



## Болезнь Крона: до и после 1932 года

А.В. Каграманова<sup>✉1,2</sup>, О.В. Князев<sup>1-3</sup>, А.И. Парфенов<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия;

<sup>3</sup>ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России, Москва, Россия

### Аннотация

В статье описаны исторические вехи познания болезни Крона со времен ее первоначального описания в XVII в., революции в медицинском сообществе после знаменательной статьи 1932 г. и до наших дней. История болезни Крона свидетельствует об открытиях прошлых лет, которые предоставляют нам преимущества научного подхода к диагностике и лечению этого заболевания.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания кишечника, история описания, болезнь Крона

**Для цитирования:** Каграманова А.В., Князев О.В., Парфенов А.И. Болезнь Крона: до и после 1932 года. Терапевтический архив. 2023;95(2):193–197. DOI: 10.26442/00403660.2023.02.202061

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

HISTORY OF MEDICINE

## Crohn disease: before and after 1932 year

Anna V. Kagramanova<sup>✉1,2</sup>, Oleg V. Knyazev<sup>1-3</sup>, Asfold I. Parfenov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Ryzhikh State Scientific Center for Coloproctology, Moscow, Russia

### Abstract

The article describes the historical milestones in the study of Crohn's disease from the time of its original description in the 17th century, the revolution in the medical community after the landmark paper in 1932, to the present day. The history of Crohn's disease testifies to the discoveries of the past years, which open up to us the advantages of a scientific approach to the diagnosis and treatment of this disease.

**Keywords:** inflammatory bowel diseases, history of description, Crohn disease

**For citation:** Kagramanova AV, Knyazev OV, Parfenov AI. Crohn disease: before and after 1932 year. *Terapevticheskii Arkhiv* (Ter. Arkh.). 2023;95(2):193–197. DOI: 10.26442/00403660.2023.02.202061

### Введение

Болезнь Крона (БК) – хроническое рецидивирующее заболевание неизвестной этиологии, вызывающее иммунное трансмуральное сегментарное гранулематозное воспаление желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) с развитием местных и системных осложнений. В отличие от язвенного колита (ЯК), при котором колэктомия дает возможность выздоровления, БК не может быть излечена ни терапевтическими, ни хирургическими методами [1].

Согласно зарубежным данным, заболеваемость БК составляет от 0,3 до 20,2 на 100 тыс. человек, распространенность достигает 322 на 100 тыс. человек [2]. Данные о распространенности БК в Российской Федерации ограничены сведениями о более высокой распространенности в северных широтах и западной части РФ [3, 4]. Заболеваемость

и распространенность БК в Азии ниже, но также увеличивается. Европеоиды страдают заболеванием чаще, чем представители негроидной и монголоидной рас. Пик заболеваемости отмечается между 20 и 30 годами жизни, а второй пик заболеваемости описан в возрасте 60–70 лет. Заболеваемость приблизительно одинакова у мужчин и женщин [5].

### Сведения о БК до 1932 г.

Сообщения, подтверждающие существование БК, часто встречаются в литературе XVII в., хотя окончательный диагноз в отчетах тех времен о пациентах с «воспалением кишечника» в лучшем случае является предположительным. Клинические и анатомические описания БК часто путали с осложненным аппендицитом, инвагинацией кишечника,

### Информация об авторах / Information about the authors

✉ Каграманова Анна Валерьевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова», вед. специалист ГБУ НИИОЗММ. Тел.: +7(926)080-44-44; e-mail: a.kagramanova@mknc.ru; ORCID: 0000-0002-3818-6205

Князев Олег Владимирович – д-р мед. наук, зав. отд-нием воспалительных заболеваний кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова», специалист ГБУ НИИОЗММ, проф. научно-образовательного отд. ФГБУ «ГНЦК им. А.Н. Рыжих». ORCID: 0000-0001-7250-0977

Парфенов Асфольд Иванович – д-р мед. наук, проф., зав. отд. патологии кишечника ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова». ORCID: 0000-0002-9782-4860

✉ Anna V. Kagramanova. E-mail: a.kagramanova@mknc.ru; ORCID: 0000-0002-3818-6205

Oleg V. Knyazev. ORCID: 0000-0001-7250-0977

Asfold I. Parfenov. ORCID: 0000-0002-9782-4860

опухолью кишечника или инфекцией (например, туберкулезом). Историки медицины находили факты, подтверждающие существование БК, например, у короля Франции Людовика XIII (1601–1643). Медицинская карта Людовика XIII раскрывает историю многочисленных хронических воспалительных процессов ЖКТ, включая перианальные абсцессы, непроходимость кишечника и хроническую диарею. Вскрытие короля показало изъязвления и свищи тонкой и толстой кишки. Итальянский патоморфолог G. Morgagni (1682–1771) на 80-м году жизни опубликовал книгу «De Sedibus et Causis Morborum per Anatomem Indagatis» («Места и причины болезней, исследуемых анатомией»), в которой также описал случаи воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) [5].

Одно из первых клинических описаний БК принадлежит W. Combe и C. Saunders в 1806 г., в котором они сообщили о стриктуре и утолщении терминального отдела подвздошной кишки. Дополнительные отчеты начала 1800-х годов можно найти в серии случаев, опубликованных Abercrombie в 1828 г. под названием «Патологические и практические исследования заболеваний желудка, кишечного тракта, печени и других внутренних органов брюшной полости». J. Abercrombie описал случаи илеита с сопутствующей непроходимостью кишечника: у 63-летнего пациента, который умер от непроходимости кишечника с «выраженным утолщением и уплотнением подвздошной кишки», и у 20-летнего пациента с «обширным воспалением подвздошной кишки; воспаленные части кишечника были сильно «склеены и прижаты вниз», в полость таза».

Неизбежно возникал вопрос, является ли БК новой болезнью. В 1996 г. J. Alexander-Williams писал: «Хотя врачи больницы Mount Sinai в Нью-Йорке определили болезнь, которую мы теперь называем болезнью Крона в перечне различных заболеваний, другие четко распознавали болезнь Крона как отдельное заболевание не менее чем за столетие до публикации цитируемой статьи B. Crohn и его коллег» [6].

В 1769 г. G. Morgagni следующим образом описал результаты вскрытия 20-летнего мужчины, который на протяжении всей своей жизни отмечал частый стул: «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 отечна 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. Селезенка была в три раза больше нормальных размеров». Последний эпизод обострения у пациента начался внезапно с «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 [7]. Этот случай вполне оправданно можно считать первым зарегистрированным описанием гранулематозного ВЗК. Через 44 года, в 1813 г., W. Combe и C. Saunders сообщили о «единичном случае стриктуры и утолщения стенок подвздошной кишки». В терминальном



Рис. 1. Баррил Бернард Крон (1884–1983).

Fig. 1. Burrill Bernard Crohn (1884–1983).

отделе подвздошной кишки, а также толстой кишке, было сужение на протяжении 90 см, при этом диаметр кишки был с индюшачье перо» [8].

J. Fielding изучал труды Лондонского патологического общества с 1852 по 1899 г. и резюмировал, что «между 1831 и 1856 в лондонских университетских больницах наблюдались пациенты с БК во второй половине прошлого века». У этих пациентов наблюдались воспалительные заболевания тонкой кишки, толстой кишки или всего кишечника [9].

### БК как новая болезнь

Первое знаменательное сообщение о гранулематозном ВЗК появилось в «Журнале Американской медицинской ассоциации» в октябре 1932 г. [10]. В этой статье авторы B. Crohn, L. Ginzburg и G. Oppenheimer описали патологоанатомические и клинические признаки заболевания терминального отдела подвздошной кишки, поражающего в основном молодых людей. Оно характеризовалось подострым или хроническим воспалением, которое приводит к рубцеванию и некрозу тканей. Изъязвление слизистой оболочки сопровождается парадоксальной реакцией соединительной ткани стенок пораженного кишечника, которая часто приводила к стенозу просвета и формированию множественных свищей. В статье описаны 14 пациентов, самому младшему – 17 лет, и только двое старше 40 лет. Все они прооперированы в больнице Маунт-Синай в Нью-Йорке старшим хирургом A. Berg [10].

В 1933 г. опубликована статья о поражении тощей кишки [11], а в 1934 г. R. Colp сообщил о больном, у которого воспалительный процесс выходил за пределы илеоцекального клапана, захватывал слепую и восходящую ободочную кишку. Это первое сообщение о БК в форме илеоколита [12]. В последующие годы похожие воспалительные заболевания выявляли и в других отделах ЖКТ – от ротовой полости до анального отверстия. Гранулематозные поражения описаны также в коже («метастатическая» БК) [13]. Кроме того, оказалось, что широко распространены внекишечные проявления, сопровождающие или предшествующие поражениям ЖКТ [14].

### История возникновения эпонима БК

Уже в 1933 г. F. Harris и соавт. опубликовали статью под названием «Хронический рубцующийся энтерит: регионарный илеит (Крона). Новое хирургическое понятие» [15]. S. Schwartz объяснил, что название БК дано британцами в майском отчете 1939 г. из больницы Гая [16]. В 1950 г.

G. Armitage и M. Wilson сообщили о 34 случаях заболевания из лазарета в Лидсе [17]. Они отметили, что *неспецифическая гранулема, регионарный илеит, регионарный энтерит, регионарный энтероколит и рубцовый энтерит* являются терминми, которые часто используют в повседневной практике для обозначения одного и того же заболевания. Далее последовало заявление: «Название болезнь Крона применимо к большинству этих случаев. Оно позволяет избежать путаницы, не требует точного описания патологии, передает смысл, легко запоминается студентами и отдает должное ученому, описавшему это заболевание». Однако у хирурга А. Berg, который делал операции всем пациентам, упомянутым в статье в 1932 г., спросили, хотел бы он, чтобы его имя тоже назвали в статье. Он отказался, но если бы А. Berg и другие авторы согласились, то, как знать, имена в эпониме располагались бы в алфавитном порядке [10, 18].

Опубликованные сведения о 14 пациентах с регионарным энтеритом составили лишь небольшую подгруппу из гораздо большей части случаев, представленных L. Ginzburg и G. Oppenheimer на собрании Американской гастроэнтерологической ассоциации, спустя 2 нед после презентации В. Crohn в мае 1932 г. [19]. Статья «Неспецифическая гранулема кишечника (воспалительные опухоли и стриктуры кишечника)» не публиковалась до декабря 1933 г. в «Анналах хирургии». В эту группу вошли 52 пациента, классифицированные 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 ущемленной грыжи); (3) локализованный гипертрофический язвенный стеноз терминального отдела подвздошной кишки (т.е. регионарный энтерит); (4) локализованный гипертрофический колит; (5) простые пенетрирующие 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. Oppenheimer в отделении патологической анатомии на горе Синай, которым тогда руководил Р. Klempereger. Целью этой работы стало выяснение причины этих необычных воспалительных изменений. L. Ginzburg отметил: «Мы наблюдали клиническое состояние пациентов с инфильтратом брюшной полости, с непроходимостью, которые ошибочно диагностировались, как туберкулез или карцинома. Определены неправильные прогнозы, и в одних случаях проводилось слишком много операций, в других – слишком мало».

В. Crohn (доктор медицины, 1907 г.; **рис. 1**), L. Ginzburg (доктор медицины, 1917 г.) и G. Oppenheimer (доктор медицины, 1922 г.) являлись выпускниками Колледжа врачей и хирургов Колумбийского университета. В. Crohn, самый старший, уже хорошо зарекомендовал себя как гастроэнтеролог в Нью-Йорке на момент публикации статьи в 1932 г. G. Oppenheimer стал урологом и до выхода на пенсию работал начальником отделения урологии в больнице Синай и умер в 1974 г. L. Ginzburg сделал выдающуюся хирургическую карьеру, успешно работал в качестве главного хирурга в медицинском центре «Бет Израиль» в Нью-Йорке почти 20 лет.

### Клинические проявления БК

В 1913 г. в «Британском медицинском журнале» Т. Dalziel, хирург из Глазго, опубликовал статью о БК [20]. В ней автор описал 9 пациентов с поражением подвздош-

ной, тощей, толстой кишки или одновременным поражением разных отделов кишечника. Шесть пациентов перенесли успешное оперативное лечение, и Т. Dalziel заметил, что у пациентов, которым не проводилось оперативное лечение, исходы заболевания оказались плохими. При описании воспаления он отмечал наличие гигантских клеток, которые со временем стали патогномичными, и заявил: «Пораженный кишечник напоминает консистенцию и гладкость угря в состоянии трупного окоченения, а железы, хотя и увеличены, явно без казеозных изменений». Похожие случаи, вероятно, наблюдались в больнице Маунт-Синай до публикации статьи 1932 г. Н. Lilienthal 30 декабря 1899 г. прооперировал 21-летнюю женщину с заболеванием, которое он описал как гиперпластический колит. Пациентка выздоровела после нескольких операций, и сообщение об этом случае опубликовано в 1903 г. [21] В 1919 г. А. Wilensky прооперировал 23-летнего мужчину с инфильтратом в правом нижнем квадранте живота. Этот случай стал одним из четырех, о которых сообщили Е. Moschowitz и А. Wilensky в 1923 г. в статье под названием «Неспецифические гранулемы кишечника» [22].

S. Wilks и W. Мохоп описали ЯК еще в 1875 г., и к 1920-м годам это заболевание стало хорошо известной нозологической единицей [23]. В 1930 г. J. Vargen и Н. Weber сообщили о 23 пациентах с региональным мигрирующим хроническим ЯК [24]. У 17 пациентов в этом наблюдении прямая кишка оказалась интактной, а у 3 – перипанальные свищи. Авторы назвали эту болезнь «сегментарным колитом». На самом деле это первое описание гранулематозного колита. В 1936 г. В. Crohn и В. Rosenak сообщили о «комбинированной форме илеита и колита» [25]. Они признали, что это заболевание отличалось от ЯК сочетанием с «ретроградным илеитом» и отметили «рассеянные и прерывающиеся сегменты воспаления толстой кишки или вовлечение подвздошной кишки с прилегающей слепой кишкой и восходящей толстой кишкой». Как и другие исследователи того времени, В. Crohn и В. Rosenak считали, что ЯК и регионарный энтерит являются похожими заболеваниями.

В 1952 г. С. Wells указал, что сегментарный колит, вероятно, является формой БК, а не вариантом ЯК. Он заявил: «Этот сегментарный колит является толстокишечной формой болезни Крона. Однако сам В. Crohn не поддержал это расширение нозологических понятий, которому мы дали его имя» [26]. В 1960 г. Н. Lockhart-Mummery и В. Morson отделили гранулематозный колит от ЯК и твердо установили патологические критерии, необходимые для окончательного диагноза каждого из заболеваний. Они заявили: «Мы никогда не видели БК и ЯК у одного и того же пациента» [27]. В 1925 г. В. Crohn и Н. Rosenberg опубликовали примечательную статью «Сигмоидоскопическая картина хронического ЯК (неспецифического)» [28]. Ученые описали, вероятно, первый зарегистрированный случай рака толстой кишки у пациента с ЯК и привели несколько случаев, когда толстая кишка являлась ригидной, а язвы приводили к перфорации, оказались глубокими и разделены участками здоровой толстой кишки, что гораздо более характерно для БК, чем для ЯК. В 1936 г. А. Berg описал хирургическое вмешательство для лечения «правостороннего язвенного колита» [18]. Некоторые эскизы художника, однако, наиболее вероятно показывают наличие гранулематозного илеоколита. То же самое относится к статье R. Lewisohn, в которой описано сочетание сегментарного энтерита с поражением толстой кишки [29]. Автор охарактеризовал их как сочетание БК с ЯК. Эти случаи представляли собой гранулематозное заболевание: длинные

продольные язвы присутствуют на брыжеечной границе подвздошной и толстой кишки, между язвами можно увидеть нормальную слизистую оболочку.

В 1955 г. S. Otani, патологоанатом на горе Синай рассмотрел патологическую анатомию регионарного энтерита. Автор четко распознает феномен гранулематозного колита, но не называет его таковым, потому что никогда не признавал такого диагноза [30]. A. Aufses вспоминает хорошо выполненные илеоцекальные резекции у пациентов с типичным гранулематозным илеоколитом, при этом патологоанатомические описания представляли регионарный энтерит, связанный с атипичным ЯК [31], но это описание появилось спустя несколько лет после публикации статьи Н. Lockhart-Mummery и В. Morson [27].

### Хирургическое лечение

Малоинвазивная хирургия стала общепринятым методом хирургического лечения пациентов с БК. Первые представления клиницистов предполагали, что единственным средством «излечения» от этого заболевания могло быть только хирургическое вмешательство. Однако появление стероидной терапии и новых антибиотиков сыграло важную роль в улучшении ведения этих пациентов. Тем не менее совершенствование эндоскопической и лучевой диагностики, внедрение чрескожного дренирования абсцессов и совершенствование хирургических методов лечения пациентов с БК, в частности стриктур кишечника и их пластики на коротких, узких сегментах кишечника при «фиброзной» и стриктурирующей БК, стали играть важную роль в практической деятельности хирургов, оперирующих пациентов с ВЗК [32–38].

Осведомленность медицинского сообщества о БК продолжала расти. J. Kantor описал классический рентгенографический признак «струны», Bissell представил первое сообщение об илеите в сочетании с периректальным свищом [39, 40]. Вовлечение в воспалительный процесс двенадцатиперстной кишки задокументировано С. Gottlieb и S. Alpert, а J. Ross описал поражение желудка при БК [41]. R. Franklin и S. Taylor в 1950 г. описали воспалительные изменения пищевода, а в 1969 г. появились данные о поражении полости рта, что дополнило представление о том, что гранулематозное ВЗК является заболеванием, поражающим весь ЖКТ [42–45].

### Список сокращений

БК – болезнь Крона

ВЗК – воспалительные заболевания кишечника

### Что дальше?

Мир узнал о существовании БК в июне 1956 г., когда президент Эйзенхауэр перенес операцию посреди ночи по поводу острой кишечной непроходимости, возникшей как осложнение длительно протекающей БК, диагностированной незадолго до этого. Эта, а также другие операции президента и история его болезни хорошо описаны в хирургической литературе [46].

В настоящее время за период с 2000 до 2022 г. поиск в Medline показывает 45 963 статьи только на тему БК, что подтверждает актуальность научных исследований в этой области медицины.

Произошли важные изменения в подходах к лечению БК. В хирургическом лечении при рефрактерном или осложненном течении заболевания от тотального удаления кишки перешли к органосохраняющим операциям. Медикаментозная терапия эволюционировала к узконаправленным таргетным препаратам, вселяющим надежду на дальнейшее преодоление многочисленных разнообразных клинических проявлений болезни.

**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.

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

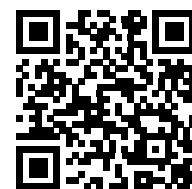
ЯК – язвенный колит

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Хатьков И.Е., Парфенов А.И., Князев О.В., и др. Воспалительные заболевания кишечника в практике терапевта и хирурга: монография. Серия «Библиотека врача». М.: ВИТА-ПРЕСС, 2017 [Khatkov IE, Parfenov AI, Kniyazev OV, et al. Vospalitel'nye zabollevaniia kishechnika v praktike terapevta i khirurga. Moscow: Vita-PRESS, 2017 (in Russian)].
- Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011;140:1785–94. DOI:10.1053/j.gastro.2011.01.055.
- Белоусова Е.А. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. В кн.: Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Под ред. Г.И. Воробьева, И.Л. Халифа. М.: Миклош, 2008; с. 8–25 [Belousova EA. Epidemiologiia vospalitel'nykh zabollevanii kishechnika. V kn.: Nespetsificheskie vospalitel'nye zabollevaniia kishechnika. Pod red. GI Vorob'yeva, IL Khalifa. Moscow: Miklosh, 2008; p. 8–25 (in Russian)].
- Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., и др. Социально-демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований. *Альманах клинической медицины*. 2018;46(5):445–63 [Belousova EA, Abdulganieva DI, Alekseeva OP, et al. Social, Demographic and Clinical Features of Inflammatory Bowel Disease in Russia. *Almanac of Clinical Medicine*. 2018;46(5):445–63 (in Russian)]. DOI:10.18786/2072-0505-2018-46-5-445-463
- Князев О.В., Шкурко Т.В., Каграманова А.В., и др. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы). *Доказательная гастроэнтерология*. 2020;9(2):72–9 [Knyazev OV, Schkurko TV, Kagramanova AV, et al. Epidemiology of inflammatory bowel diseases. Current state of problem (literature review). *Dokazatel'naiia gastroenterologia*. 2020;9(2):72–9 (in Russian)]. DOI:10.17116/dokgastro2020902172

6. Alexander-Williams J. Historical review. In: Inflammatory bowel diseases. 3rd ed. Ed. RB Alan, JM Rhodes, SB Hanauer, et al. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1983; p. 3-12.
7. Morgagni GB. Seat and Causes of Diseases. Book 111, Letter XXXI, Article 2. Published under the auspices of the Library of the New York Academy of Medicine, New York, Hafner Publishing, 1960;2; p. 64.
8. 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.
9. Fielding J. Crohn's disease in London in the latter half of the nineteenth century. *Ir J Med Sci*. 1984;153214-220.
10. Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer GD. Regional ileitis. *JAMA*. 1932;99:1323-8. *Mt. Sinai J Med*. 2000;67263-268.
11. Harris F, Bell G, Brunn H. Chronic cicatrizing enteritis: Regional ileitis (Crohn): A new surgical entity. *Surg Gynecol Obstet*. 1933;57637445.
12. Colp R. A. Case of non-specific granuloma of the terminal ileum and cecum. *Surg Clin North Am*. 1934;14443449.
13. McCallum D, Gray W. Metastatic Crohn's disease. *Br J Dermatol*. 1976;95:551-4.
14. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine*. 1976;55:401-12.
15. Harris F, Bell G, Brunn H. Chronic cicatrizing enteritis: Regional ileitis (Crohn): A new surgical entity. *Surg Gynecol Obstet*. 1933;57637445.
16. Schwartz (Schwartz SI. Delving into a discovery [editorial]). *Contemporary Surgery*. 1981;18:9.
17. Armitage G, Wilson M. Crohn's disease: A survey of the literature and a report on 34 cases. *Br J Surg*. 1950;38:182-93.
18. Berg AA. An operative procedure for right-sided ulcerative colitis. *Ann Surg*. 1936;1041019-23.
19. Ginzburg L, Oppenheimer GD. Non-specific granulomata of the intestines (inflammatory tumors and strictures of the intestines). *Ann Surg*. 1933;98:1046-62.
20. Dalziel TK. Chronic interstitial enteritis. *BMJ*. 1913;2:1068-70.
21. 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;37616417.
22. Moschowitz E, Wilensky A. Non-specific granulomata of the intestine. *Am J Med Sci*. 1923;166:486-66.
23. Wilks S, Moxon W. In Lectures on pathological anatomy. London, Churchill Livingstone, 1875.
24. Bargen J, Weber H. Regional migratory chronic ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1930;50:964-72.
25. Crohn B, Rosenak B. A combined form of ileitis and colitis. *JAMA*. 1936;106:1-7.
26. Wells C. Ulcerative colitis and Crohn's disease. *Ann R Surg Engl*. 1952;11:105-20.
27. Lockhart-Mummery HE, Morson BC. Crohn's disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. *Gut*. 1960;1:87-105.
28. Crohn B, Rosenberg H. The sigmoidoscopic picture of chronic ulcerative colitis (non-specific). *Am J Med Sci*. 1925;170:220-8.
29. Lewisohn R. Segmental enteritis. *Surg Gynecol Obstet*. 1938;66215-222.
30. Otani S. Pathology of regional enteritis and regional enterocolitis. *Mt Sinai J Med*. 1955;22147-58.
31. Aufses AH Jr., KreeI I. Ileostomy for granulomatous ileocolitis. *Ann Surg*. 1971;173:91-6.
32. Ginzburg L. Operative procedures upon the small intestine. In *The Surgical Technique of Dr. A.A. Berg: A Tribute to Forty Years' Service at the Mount Sinai Hospital*. New York: Mount Sinai Hospital, 1934; p. 28-43.
33. Greenstein AJ, Sachar DR, Pucillo A, et al. Cancer in Crohn's disease after diversionary surgery: A report of seven carcinomas occurring in excluded bowel. *Am J Surg*. 1978;135:86-90.
34. Slater G, KreeI I, Aufses AH Jr. Temporary loop ileostomy in the treatment of Crohn's disease. *Ann Surg*. 1978;188706709.
35. Katarinya RN, Sood S, Rao PG. Strictureplasty for tubercular strictures of the gastrointestinal tract. *Br J Surg*. 1977;64496.
36. Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC, et al. How safe is strictureplasty in the management of Crohn's disease? *Am J Surg*. 1996;171:5740.
37. Ozuner G, Fazio VW, Lavery IC, et al. Reoperative rates for Crohn's disease following strictureplasty: Long-term analysis. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:1199-203.
38. Stebbing J, Jewell DP, Kettlewell MG, et al. Recurrence and reoperation after strictureplasty for obstructive Crohn's disease: Long term results. *Br J Surg*. 1995;82:1471-4.
39. Kantor J. Regional (terminal) ileitis: Its roentgen diagnosis. *JAMA*. 1934;103:2016-21.
40. Bissell AD. Localized chronic ulcerative ileitis. *Ann Surg*. 1934;99:957-66.
41. Gottlieb C, Alpert S. Regional jejunitis. *Am J Roentgen Radium Ther Nucl Med*. 1937;38:881-3.
42. Franklin R, Taylor S. Nonspecific granulomatous (regional) esophagitis. *J Thorac Surg*. 1950;19292-7.
43. Dudeny T. Crohn's disease of the mouth. *Proc R Soc Med*. 1969;621237.
44. Dunne W, Cooke W, Allen R. Enzymatic and morphometric evidence for Crohn's disease as a diffuse lesion of the gastrointestinal tract. *Gut*. 1977;18:290-4.
45. Goodman M, Skinner J, Truelove S. Abnormalities in the apparently normal small bowel mucosa in Crohn's disease. *Lancet*. 1976;1:275-8.
46. Heaton L, Ravdin IS, Blades B, et al. President Eisenhower's operation for regional enteritis: A footnote to history. *Ann Surg*. 1964;159:661-6.

Статья поступила в редакцию / The article received: 02.11.2022



OMNIDOCTOR.RU