

Шкурко Т. В.^{1,2}, Каграманова А. В.³, Князев О. В.^{1,3}

БОЛЕЗНЬ КРОНА. К 90-ЛЕТИЮ ОПИСАНИЯ

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр колопроктологии имени А. Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 123423, Москва, Россия;²ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;³ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А. С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», 111123, Москва, Россия

В статье собраны основные достижения в изучении болезни Крона, впервые описанной как заболевание терминального отдела подвздошной кишки, поражающее в основном молодых людей, характеризующееся подострым или хроническим некротизирующим и рубцующимся воспалением. В последующие годы воспалительное заболевание выявляли и в других отделах желудочно-кишечного тракта. Это заболевание, поражающее весь кишечник, может вовлекать каждую часть желудочно-кишечного тракта — от рта до ануса. История изучения болезни Крона на протяжении 90 лет дала возможность глубоко вникнуть в патогенез воспаления, но пока не приблизила к раскрытию её этиологии. Поэтому говорить о возможности выздоровления от болезни Крона нельзя.

Ключевые слова: болезнь Крона; язвенный колит; история описания

Для цитирования: Шкурко Т. В., Каграманова А. В., Князев О. В. Болезнь Крона. К 90-летию описания. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(спецвыпуск):1162—1166. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1162-1166>

Для корреспонденции: Шкурко Татьяна Всеволодовна; shkurkotania@yandex.ru

Shkurko T. V.^{1,2}, Kagramanova A. V.³, Knyazev O. V.^{1,3}CROHN'S DISEASE. TO THE 90th ANNIVERSARY OF THE DESCRIPTION¹National Medical Research Centre for Coloproctology named after A. N. Ryzhikh, 123423, Moscow, Russia;²Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, 115088, Moscow, Russia;³Moscow Clinical Scientific Center named after A. S. Loginov, 111123, Moscow, Russia

The article describes the main achievements in the study of Crohn's disease, first described as a disease of the terminal ileum, affecting mainly young people, characterized by subacute or chronic necrotizing and scarring inflammation. In subsequent years, the inflammatory disease was also detected in other parts of the gastrointestinal tract. This disease affects the entire intestine and can involve every part of the gastrointestinal tract, from the mouth to the anus. The history of the study of Crohn's disease for 90 years has made it possible to delve deeply into the pathogenesis of inflammation, but has not yet come closer to revealing its etiology. Therefore, it is impossible to talk about the possibility of recovery from CD.

Keywords: Crohn's disease; ulcerative colitis; history

For citation: Shkurko T. V., Kagramanova A. V., Knyazev O. V. Crohn's disease. To the 90th anniversary of the description. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(Special Issue):1162–1166 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-s1-1162-1166>

For correspondence: Tatiana V. Shkurko; shkurkotania@yandex.ru

Source of funding. The research had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Received 22.03.2022
Accepted 13.05.2022

Первое сообщение о гранулематозном воспалительном заболевании кишечника (ВЗК) появилось в статье «Региональный илеит» [1], которая была опубликована в Журнале Американской медицинской ассоциации в октябре 1932 г. В этой статье Беррилл В. Крон, Леон Гинзбург и Гордон Д. Оппенгеймер описали в патологоанатомических и клинических деталях заболевание терминального отдела подвздошной кишки, поражающее в основном молодых людей, характеризующееся подострым или хроническим некротизирующим и рубцующимся воспалением. Изъязвление слизистой сопровождается парадоксальной реакцией соединительной ткани стенок поражённого кишечника — процесс, который часто приводит к стенозу просвета кишечника и образованию множественных свищей.

В данной статье описано 14 пациентов, которые были в основном молодого возраста; самому младшему было 17 лет и только двое были старше 40 лет. Все они были прооперированы старшим хирургом-гастроэнтерологом Берг в клинику «Mount Sinai» в Нью-Йорке.

Первоначально Б. Крон представил материал на ежегодном собрании Американской медицинской ассоциации в мае 1932 г. Затем Барген из клиники Мэйо отметил, что видел и выполнял операции по нескольким случаям «такого типа» каждый год в течение последних нескольких лет. Барген также прокомментировал: «Я хотел бы подчеркнуть, что эта презентация важна, что, возможно, эти случаи будут обнаруживаться на раннем этапе и чаще в будущем, а если так, то вместо двух операций может быть выполнено одно оперативное вмешательство,

и я полагаю, что это причиной этого заболевания является инфекция».

Он был прав по всем пунктам, кроме последнего, и учёные до сих пор в этом не знают единой причины возникновения воспалительных заболеваний кишечника. Фриденвальд из Балтимора и Хиршман из Детройта также обсудили статью и добавили информацию о случаях, которые они видели. Хиршман описал случай, в котором также была поражена толстая кишка, но он полагал, что это была комбинация язвенного колита (ЯК) и недавно описанного «регионарного илеита».

В течение года публиковались статьи о поражении тощей кишки [2], а в 1934 г. R. Colp [3] сообщил о случае, когда воспалительный процесс выходит за пределы илеоцекального клапана и захватывает слепую кишку и восходящую ободочную кишку, это было первое сообщение об илеоколите.

В последующие годы воспалительное заболевание выявляли и в других отделах желудочно-кишечного тракта. Это заболевание, поражающее весь кишечник, может вовлекать каждую часть желудочно-кишечного тракта — от рта до ануса. Кроме того, в коже были обнаружены гранулематозные поражения (например, «метастатическая» болезнь Крона) [4], и широко распространённые внекишечные проявления могут сопровождать или даже предшествовать развитию этих поражений желудочно-кишечного тракта [5].

Возникновение эпонима Крона — интересная история. Уже в 1933 г. F. Harris и соавт. [2] опубликовали статью под названием: «Хронический рубцующийся энтерит: Регионарный илеит (Крона). Новое хирургическое понятие». S. I. Schwartz [6] объяснил, что название болезни Крона (БК) было дано британцами в майском отчёте 1939 г. из больницы Гая. В 1950 г. G. Armitage и соавт. изучили литературу и сообщили о 34 случаях БК из клиники в Лидсе [7]. При обсуждении характера течения заболевания они отметили, что неспецифическая гранулема, регионарный илеит, регионарный энтерит, регионарный энтероколит и рубцовый энтерит являются терминами, которые часто использовали в повседневной практике. Далее последовало заявление: «Название болезнь Крона применимо к большинству случаев в этой клинике». Это позволяет избежать путаницы, не требует точного описания патологии, передаёт смысл, легко запоминается студентами и отдаёт должное учёному, описавшему это заболевание». Однако могло быть и по-другому. Хирурга A. A. Berg, который делал операции всем пациентам, упомянутым в статье в 1932 г., спросили, хотел ли он, чтобы его имя было в статье [8]. Он отказался, но если бы согласился, и с согласия других исследователей, имена были в алфавитном порядке, кто знает?

Четырнадцать пациентов с регионарным энтеритом были лишь небольшой подгруппой пациентов из гораздо большей группы случаев, представленных L. Ginzburg и соавт. на собрании Американской гастроэнтерологической ассоциации через 2 нед по-

сле презентации В. В. Crohn в мае 1932 г. [9]. Статья «Неспецифическая гранулема кишечника (воспалительные опухоли и стриктуры кишечника)» не публиковалась до декабря 1933 г. в «Анналах хирургии». В эту группу вошли 52 пациента, которые были классифицированы как имеющие (1) внекишечные или перикишечные гранулемы, вторичные по отношению к закрытым перфорациям кишечника (обычно вызванным перфорацией из куриных или рыбьих костей); (2) гранулемы, вторичные по отношению к сосудистым нарушениям кишечника (чаще всего после вправления ущемлённой грыжи); (3) локализованный гипертрофический язвенный стеноз терминального отдела подвздошной кишки (т. е. регионарный энтерит); (4) локализованный гипертрофический колит; (5) простые пентерирующие язвы толстой кишки; или (6) поражения, вторичные по отношению к воспалению придатков кишечника, таких как аппендицит, дивертикулит и тифлит. Эти случаи аккумулировались и изучались L. Ginzburg и G. D. Oppenheimer в отделении патологии клиники «Mount Sinai», которым тогда руководил Клемперер. Целью этой работы было объяснить эти необычные поражения. L. Ginzburg отметил: «Мы наблюдали клиническое состояние пациентов с инфильтратом брюшной полости, с непроходимостью, которые ошибочно диагностировались как туберкулёз или карцинома. Были определены неправильные прогнозы, и в одних случаях проводилось слишком много операций, в других — слишком мало».

В. В. Crohn (доктор медицины, 1907 г.), L. Ginzburg (доктор медицины, 1917 г.) и G. D. Oppenheimer (доктор медицины, 1922 г.), выпускникам Колледжа врачей и хирургов Колумбийского университета, посчастливилось успешно сдать экзамены на позицию в штате врачей клиники «Mount Sinai». В. В. Crohn, самый старший, уже был хорошо зарекомендовавшим себя гастроэнтерологом в Нью-Йорке на момент публикации в 1932 г. G. D. Oppenheimer стал урологом и до выхода на пенсию работал начальником отделения урологии клиники «Mount Sinai» и умер в 1974 г. L. Ginzburg сделал выдающуюся хирургическую карьеру. Он успешно работал в качестве главного хирурга в медицинском центре «Бет Израиль» Медицинский Центр в Нью-Йорке почти 20 лет был замечательным учителем и хирургом и обладал удивительным умом. Он много читал и был настоящим представителем эпохи Возрождения. В. В. Crohn и L. Ginzburg получили почётные степени в Медицинской школе клиники «Mount Sinai» в 1981 г. В 1982 г. в честь 50-летия публикации классической статьи международный симпозиум по воспалительным заболеваниям кишечника был проведён в клинике клиники «Mount Sinai», на котором присутствовали оба учёных, и им было отдано соответствующее почтение. На тот момент времени В. В. Crohn было уже 98 лет. Он умер в следующем году. L. Ginzburg умер в 1988 г., всего за 3 нед до своего 90-летия.

Неизбежно возникнет вопрос, является ли БК новой болезнью. В 1996 г. J. Alexander-Williams про-



Международный симпозиум, посвящённый 50-летию публикации знаковой статьи «Региональный илеит», сентябрь 1982 г. Стоит: доктор Leon Ginzburg; сидит доктор Berill V. Crohn. (Фото любезно предоставлено Артуром Х. Ауфсесом-младшим, доктором медицины, Медицинская школа клиники Mount Sinai.)

комментировал [10]: хотя работники клиники «Mount Sinai» в Нью-Йорке внесли в перечень заболеваний новую нозологическую форму, которую мы теперь называем БК, опубликованные ранее клинические наблюдения чётко описывают БК как отдельное заболевание не менее чем за столетие до публикации цитируемой статьи Б. Крона и его коллег.

«Живот, хотя и не казался очень вздутым, содержал тем не менее большое количество сукровицы, выделившейся из кишки во многих местах, где были участки перфорации, в некоторых местах на существенном протяжении. Этот участок охватывал терминальную часть подвздошной кишки и, кроме того, ближайшую часть толстой кишки на протяжении 40—50 см. В этой части кишка была отёчна и изъязвлена, а в глубоких слоях кишечной стенки отмечался некроз тканей, так что вы видите, что они могут быть легко перфорированы. Рядом с участком воспаления некоторые железы брыжейки проникли в образование, в которой была сукровица, мало чем отличающаяся от той, которая прорвалась в полость живота; но внутренняя ткань этого образования была мягкой и дряблой и, казалось, склонна к распаду. Селезёнка была в 3 раза больше нормальных размеров». Этими словами, опубликованными в 1769 г., G. V. Morgagni описал результаты вскрытия 20-летнего мужчины, который на протяжении всей своей жизни отмечал частый стул [11]. Последний эпизод обострения у пациента начался внезапно со «схваткообразных болей в области кишечника, что сопровождалось диареей с кровью». Появилась лихорадка, но через 1 мес температура нормализовалась. Диарея сохранялась, и снова резко началась лихорадка. Пациент умер через 2 нед после начала последнего эпизода лихорадки. Этот случай

вполне оправданно можно считать первым зарегистрированным случаем гранулематозного ВЗК.

Сорок четыре года спустя, в 1813 г., С. Combe и соавт. [12] сообщили об «единичном случае стриктуры и утолщения стенок подвздошной кишки». Они заявили, что в терминальной части подвздошной кишки, а также в толстой кишке было сужение на протяжении 90 см размером с индюшачье перо». В 1828 г. J. Abercrombie описал девушку-подростка в возрасте 13 лет с анамнезом в течение 1 года болей в животе и рвоты. У неё было обнаружено выраженное утолщение слоёв подвздошной кишки с изъязвлением и вовлечением слепой кишки и короткого сегмента восходящей ободочной кишки.

J. Fielding изучал труды Лондонского патологического общества с 1852 по 1899 г. и резюмировал, что «между 1831 и 1856 в лондонских клиниках наблюдались пациенты с болезнью Крона во второй половине прошлого века» [13]. У этих пациентов было воспалительное заболевание тонкой кишки, толстой кишки или всего кишечника. Другие сообщения, свидетельствующие о более ранних случаях БК, появлялись в начале XX в., прежде всего из Германии.

Самая важная статья о БК была опубликована в Британском медицинском журнале в 1913 г. Т. К. Dalziel, хирургом из Глазго [14]. Он описал серию случаев из 9 пациентов, у которых точно была БК с поражением подвздошной, тощей, толстой кишки или одновременно поражение разных отделов кишечника. Шести пациентам проведено успешное оперативное лечение и хирург заметил, что исходы у пациентов были плохими, если им не проводилось оперативное лечение. При описании воспаления у этих пациентов он отмечал наличие гигантских клеток, которые со временем стали патогномоничными, и заявил: «Поражённый кишечник придаёт консистенцию и гладкость угря в состоянии трупного окоченения, а железы, хотя и увеличены, явно неказеозный».

Похожие случаи, вероятно, наблюдались в клинике «Mount Sinai» до публикации статьи 1932 г. 30 декабря 1899 г. Н. Lilienthal прооперировал 21-летнюю женщину с заболеванием, которое он описал как гиперпластический колит [15]. Пациентка выздоровела после нескольких операций, и сообщения об этом случае опубликованы в 1903 г. В 1919 г. А. Wilensky прооперировал 23-летнего мужчину с инфильтратом в правом нижнем квадранте живота. Этот случай был одним из четырех, о которых Е. Moschowitz и А. Wilensky сообщили в 1923 г. в статье под названием «Неспецифические гранулемы кишечника» [16]. После 1932 г. появилось больше статей, описывающих пациентов с гранулематозным воспалительным заболеванием кишечника. Эпидемиологические исследования показывают, что болезнь была наиболее распространена в Северной Европе и на северо-востоке США. Первоначальная концепция, что это болезнь городского еврейского населения, была опровергнута, поскольку были опубликованы сообщения о случаях, затрагивающих все расы, вероучения и религии. Распространён-

ность заболевания быстро возрастала в течение десятилетий. Сначала считалось, что появление этого заболевания связано с лучшей осведомлённостью о болезни и лучшей диагностикой. Но и тяжесть заболевания также нарастала. Как и язвенная болезнь, и рак желудка, распространённость БК, по-видимому, стабилизировалось и начала уменьшаться во многих частях мира, где она наиболее была распространена в предыдущие годы.

Один из самых интересных аспектов раннего выявления БК — поражение толстой кишки и отделение этого заболевания от ЯК. Т. К. Dalziel описал вовлечение толстой кишки у нескольких пациентов [14], но в серии, изученной В. В. Crohn и соавт. [1], был вовлечён только дистальный отдел подвздошной кишки. В 1875 г. S. Wilks и соавт. описали ЯК [17], и к 1920-м гг. это заболевание было хорошо известной нозологической единицей.

В 1930 г. J. Vargen и соавт. сообщили о 23 пациентах с «региональным мигрирующим хроническим язвенным колитом» [18]. У 17 пациентов в этом наблюдении была интактная прямая кишка, а у 3 — перианальные свищи. Вероятно, эта статья была первым описанием гранулематозного колита. Они назвали эту болезнь «сегментарным колитом».

В 1936 г. В. Crohn и соавт. [19] описали «комбинированную форму илеита и колита». Они признали, что это заболевание отличалось от ЯК с «ретроградным илеитом» и отметили «рассеянные и прерывающиеся сегменты воспаления толстой кишки или вовлечение подвздошной кишки с прилежащей слепой кишкой и восходящей толстой кишкой». Как и другие исследователи того времени, они считали, что ЯК и регионарный энтерит являются сопутствующими заболеваниями.

В 1952 г. С. Wells указал, что сегментарный колит, вероятно, является формой БК, а не вариантом ЯК [20]. Он заявил: «Этот сегментарный колит является толстокишечной формой болезни Крона. Однако сам Крон не поддержал это расширение нозологических понятий, которому мы дали его имя». В 1960 г. Н. Е. Lockhart-Mummery и соавт. отделили гранулематозный колит от ЯК и твёрдо установили патологические критерии, необходимые для окончательного диагноза каждого из заболеваний [21]. Они заявили: «Мы никогда не видели болезнь Крона и ЯК у одного и того же пациента».

Комментарий С. Wells показывает необходимость другого взгляда на врачей горы Синай в это время [22]. В 1925 г. В. Crohn и соавт. опубликовали статью «Сигмоидоскопическая картина хронического язвенного колита» (неспецифического) [23], примечательную в двух отношениях. Учёные описали, вероятно, первый зарегистрированный случай рака толстой кишки у пациента с ЯК и привели несколько случаев, когда толстая кишка была жёсткой, а язвы приводили к перфорации, были глубокими и разделены участками здоровой толстой кишки, что гораздо более характерно для БК, чем для ЯК.

В 1936 г. А. А. Berg описал хирургическую процедуру для «правостороннего язвенного колита» [8]. Некоторые эскизы художника, однако, наиболее вероятно показывают наличие гранулематозного илеоколита. То же относится к статье R. Lewisohn [24] о «сегментарном энтерите», в которой в нескольких случаях имело место поражение толстой кишки. R. Lewisohn охарактеризовал эти случаи как БК в сочетании с ЯК. Эти случаи представляют собой гранулематозное заболевание: длинные продольные язвы присутствуют на брыжеечной границе подвздошной и толстой кишки, со здоровой слизистой оболочкой между язвами. В 1955 г. S. Otani, патологоанатом клиники «Mount Sinai», рассмотрел патологическую анатомию регионарного энтерита [25]. Он чётко распознал феномен гранулематозного колита, но не называл его таковым, потому что никогда не принимал диагноз «гранулематозный колит». Автор этой статьи вспоминает хорошо выполненные илеоцекальные резекции у лиц с типичным гранулематозным илеоколитом с заболеванием, зарегистрированным как регионарный энтерит, связанный с атипичным ЯК; и это было через несколько лет после публикации статьи Н. Е. Lockhart-Mummery и соавт. [21].

История изучения БК на протяжении 90 лет дала возможность глубоко вникнуть в патогенез воспаления, но пока не приблизила к раскрытию её этиологии. Поэтому говорить о возможности выздоровления от БК нельзя. Однако благодаря успехам, достигнутым в понимании молекулярных механизмов аутоиммунного воспаления и созданию биологических агентов, способных управлять этим процессом, мы можем добиваться достижения «глубокой» ремиссии [26].

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Crohn B. B., Ginzburg L., Oppenheimer G. D. Regional ileitis // *JAMA*. 1932. Vol. 99. P. 1323—1328.
2. Harris F., Bell G., Brunn H. Chronic cicatrizing enteritis: regional ileitis (Crohn): a new surgical entity // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1933. P. 937.
3. Colp R. A case of non-specific granuloma of the terminal ileum and cecum // *Surg. Clin. North Am.* 1934. Vol. 14. P. 443—449.
4. McCallum D., Gray W. Metastatic Crohn's disease // *Br. J. Dermatol.* 1976. Vol. 95. P. 551—554.
5. Greenstein A. J., Janowitz H. D., Sachar D. B. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients // *Medicine*. 1976. Vol. 55. P. 401—412.
6. Schwartz S. I. Delving into a discovery [editorial] // *Contemp. Surg.* 1981. Vol. 18. P. 9.
7. Armitage G., Wilson M. Crohn's disease: A survey of the literature and a report on 34 cases // *Br. J. Surg.* 1950. Vol. 38. P. 182—193.
8. Berg A. A. An operative procedure for right-sided ulcerative colitis // *Ann. Surg.* 1936. Vol. 104, N 6. P. 1019—1023. DOI: 10.1097/0000658-193612000-00008
9. Ginzburg L., Oppenheimer G. D. Non-specific granulomata of the intestines (inflammatory tumors and strictures of the intestines) // *Ann. Surg.* 1933. Vol. 98. P. 1046—1062.
10. Alexander-Williams J. Historical review // Allan R., Rhodes J. M., Hanauer S. B. et al. (eds): *Inflammatory Bowel Disease*. London; 1996. P. 3—12.

11. Morgagni G. B. Seat and causes of diseases. Book 111, Letter XXXI, Article 2. N.Y.; 1960. Vol. 2. P. 64.
12. Combe C., Saunders W. A singular case of stricture and thickening of the ileum // *Medical Transactions of the Royal College of Physicians London*. 1813. Vol. 4. P. 16—21.
13. Fielding J. Crohn's disease in London in the latter half of the nineteenth century // *Ir. J. Med. Sci.* 1984. Vol. 153, N 6. P. 214—220.
14. Dalziel T. K. Chronic interstitial enteritis // *BMJ*. 1913. Vol. 2. P. 106—107.
15. Lilienthal H. Extirpation of the entire colon, the upper portion of the sigmoid flexure, and four inches of the ileum for hyperplastic colitis // *Ann. Surg.* 1903. Vol. 37. P. 616—617.
16. Moschcowitz E., Wilensky A. Non-specific granulomata of the intestine // *Am. J. Med. Sci.* 1923. Vol. 166. P. 4—66.
17. Wilks S., Moxon W. Lectures on pathological anatomy. London; 1875.
18. Bargen J., Weber H. Regional migratory chronic ulcerative colitis // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1930. Vol. 50. P. 964—972.
19. Crohn B., Rosenak B. A combined form of ileitis and colitis // *JAMA*. 1936. Vol. 106. P. 1—7.
20. Wells C. Ulcerative colitis and Crohn's disease // *Ann. R. Surg. Engl.* 1952. Vol. 11. P. 105—120.
21. Lockhart-Mummery H. E., Morson B. C. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis // *Gut*. 1960. Vol. 1. P. 87—105.
22. Wells C. Ulcerative colitis and Crohn's disease // *Ann. R. Surg. Engl.* 1952. Vol. 11. P. 105—120.
23. Crohn B., Rosenberg H. The sigmoidoscopic picture of chronic ulcerative colitis (non-specific) // *Am. J. Med. Sci.* 1925. Vol. 170. P. 220—228.
24. Lewisohn R. Segmental enteritis // *Surg. Gynecol. Obstet.* 1938. Vol. 66. P. 215—222.
25. Otani S. Pathology of regional enteritis and regional enterocolitis // *J. Mt. Sinai Hosp. N. Y.* 1955. Vol. 22, N 3. P. 147—158.
26. Парфенов А. И. Болезнь Крона: к 80-летию описания // *Терапевтический архив*. 2013. Т. 85, № 8. С. 35—42.
5. Greenstein A. J., Janowitz H. D., Sachar D. B. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine*. 1976; 55: 401—412.
6. Schwartz S. I. Delving into a discovery [editorial]. *Contemp. Surg.* 1981; 18: 9.
7. Armitage G., Wilson M. Crohn's disease: A survey of the literature and a report on 34 cases. *Br. J. Surg.* 1950; 38: 182—193.
8. Berg A. A. An operative procedure for right-sided ulcerative colitis. *Ann. Surg.* 1936; 104(6): 1019—1023. DOI: 10.1097/0000658-193612000-00008
9. Ginzburg L., Oppenheimer G. D. Non-specific granulomata of the intestines (inflammatory tumors and strictures of the intestines). *Ann. Surg.* 1933; 98: 1046—1062.
10. Alexander-Williams J. Historical review. In: Allan R., Rhodes J. M., Hanauer S. B. et al. (eds): *Inflammatory Bowel Disease*. London; 1996: 3—12.
11. Morgagni G. B. Seat and causes of diseases. Book 111, Letter XXXI, Article 2. N.Y.; 1960; 2: 64.
12. Combe C., Saunders W. A singular case of stricture and thickening of the ileum. *Medical Transactions of the Royal College of Physicians London*. 1813; 4: 16—21.
13. Fielding J. Crohn's disease in London in the latter half of the nineteenth century. *Ir. J. Med. Sci.* 1984; 153(6): 214—220.
14. Dalziel T. K. Chronic interstitial enteritis. *BMJ*. 1913; 2: 106—107.
15. Lilienthal H. Extirpation of the entire colon, the upper portion of the sigmoid flexure, and four inches of the ileum for hyperplastic colitis. *Ann. Surg.* 1903; 37: 616—617.
16. Moschcowitz E., Wilensky A. Non-specific granulomata of the intestine. *Am. J. Med. Sci.* 1923; 166: 4—66.
17. Wilks S., Moxon W. Lectures on pathological anatomy. London; 1875.
18. Bargen J., Weber H. Regional migratory chronic ulcerative colitis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1930; 50: 964—972.
19. Crohn B., Rosenak B. A combined form of ileitis and colitis. *JAMA*. 1936; 106: 1—7.
20. Wells C. Ulcerative colitis and Crohn's disease. *Ann. R. Surg. Engl.* 1952; 11: 105—120.
21. Lockhart-Mummery H. E., Morson B. C. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. *Gut*. 1960; 1: 87—105.
22. Wells C. Ulcerative colitis and Crohn's disease. *Ann. R. Surg. Engl.* 1952; 11: 105—120.
23. Crohn B., Rosenberg H. The sigmoidoscopic picture of chronic ulcerative colitis (non-specific). *Am. J. Med. Sci.* 1925; 170: 220—228.
24. Lewisohn R. Segmental enteritis. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1938; 66: 215—222.
25. Otani S. Pathology of regional enteritis and regional enterocolitis. *J. Mt. Sinai Hosp. N. Y.* 1955; 22(3): 147—158.
26. Парфенов А. И. Crohn's disease: to the 80th anniversary of the description. *Therapeutic Archive*. 2013; 85(8): 35—42. (In Russ.)

Поступила 22.03.2022
Принята в печать 13.05.2022

REFERENCES

1. Crohn B. B., Ginzburg L., Oppenheimer G. D. Regional ileitis. *JAMA*. 1932; 99: 1323—1328.
2. Harris F., Bell G., Brunn H. Chronic cicatrizing enteritis: regional ileitis (Crohn): a new surgical entity. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1933: 937.
3. Colp R. A case of non-specific granuloma of the terminal ileum and cecum. *Surg. Clin. North Am.* 1934; 14: 443—449.
4. McCallum D., Gray W. Metastatic Crohn's disease. *Br. J. Dermatol.* 1976; 95: 551—554.