составила 36,0 мес [13,5; 96,0], при вовлечении тонкой кишки – 41,0 мес [24,0; 84,0], а при перианальных поражениях – 42,0 мес [25,5; 78,0]. Таким образом, по возрастанию медианы срока до реклассификации диагноза клинические признаки распределены следующим образом: данные гистологического исследования (27 мес), сегментарность поражения (36 мес), вовлечение верхних отделов ЖКТ (41 мес), перианальные поражения (42 мес) и стриктурирующие поражения (96 мес).

Обсуждение

Дифференциальная диагностика БК и ЯК остается принципиально сложной задачей ввиду отсутствия «золотого стандарта» и необходимости интегральной оценки

Таблица 2. **Частота и структура клинических и морфологических оснований для реклассификации в зависимости от исходного диагноза**

Table 2. **Frequency and structure of clinical and morphological grounds for reclassification according to the initial diagnosis**

Показатели	Исходный диагноз, абс. (%)	
	Недифференцированное ВЗК	ЯК
Сегментарность	7 (50,0)	75 (63,6)
Перианальные поражения	0 (0,0)	12 (10,2)
Стриктура	1 (7,1)	18 (15,3)
Поражение тонкой кишки	6 (42,9)	27 (22,9)
Данные гистологического исследования	2 (14,3)	10 (8,5)

клинических, эндоскопических, морфологических, серологических и лучевых данных в динамике [5]. Сходство клинических проявлений усугубляется аналогичными изменениями эндоскопической картины. Так, колит при БК в ряде случаев имеет изолированный и непрерывный характер поражения толстой кишки без развития свищей и стриктур. В то же время варианты ЯК с интактной прямой кишкой или вовлечением подвздошной кишки могут имитировать БК, особенно на фоне интенсивной терапии, формирующей картину «сегментарности» воспаления, что приводит к частичной нормализации воспалительных изменений дистальных отделов толстой кишки [6, 16]. Морфологические критерии также обладают ограниченной специфичностью: неказеозные гранулемы выявляются лишь у меньшинства пациентов с БК, а такие признаки, как криптовая дисторсия, базальный плазмоцитоз и крипт-абсцессы, встречаются при обеих нозологиях и подвержены выраженной межнаблюдательной вариабельности даже при применении стандартизированных критериев [17]. Дополнительные методики – серологические маркеры (ASCA, pANCA), генетические тесты (NOD2, ATG16L1, IL23R и др.), магнитно-резонансная или компьютерная энтерография и интестинальное ультразвуковое исследование – повышают диагностическую информативность, однако не позволяют надежно провести индивидуальную нозологическую верификацию, особенно при варианте колита и терминальном илеите минимальной активности [5]. Высокая цена ошибочной нозологической классификации, в первую очередь при выборе хирургической тактики (проктоколэктомия с илеоанальным резервуаром при ЯК против сегментарных резекций и стриктуропластики при БК) и подборе таргетной терапии, подчеркивает необходимость максимально осторожного формулирования диагноза и допущения категории неклассифицируемого ВЗК в ситуациях диагностической неопределенности [6, 18, 19].

Согласно проведенному нами исследованию реклассификация диагноза у пациентов с ВЗК может происходить спустя значительный промежуток времени: медиана времени от момента установления первичного диагноза до его пересмотра составила 42 мес, при этом диапазон значений являлся широким. Изложенные результаты подтверждают динамический характер классификации ВЗК и согласуются

с современными руководствами, согласно которым в процессе наблюдения может иметь место пересмотр диагноза, поскольку по мере эволюции заболевания могут появляться признаки, позволяющие провести нозологическую верификацию ВЗК [5].

Стоит отметить, что в исследуемой когорте пациентов при известном исходе реклассификации конечным диагнозом во всех случаях явилась БК. Изложенное указывает на то, что основной вектор трансформации диагноза заключался в переходе от варианта колита при ВЗК к диагнозу БК. Полученные данные не противоречат тому, что наибольшие трудности дифференциальной диагностики возникают при изолированном поражении толстой кишки, тогда как колит при БК может длительно имитировать ЯК или недифференцированный колит [6, 12, 14].

Наиболее частым основанием для реклассификации диагноза как в группе недифференцированного ВЗК, так и при ЯК явилось выявление сегментарности поражения (50 и 63,6% соответственно), что подчеркивает высокую клиническую значимость данного признака. Сегментарный характер поражения – один из наиболее важных аргументов в пользу БК, тогда как для ЯК типично непрерывное поражение слизистой оболочки толстой кишки [4, 13]. Согласно полученным данным наличие сегментарности поражения ассоциировалось с тенденцией к более ранней реклассификации диагноза, что позволяет рассматривать данный признак как ранний и частый маркер для пересмотра.

Другие основания для пересмотра диагноза встречались реже, что, вероятно, связано с небольшим числом наблюдений, а также с тем, что выявление части признаков зависит от полноты и повторяемости обследований, включая визуализацию тонкой кишки, оценку перианальной области и повторную морфологическую верификацию [5, 11]. Тем не менее клиническая значимость указанных ранее признаков не вызывает сомнений, поскольку каждый из них повышает вероятность диагноза БК.

Признаком, связанным с наиболее длительным сроком от момента установления первичного диагноза до его реклассификации (96 мес), явилось наличие стриктуры. Последнее отражает один из исходов специфического воспалительного процесса кишечной стенки и, следовательно, более длительную эволюцию БК. Иными словами, у части пациентов диагноз БК становился очевидным лишь на этапе осложненного течения, когда появлялись признаки стриктурирующего поражения. Данный результат имеет практическое значение, так как указывает на необходимость своевременной реклассификации диагноза для корректного назначения лечебных мероприятий.

Согласно полученным нами данным имеет место необходимость регулярного наблюдения пациентов с возможностью реклассификации диагноза при первоначально установленном ЯК или недифференцированном ВЗК, особенно при появлении клинических признаков, не типичных для исходной нозологической формы. Динамическое наблюдение должно включать не только клиническую оценку, но и повторное комплексное обследование с использованием эндоскопии, морфологического исследования и методов поперечной визуализации верхних и нижних отделов ЖКТ, что соответствует современным международным рекомендациям [5, 20].

При интерпретации изложенных результатов важно учитывать ряд ограничений. Так, одним из ограничений исследования явился ретроспективный дизайн, связанный с риском неполноты данных и ограниченной возможностью стандартизованной оценки всех клинических параметров. Кроме того, группа пациентов с исходным диагнозом недифференцированного ВЗК являлась существенно меньше группы пациентов с ЯК, что могло снизить статистическую мощность межгрупповых сравнений.

Заключение

В связи с изложенным реклассификация диагноза у пациентов с ВЗК представляет собой длительный и клинически значимый процесс, отражающий динамическую природу ВЗК. В исследуемой когорте медиана времени от момента установления первичного диагноза до его пересмотра составила 42 мес. При известном исходе реклассификации финальным диагнозом во всех случаях стала БК. Наличие стриктуры ассоциировалось с более поздней реклассификацией, что, вероятно, отражает формирование осложненного фенотипа заболевания по мере его эволюции. В клинической практике при формулировке диагноза ВЗК, и особенно ЯК, важно учитывать возможность реклассификации диагноза, а при наличии оснований для пересмотра – фиксировать факт проведения реклассификации.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» (выписка из протокола №12 заседания от 12.11.2025). Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской декларации.

Compliance with the principles of ethics. The study protocol was approved by the local ethics committee of Mechnikov North-Western State Medical University (Minutes No. 12, 12.11.2025). Approval and protocol procedure was obtained according to the principles of the Declaration of Helsinki.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Список сокращений

БК – болезнь Крона
ВЗК – воспалительные заболевания кишечника
ДИ – доверительный интервал
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЯК – язвенный колит

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lichtenstein GR, Loftus EV, Afzali A, et al. ACG clinical guideline: Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol.* 2025;120(6):1225-64. DOI:10.14309/ajg.0000000000003465
2. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG clinical guideline update: Ulcerative colitis in adults. *Am J Gastroenterol.* 2025;120(6):1187-224. DOI:10.14309/ajg.0000000000003463
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Болезнь Крона: клинические рекомендации. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru. Ссылка активна на 14.03.2026 [Ministry of Health of the Russian Federation. Crohn's disease: Clinical guidelines. 2024. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru. Accessed: 14.03.2026 (in Russian)].
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Язвенный колит: клинические рекомендации. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru. Ссылка активна на 14.03.2026 [Ministry of Health of the Russian Federation. Ulcerative colitis: Clinical guidelines. 2024. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru. Accessed: 14.03.2026 (in Russian)].
5. Kucharzik T, Taylor S, Allocca M, et al. ECCO-ESGAR-ESP-IBUS guideline on diagnostics and monitoring of patients with inflammatory bowel disease: Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known inflammatory bowel disease, detection of complications. *J Crohns Colitis*. 2025;19(7):jjaf106. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjaf106
6. Shao Y, Zhao Y, Lv H, et al. Clinical features of inflammatory bowel disease unclassified: A case-control study. *BMC Gastroenterol.* 2024;24(1):105. DOI:10.1186/s12876-024-03171-5
7. Pal P, Banerjee R, Gupta R, et al. Capsule endoscopy in inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Dig Endosc.* 2023;14:149-74. DOI:10.1055/s-0043-1766122
8. Jougon J, Leroyer A, Wils P, et al. P876 Disease course of inflammatory bowel disease unclassified in adult patients: A population-based study (1988–2014). *J Crohns Colitis*. 2023;17(Suppl. 1):i995. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjac190.1006
9. Monteiro S, Dias de Castro F, Boal Carvalho P, et al. Essential role of small bowel capsule endoscopy in reclassification of colonic inflammatory bowel disease type unclassified. *World J Gastrointest Endosc*. 2017;9(1):34-40. DOI:10.4253/wjge.v9.i1.34
10. Venkateswaran N, Weismiller S, Clarke K. Indeterminate colitis – update on treatment options. *J Inflamm Res*. 2021;14:6383-95. DOI:10.2147/JIR.S268262
11. Singeap AM, Sfarti C, Girleanu I, et al. Reclassification of inflammatory bowel disease type unclassified by small bowel capsule endoscopy. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(12):2064. DOI:10.3390/medicina59122064
12. Kent TH, Ammon RK, DenBesten L. Differentiation of ulcerative colitis and regional enteritis of colon. *Arch Pathol*. 1970;89(1):20-9. PMID: 5410405
13. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: Controversies, consensus, and implications. *Gut*. 2006;55(6):749-53. DOI:10.1136/gut.2005.082909
14. Burisch J, Bergemalm D, Halfvarson J, et al. The use of 5-aminosalicylate for patients with Crohn's disease in a prospective European inception cohort with 5 years follow-up: An Epi-IBD study. *United European Gastroenterol J.* 2020;8(8):949-60. DOI:10.1177/2050640620945949
15. Маев И.В., Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказываева Е.В. Воспалительные заболевания кишечника: трансформация представлений. *Терапевтический архив.* 2023;95(12):1064-74 [Maev IV, Bakulin IG, Skalinskaya MI, Skazyvaeva EV. Inflammatory bowel diseases: Transformation of representations. A review. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2023;95(12):1064-74 (in Russian)]. DOI:10.26442/00403660.2023.12.202507
16. Gomollon F, Dignass A, Annese V, et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis.* 2017;11(1):3-25. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjw168
17. Feakins RM. Ulcerative colitis or Crohn's disease? Pitfalls and problems. *Histopathology*. 2014;64(3):317-35. DOI:10.1111/his.12263
18. Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J, et al. ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: Surgical treatment. *J Crohns Colitis.* 2024;18(10):1556-82. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjae089
19. Spinelli A, Bonovas S, Burisch J, et al. ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: Surgical treatment. *J Crohns Colitis.* 2022;16(2):179-89. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjab177
20. Yanai H, Feakins R, Allocca M, et al. ECCO-ESGAR-ESP-IBUS guideline on diagnostics and monitoring of patients with inflammatory bowel disease: Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects. *J Crohns Colitis*. 2025;19(7):jjaf107. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjaf107

Статья поступила в редакцию/The article received: 17.04.2026

OMNIDOCTOR.RU