

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АППЕНДИКСА ПОД МАСКОЙ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ноздреватых О. В. ORCID ID 0009-0008-3658-7727,
Рясенский Д. С. ORCID ID 0000-0001-8529-5255,
Стариков С. В. ORCID ID 0000-0003-1462-5856,
Гурьянова М. В. ORCID ID 0009-0000-4942-6510,
Чайникова Е. А., Левенцова А. Е. ORCID ID 0009-0007-1563-200X

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации», Тверь, Российская Федерация, e-mail: lev.ana.evg-69@mail.ru*

Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и острого аппендицита остается актуальной и сложной проблемой в неотложной абдоминальной хирургии. Схожесть клинических проявлений часто приводит к диагностическим ошибкам, что может обусловить развитие осложнений при несвоевременном оперативном вмешательстве. Представлены диагностические наблюдения за пациентами инфекционного и хирургического отделений Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Тверской области «Калининская центральная районная клиническая больница». Первый пациент поступил в стационар с клиническими проявлениями гастроэнтерита и колита неуточненного происхождения. Клиническая картина у больного вызвала затруднения в диагностике из-за атипичного расположения червеобразного отростка. Второй клинический случай представлен развитием острого аппендицита, осложненного формированием аппендикулярного инфильтрата, протекающего под маской кишечной инфекции. Рассмотренные в статье клинические случаи подчеркивают важность комплексного подхода к диагностике пациентов с абдоминальным синдромом, так как ранняя диагностика хирургической патологии позволяет улучшить качество лечения и предотвратить развитие осложнений. В связи с расширенной дифференциальной диагностикой с другими нозологиями требуется настороженность врачей к ранним симптомам и осуществление междисциплинарного подхода для постановки точного диагноза. Данные наблюдения позволяют нам предложить дополнительные инструментальные исследования для правильной тактики ведения подобных больных.

Ключевые слова: червеобразный отросток, острый аппендицит, перфорация червеобразного отростка, аппендикулярный инфильтрат, гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения.

INFLAMMATORY DISEASES OF THE APPENDIX MASQUERADING AS ACUTE INTESTINAL INFECTION

Nozdrevatykh O. V. ORCID ID 0009-0008-3658-7727,
Ryasensky D. S. ORCID ID 0000-0001-8529-5255,
Starikov S. V. ORCID ID 0000-0003-1462-5856,
Guryanova M. V. ORCID ID 0009-0000-4942-6510,
Chaynikova E. A., Leventsova A. E. ORCID ID 0009-0007-1563-200X

*Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Tver State Medical University" of the Ministry of Health of
the Russian Federation, Tver, Russian Federation, e-mail: lev.ana.evg-69@mail.ru*

Differential diagnosis of acute intestinal infections and acute appendicitis remains a pressing and challenging issue in emergency abdominal surgery. Similar clinical manifestations often lead to diagnostic errors, which can lead to complications if surgical intervention is delayed. This article presents diagnostic observations of patients in the infectious diseases and surgical departments of the Kalinin Central District Clinical Hospital, Tver Region. The first patient was admitted to the hospital with clinical manifestations of gastroenteritis and colitis of unspecified etiology. The patient's clinical presentation presented diagnostic challenges due to the atypical location of the appendix. The second clinical case presented was acute appendicitis complicated by the formation of an appendiceal infiltrate, masquerading as an intestinal infection. The clinical cases discussed in this article highlight the importance of a comprehensive approach to diagnosing patients with abdominal syndrome, as early diagnosis of surgical pathology improves the quality of treatment and prevents complications. Due to the extensive

differential diagnosis with other entities, physicians must be alert to early symptoms and utilize a multidisciplinary approach to establish an accurate diagnosis. These observations allow us to propose additional instrumental studies for the appropriate management of these patients.

Keywords: appendix, acute appendicitis, appendiceal perforation, appendiceal infiltrate, gastroenteritis and colitis of unspecified origin.

Введение

Острый аппендицит (ОА) – это острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка (ЧО) слепой кишки. Заболеваемость ОА в России составляет 4–5 случаев на 1000 человек в год [1]. В последние годы наблюдается тенденция к манифестации заболевания в более старших возрастных группах (30–69 лет). Нужно отметить, что женщины болеют в 2 раза чаще мужчин [2]. Несвоевременная диагностика данного заболевания может приводить к развитию таких грозных осложнений, как перфорация ЧО, периаппендикулярный абсцесс, перитонит, пилефлебит, забрюшинная флегмона, аппендикулярный инфильтрат [3]. Одной из возможных причин поздней диагностики и лечения ОА является атипичное течение заболевания при ретроцекальном, ретроперитонеальном, медиальном, латеральном, тазовом или подпеченочном расположении аппендикса. В таком случае клиническую картину составляют признаки, характерные для воспаления соседних органов, к которым прилежит ЧО, в зависимости от его локализации. Это приводит к затруднениям в дифференциальной диагностике, так как атипичные формы ОА симулируют заболевания, не требующие хирургического лечения [4]. Чаще всего ОА скрывается под маской острой кишечной инфекции (ОКИ) – 40,3% [5]. Среди всех инфекционных патологий ОКИ составляют 20%, а во всем мире каждый год более 1 млрд человек страдают острыми желудочно-кишечными инфекционными болезнями [6]. При ОКИ клиническая картина, как правило, складывается из нескольких синдромов: инфекционно-токсического и кишечного, также возможно наличие абдоминального болевого синдрома различной степени выраженности [7]. Одно из осложнений ОА - аппендикулярный инфильтрат (АИ), также может скрываться под ОКИ. Аппендикулярный инфильтрат – конгломерат спаянных между собой органов, располагающихся вокруг деструктивно измененного ЧО, отграничивающих его от свободной брюшной полости, тем самым предотвращая распространение инфекции. Данное осложнение возникает на 3–4-е сутки после начала ОА. Встречается у 0,2–3% больных ОА. Нечеткая клиническая картина, характеризующаяся снижением интенсивности боли, изменением ее характера (в некоторых случаях - полное исчезновение боли), приводит к сложности в диагностике АИ [8]. То есть основными причинами ошибок в диагностике являются отсутствие патогномичных признаков ОА и наличие клинической картины, схожей с острой диарейной инфекцией и другой острой хирургической патологией брюшной полости. В таком случае возникает необходимость междисциплинарного подхода для постановки точного

диагноза [9]. Согласно клиническим рекомендациям, диагноз ОКИ может быть поставлен без использования инструментальных методов визуализации органов брюшной полости, а УЗИ-диагностика проводится лишь в случае наличия стойкого неясного болевого синдрома [10]. Поступление пациентов с клиникой поражения кишечника требует также проведения дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями [11; 12]. Согласно данным мониторинга заболеваемости населения Тверской области острыми кишечными инфекциями, актуальными остаются инфекционные гастроэнтериты, вызванные как бактериальными, так и вирусными возбудителями, при этом неустановленная этиология была в 72% случаев [13]. По данным Роспотребнадзора, доля острых кишечных инфекций неуточненной этиологии в общей структуре заболеваемости Российской Федерации достигает 60–65% [14]. Особое значение имеют случаи заболевания сальмонеллезным энтеритом, часто протекающим под маской острой хирургической патологии. Согласно литературным данным, в Калининской КЦРКБ случаи сальмонеллезного энтерита в период с 2023 по 2024 год составили 9,2% случаев кишечной инфекции [13]. Распространенность аутоиммунных заболеваний кишечника, как проявления неинфекционного гастроэнтерита, также растет повсеместно, доходя до 25–37 случаев на 100 тыс. населения ежегодно [15].

Дифференциальная диагностика острых кишечных инфекций и острого аппендицита является актуальной задачей как для инфекционистов, так и для хирургов и часто оказывается невозможной без лабораторного и инструментального обследования пациента.

Цель исследования. Продемонстрировать клинические случаи аппендикулярного инфильтрата и атипичной формы ОА, скрывающиеся под маской острых кишечных инфекций, подчеркивающие необходимость проведения тщательной дифференциальной диагностики ОКИ с хирургическими патологиями.

Материалы и методы исследования

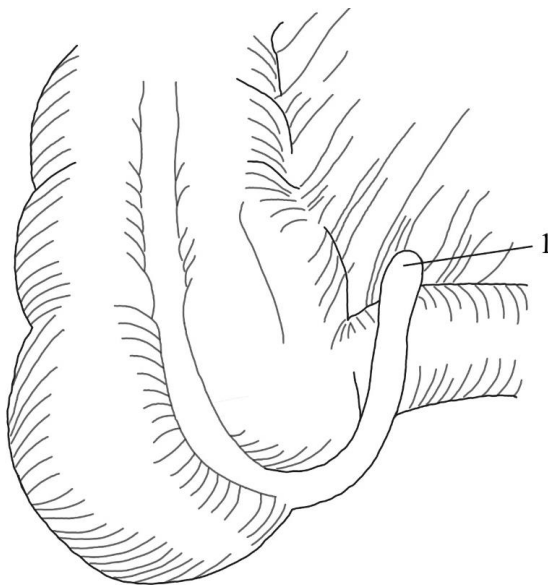
Проведен ретроспективный анализ случаев аппендикулярного инфильтрата и атипичной формы острого аппендицита у пациентов, проходивших лечение в инфекционном и хирургическом отделениях ГБУЗ Тверской области «Калининская центральная районная клиническая больница». Публикуемое исследование проведено в соответствии с этическими и юридическими нормами. На всех пациентов получено письменное информированное согласие. Представленная в работе медицинская информация деперсонифицирована. В целях обезличивания субъектам данных были присвоены порядковые номера.

Результаты исследования и их обсуждение

Клиническое наблюдение № 1. Пациентка № 1, 36 лет, около 5 часов утра отметила появление боли в животе, сопровождающейся учащением стула до 6 раз, многократной рвотой более 15 раз, повышением температуры до 38 °С и общей слабостью. Свое состояние

связывала с употребленной накануне пищей: винегрет, овощной суп с фрикадельками. Вызвала бригаду СМП, выставлен диагноз: острая кишечная инфекция. От госпитализации пациентка отказалась. Самостоятельно принимала «Регидрон», омепразол, дротаверин, мебеверин, «Алмагель» – без положительного эффекта. В связи с сохранением боли и диспепсических явлений повторно вызвала бригаду СМП, доставлена в Калининскую ЦРКБ (30.06.2025 в 23:00), в сопроводительном листе указан диагноз: острый гастроэнтерит. При осмотре врачом-инфекционистом в приемном отделении пациентка предъявляет жалобы на боли в животе без точной локализации, многократную рвоту и диарею, выраженную слабость, отсутствие аппетита. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,2 °С. Живот немного вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, больше в правой подвздошной области и по ходу толстой кишки. Урчание по ходу петель тонкого кишечника. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализах крови отмечается лейкоцитоз до $10,9 \times 10^9/\text{л}$, абсолютный нейтрофилез до $8,3 \times 10^9/\text{л}$, повышение СРБ до 76,3 мг/л. Вызван дежурный хирург для консультации с целью исключения острой хирургической патологии, по результатам осмотра пациентка в хирургическом лечении не нуждается. Госпитализирована в инфекционное отделение. Клинический диагноз: гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения, средней степени тяжести. Получен кал для проведения ПЦР-диагностики на возбудителей острых кишечных инфекций и бактериологического анализа на дизгруппу и сальмонеллез. Начата инфузионная терапия, назначены симптоматическая терапия и антибиотикотерапия. На следующий день (01.07.2025 в 14:00) пациентка продолжала предъявлять жалобы на боли в животе, при глубокой пальпации живота появились перитонеальные симптомы. В анализе кала методом ПЦР: астровирус РНК - не обнаружено; норовирус 1 РНК - не обнаружено; норовирус 2 РНК - не обнаружено; *Salmonella* spp. ДНК - не обнаружено; *Shigella* spp. ДНК - не обнаружено. Бактериологический анализ кала на дизгруппу и сальмонеллез в работе. Вызван хирург для повторной консультации. Диагноз: острый аппендицит; для подтверждения диагноза назначено УЗИ органов брюшной полости. На УЗИ визуализируется медиальное положение червеобразного отростка, признаки воспаления червеобразного отростка и терминальный илеит. Показано оперативное лечение. Проведена лапаротомия: аппендикс расположен атипично, при ревизии в правой подвздошной области рыхлый инфильтрат у купола слепой кишки, где определяется червеобразный отросток $8 \times 0,8$ см, покрытый фибрином, тело отростка с некрозом и перфорацией, откуда при мобилизации выделилось несколько каловых камней до 0,3 см. Там же в области верхушки полость абсцесса 1×1 см, откуда выделилось до 1 мл желтого гноя. Выполнена аппендэктомия. Послеоперационный диагноз: острый гангренозный аппендицит. Результаты прижизненного патологоанатомического исследования операционного материала: фрагмент

поперечного среза червеобразного отростка, железистый эпителий с признаками фовеолярной гиперплазии, все слои диффузно инфильтрированы полиморфно-ядерными лейкоцитами, фокусы ишемии и некроза, гиперплазия лимфоидных фолликулов, склероз, на поверхности фибрин. Заключение: гангренозный аппендицит. Течение послеоперационного периода – без особенностей. После выписки из стационара не обследовалась. Таким образом, особенность клинического течения острого аппендицита в данном случае, вероятно, связана с атипичным расположением червеобразного отростка. Причиной возникновения таких диспепсических явлений, как тошнота, рвота, диарея, является близость расположения отростка к тонкой кишке, а именно медиальное (преилеальное) положение (рис.).



Расположение червеобразного отростка по отношению к слепой кишке:

1 - аппендикс в преилеальном (медиальном) положении

Клиническое наблюдение № 2. Пациентка № 2, 59 лет, с 11.09.2025 отметила появление дискомфорта в нижних отделах живота, оформленный стул трижды за день. 12.09.2025 боли сместились в правую подвздошную область, повысилась температура тела до 37,5 °С, появились тошнота, частый жидкий стул до 5 раз. Самостоятельно применяла нимесулид, энтеросгель – с кратковременным положительным эффектом. Заболевание связывала с накануне употребленной пищей из места общественного питания (пюре, котлета куриная). За пределы РФ последние 14 дней не выезжала. У мужа в течение двух дней субфебрильная температура (37,4 °С). В связи с сохранением и усилением болевого синдрома вызвала бригаду СМП, с предварительным диагнозом «острый аппендицит» доставлена в Калининскую ЦРКБ (13.09.2025 в 13:00), осмотрена дежурным хирургом. При осмотре пациентка предъявляет жалобы на боль в правой подвздошной области, по шкале ВАШ - 2 балла; объективно: живот

не вздут, мягкий, слабо болезненный по всей поверхности живота; перитонеальные симптомы не выявляются. С подозрением на острый аппендицит госпитализирована в хирургическое отделение в экстренном порядке. Назначено УЗИ органов брюшной полости, акустический доступ неудовлетворительный из-за выраженного подкожно-жирового слоя; результат – без особенностей. Показано консервативное лечение. Получен кал для проведения ПЦР-диагностики на возбудителей острых кишечных инфекций и бактериологического анализа на дизгруппу и сальмонеллез. Начата антибиотикотерапия и инфузионная терапия. 13.09.2025 при повторном осмотре врачом-хирургом пациентка отмечает отсутствие болей в животе, которые купировались после стула. Стул частый, жидкий, до 10 раз. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 36,8 °С, живот не вздут, мягкий, болезненный во всех отделах живота, но больше в правой подвздошной области; симптомы раздражения брюшины отрицательные. 14.09.2025 пациентка жалуется на слабые боли в нижних отделах живота (0–1 по ВАШ). Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 36,6 °С, живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, боль больше выражена в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул водянистый, до 5 раз, газы отходят. Вызван для консультации врач-инфекционист, по результатам осмотра пациентка в хирургическом лечении не нуждается. Переведена в инфекционное отделение. Клинический диагноз: гастроэнтерит и колит инфекционного происхождения. Назначена соответствующая консервативная терапия. 15.09.2025 при совместном осмотре с заведующим отделением пациентка предъявляет жалобы на боль в нижних отделах живота, жидкий стул, тошноту, повышение температуры до 37,3 °С. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,3 °С, живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстого кишечника, боль более выражена в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул водянистый, желтый, без патологических включений, до 3 раз в день. В анализах крови отмечается лейкоцитоз до $14,82 \times 10^9/\text{л}$, абсолютный нейтрофилез до $13,48 \times 10^9/\text{л}$, повышение СРБ до 151,9 мг/л. Проведено повторное УЗИ-исследование: визуализируются нерасширенные петли кишечника с очень вялой перистальтикой в правых отделах. Выставлен диагноз: болезнь аппендикса неуточненная. Назначены симптоматическое лечение, инфузионная терапия и антибиотикотерапия. 18.09.2025 жалобы пациентки на момент осмотра: на дискомфорт в нижних отделах живота, больше справа, тошноту, отсутствие аппетита, повышенное газообразование. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,7 °С, живот немного вздут, мягкий, при пальпации болезненный по ходу толстого кишечника, боль более выражена в правой подвздошной области; перистальтика ослаблена в правой подвздошной области. Пальпаторно определяется уплотнение в правой

подвздошной области, болезненное при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стула нет. В анализах крови отмечается лейкоцитоз до $17,92 \times 10^9/\text{л}$, абсолютный нейтрофилез до $15,38 \times 10^9/\text{л}$, повышение СРБ до 151,7 мг/л. Заключение КТ-исследования органов брюшной полости (18.09.2025): аппендикулярный инфильтрат. В анализе кала методом ПЦР: астровирус РНК - не обнаружено; норовирус 1 РНК - не обнаружено; норовирус 2 РНК - не обнаружено; *Salmonella* spp. ДНК - не обнаружено; *Shigella* spp. ДНК - не обнаружено. Бактериологический анализ кала на дизгруппу и сальмонеллез в работе. Консультирована врачом-хирургом, рекомендован перевод в хирургическое отделение. Проведено консервативное лечение. Пациентка выписана через 10 дней с улучшением. Рекомендовано наблюдение у хирурга по месту жительства. Данных о дальнейшем амбулаторном наблюдении пациентки нет. Таким образом, сложность в диагностике острого аппендицита, осложнившегося аппендикулярным инфильтратом, обусловлена наличием нечеткой клинической картины и расширенной дифференциальной диагностикой с другими нозологиями.

Заключение

Оба клинических случая демонстрируют течение ОА, имитирующее клиническую картину ОКИ и осложняющееся перфорацией отростка либо формированием аппендикулярного инфильтрата. Причиной трудностей дифференциальной диагностики в этих случаях послужили нетипичная локализация болей в животе, диспепсические явления, а также изменение характера и интенсивности болевого синдрома. Несвоевременно выявленный острый аппендицит характеризуется быстрым прогрессированием и может привести к опасным осложнениям, таким как аппендикулярный абсцесс, кишечная непроходимость, разлитой гнойный перитонит, септический шок, полиорганная недостаточность. Данные ситуации подчеркивают важность мультидисциплинарного подхода к диагностике пациентов с абдоминальным синдромом, так как ранняя диагностика хирургической патологии позволяет улучшить качество лечения и предотвратить развитие осложнений. При поступлении в клинику пациента с болями в животе требуется обязательная консультация хирурга и инфекциониста с проведением инструментального дообследования. Авторами предложен конкретный алгоритм совместных действий инфекционистов и хирургов, в котором акцентируется внимание на необходимости динамического инструментального контроля (повторные УЗИ) при сохранении даже минимальной абдоминальной симптоматики на фоне терапии ОКИ, что выходит за рамки стандартных клинических рекомендаций по ведению острых гастроэнтеритов. УЗИ/КТ органов брюшной полости следует рассматривать при стойком или локализуемом болевом синдроме, росте воспалительных маркеров, отсутствии подтверждения ОКИ, ухудшении состояния или

подозрении на хирургическую патологию. Описанная тактика ведения пациентов в приемном покое до определения профиля основной патологии поможет избежать позднего выявления хирургической патологии, протекающей под маской кишечной инфекции, и предотвратить осложнения аппендицита.

Список литературы

1. Острый аппендицит у взрослых: клинические рекомендации 2023 / Министерство здравоохранения Российской Федерации; Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов", Российское общество эндоскопических хирургов. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/325_2 (дата обращения: 13.06.2026).
2. Сажин А. В., Гуляев А. А., Ермолов А. С., Затевахин И. И., Ивахов Г. Б., Кириенко А. И., Курцер М. А., Луцевич О. Э., Мосин С. В., Нечай Т. В., Прудков М. И., Сон Д. А., Страдымов Е. А., Тягунов А. Е., Федоров А. В., Шулутко А. М., Шуляк Г. Д. Острый аппендицит у взрослых // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. 2024. № 11. С. 5-23. DOI: 10.17116/hirurgia20241115.
3. Валишин Д. А., Мамон А. П., Мурзабаева Р. Т., Абрашина Н. А. Диагностические ошибки при аппендиците // Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы: сборник трудов XIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского, IV Всероссийской научно-практической конференции, VI Всероссийского симпозиума (Москва, 24–26 мая 2021 года). М.: Общество с ограниченной ответственностью "Медицинское Маркетинговое Агентство", 2021. С. 34. EDN: VIMBJV.
4. Хаджибаев Ф. А., Каримов Д. Р., Мадиев Р. З., Баймурадов Ш. Э. Диагностика и хирургическое лечение больных с атипичными и редкими формами острого аппендицита // Вестник экстренной медицины. 2023. Т. 16. № 2. С. 74-80. EDN: FBHWEQ. DOI: 10.54185/tbem/vol16_iss2/a12.
5. Мохаммад Б., Давлицаров М. А., Цыбин А. А., Дегтярев П. Ю., Вайс А. В. Атипичное клиническое проявление острого аппендицита у ребенка 8 лет: клиническое наблюдение // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2022. Т. 12. № S. С. 101. EDN: KFALEF.
6. Чубенко Г. И., Слепцова Л. С. Структура острых кишечных инфекций в Амурской области // Амурский медицинский журнал. 2022. № 1 (32). С. 65-68. ISSN: 2311-5068. DOI: 10.24412/2311-5068-2022-1-65.

7. Ильин П. А. Тактика врача общей практики при выявлении случая острой кишечной инфекции // Справочник врача общей практики. 2021. № 10. С. 55-61. DOI: 10.33920/med-10-2110-07. EDN: RRVCTR.
8. Масляков В. В., Полиданов М. А., Сулаев Е. В. Частота встречаемости аппендикулярного инфильтрата при остром аппендиците // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2024. № 12. С. 206-209. DOI: 10.37882/2223-2966.2024.12.25.
9. Филенко Б. П., Маммаева З. Н. Острый аппендицит у детей, скрывающийся под маской острой кишечной инфекции // E-Scio. 2021. № 2 (53). С. 592-602. ISSN: 2658-6924.
10. Острые кишечные инфекции (ОКИ) у взрослых: клинические рекомендации 2024 / Министерство здравоохранения РФ; Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В. И. Покровского (НАСИБ). URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/875_1 (дата обращения: 01.05.2026).
11. Рясенский Д. С., Ноздреватых О. В., Доренская А. А., Абдуллоева З. А., Евтюгина А. А., Заболеваемость вирусными гепатитами и острыми кишечными инфекциями в Тверской области // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. 2026. № 3. С. 226-229. EDN: KMDGFE.
12. Рясенский Д. С., Ноздреватых О. В., Абдуллоева З. А., Доренская А. А., Евтюгина А. А., Перова Д. О. Анализ структуры заболеваемости вирусными гепатитами в Тверской области // Тверской медицинский журнал. 2025. № 6. С. 1-7. EDN: JHBDLK. URL: <http://tvermedjournal.tvergma.ru/> (дата обращения: 13.06.2026).
13. Рясенский Д. С., Ноздреватых О. В., Абдуллоева З. А., Доренская А. А., Евтюгина А. А., Перова Д. О. Результаты мониторинга заболеваемости населения Тверской области острыми кишечными инфекциями в период с 01.08.2023 г. по 13.10.2025 г. // Верхневолжский медицинский журнал. 2026. Т. 25. № 1. С. 47-51. EDN: QAZZJB.
14. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2025. 424 с. URL: <https://asiz.ru/wp-content/uploads/2025/06/doklad-rospotrebnadzora-za-2024-god.pdf> (дата обращения: 13.06.2026).
15. Князев О. В., Шкурко Т. В., Каграманова А. В., Веселов А. В., Никонов Е. Л. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы) // Доказательная гастроэнтерология. 2020. Т. 9. № 2. С. 66-73. DOI: 10.17116/dokgastro2020902166. EDN: UFTCSZ.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования.

Financing: The research was performed without external funding.