

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ

О. Л. Арямкина¹, О. О. Рыбалка¹, Л. Н. Савоненкова²

¹ Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

² Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель – проанализировать клинические проявления относительно редко встречаемой сегодня патологии кишечника и определить клиническую и дифференциально-диагностическую значимость признаков ишемического и туберкулезного колитов. **Материал и методы.** Проведен комбинированный ретро- и проспективный одномоментный сплошной выборки анализ случаев ишемической абдоминальной болезни и абдоминального туберкулеза, диагностированных в 2016–2019 гг. в БУ «Сургутская окружная клиническая больница» и в 1999–2019 гг. в общей лечебной сети г. Ульяновска. Клинические диагнозы ишемического колита в 4 случаях и туберкулеза кишечника в 81 случае установлены по комплексу методов обследования (лучевая, микробиологическая, гистологическая диагностика, в том числе постмортально) в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями и стандартами диагностики. **Результаты.** Особенности современного течения ишемического колита и абдоминального туберкулеза является их рост и сочетание с иной коморбидной патологией, что затрудняет диагностический поиск.

Ключевые слова: абдоминальная ишемическая болезнь, ишемический колит, абдоминальный туберкулез, туберкулез кишечника, коморбидность.

Шифр специальности: 14.01.04 – Внутренние болезни.

Автор для переписки: Арямкина Ольга Леонидовна, e-mail: AOL56@yandex.ru

ВВЕДЕНИЕ

В современных условиях клиницисты сталкиваются с проблемами полиморфизма течения заболеваний и коморбидности [1]. Достижения медицинской науки и практики позволяют на основе современных методов диагностики устанавливать окончательные диагнозы с применением как лабораторной, так и мор-

фологической составляющих. На рубеже XX–XXI веков изменился характер течения заболеваний, все чаще стали встречаться считающиеся до сих пор редкими заболевания. Коморбидность (полиморбидность, мультиморбидность) также способствует появлению дифференциально-диагностических сложностей [2–3].

DIAGNOSTIC PROBLEMS OF RARE PATHOLOGY IN ABDOMINAL PAIN SYNDROME

O. L. Aryamkina¹, O. O. Rybalka¹, L. N. Savonenkova²

¹ Surgut State University, Surgut, Russia

² Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

The aim of the study is to analyze the clinical manifestations of the relatively rare intestinal pathology and to determine the clinical and differential diagnostic significance of signs of ischemic and tuberculous colitis. **Material and methods.** A combined analysis (including retro- and prospective single-step methods and continuous sampling) of cases with abdominal angina and abdominal tuberculosis is made. The cases under study are diagnosed in the Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut (2016–2019) and the general network of curative institutions in Ulyanovsk (1999–2019). Clinical diagnoses of ischemic colitis in four cases and intestinal tuberculosis in 81 cases have been established by a set of examination methods (radiation, microbiological, histological diagnostics, including postmortal) following current clinical practice guidelines and diagnostic standards. **Results.** The course features of ischemic colitis and abdominal tuberculosis are their growth and combination with another comorbid pathology, which complicates the diagnostic search.

Keywords: abdominal angina, ischemic colitis, abdominal tuberculosis, gastrointestinal tuberculosis, comorbidity.

Code: 14.01.04 – Internal Diseases.

Corresponding Author: Olga L. Aryamkina, e-mail: AOL56@yandex.ru

Относительно редко встречающаяся до настоящего времени абдоминальная патология требует решения комплекса задач. В первую очередь речь идет о маршрутизации больного и дифференциально-диагностическом поиске и объемах. По объективным причинам часто проходит достаточно много времени до установления окончательного клинического диагноза с возможностью определения профиля и объемов оказания медицинской помощи, и нередко диагноз устанавливается постмортально. Это касается и ишемической абдоминальной болезни (ИАБ) – ишемического колита (ИК), и абдоминального туберкулеза (АТ) – туберкулеза кишечника (ТК), которые встречаются в клинической практике все чаще.

ИАБ протекает в острой и хронической формах, последняя из которых при жизни диагностируется крайне редко в связи с неспецифичностью симптомов и многообразием клинических проявлений, особенно на ранних стадиях заболевания [4–6]. Заболевание обусловлено недостаточным кровоснабжением кишки преимущественно атеросклеротического генеза. Распространенность ИАБ не уточнена, но на аутопсии патологию атеросклеротического генеза непарных висцеральных артерий обнаруживают довольно часто, особенно у лиц, скончавшихся от ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, метаболического синдрома. Сегодня это чрезвычайно важно в связи с тем, что ведущими причинами инвалидизации и смертности населения России являются заболевания сердечно-сосудистой системы и онкологические патологии [7]. Эпидемия ожирения, сахарного диабета и метаболического синдрома объясняет значимость проблем атеросклероза [8].

Абдоминальный туберкулез со второй половины XX века и до его окончания встречался все реже. Однако в последние десятилетия отмечен рост коморбидности туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. В условиях эпидемии ВИЧ-инфекции на IVБ и IVВ стадиях туберкулез протекает генерализованно, то есть с пульмональными, экстрапульмональными локализациями и с вовлечением лимфатической системы [9–10]. Следует отметить, что АТ в сочетании со специфическим поражением легких официально не учитывается. Регистрируются лишь его формы, протекающие самостоятельно, без вовлечения легких: туберкулез кишечника, брюшины и туберкулезный мезаденит [11]. Можно предположить, что сведения об истинной распространенности АТ отсутствуют [12]. Вместе с тем туберкулез кишечника, брюшины и туберкулезный мезаденит регистрируются как самостоятельные формы [11]. Отсутствие типичных симптомов АТ, как и ИАБ, их схожесть с целым рядом заболеваний терапевтического и хирургического профилей, а также высокая коморбидность с неспецифической соматической патологией создают определенные сложности диагностики и лечения [13–15].

При обозначенных заболеваниях ведущим клиническим признаком является абдоминальная боль. И туберкулез кишечника, и ишемический колит нередко проявляются абдоминальгиями до клиники «острого живота», а неспецифичность симптомов приводит к ошибочному диагнозу [16–18].

В этой связи проанализированы случаи из клинической практики для выявления клинических признаков ИК и ТК, позволяющих заподозрить указанные заболевания и направить диагностический поиск на их верификацию.

Цель – проанализировать клинические проявления относительно редко встречаемой сегодня патологии кишечника и определить клиническую и дифференциально-диагностическую значимость признаков ишемического и туберкулезного колита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы 4 клинических случая абдоминальной ишемической болезни (ИК), диагностированной за период 2017–2019 гг. у жителей г. Ульяновска и г. Сургута Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, а также 81 (38,2 %) клинический случай туберкулеза кишечника из 212 случаев абдоминального туберкулеза, диагностированных в медицинских организациях общей сети г. Ульяновска за период 1999–2019 гг. Дизайн исследования – случайная выборка ИАБ и сплошная выборка случаев ТК. Диагнозы ИК и ТК верифицированы по актуальным стандартным критериям диагностики с использованием современных методик. Критериями включения были верифицированные случаи ишемической абдоминальной болезни – туберкулеза кишечника и абдоминального туберкулеза – со специфическим поражением кишечника. Окончательные диагнозы ИК установлены по данным ультразвуковых и лучевых методов исследования (доплерография и компьютерная томография непарных сосудов брюшной полости – чревной ствол, верхней и нижней брыжеечных артерий ($n = 3$)) и постмортально ($n = 1$). Туберкулез кишечника установлен на основании микробиологических, эндоскопических, гистологических критериев ($n = 56$; 69,1 %), в том числе постмортально ($n = 25$; 30,9 %). Рассчитаны индексы коморбидности по М. Чарлсону (ИКЧ). Во всех случаях соблюдены требования биомедицинской статистики, получено информированное согласие пациентов. Проведение исследования было одобрено комитетом по этике БУ ВО «Сургутский государственный университет» и этической комиссией Института медицины, экологии и физической культуры ФГ БО УВО «Ульяновский государственный университет». Фактический материал обработан пакетом Statistica 10,0. Обработку с последующим анализом данных выполняли на IBM-совместимых компьютерах. Проведены вариационная статистика с вычислением значений среднего арифметического значения ($M - Mean$) и стандартной ошибки ($m = Std. Error$), расчет 95 %-го доверительного интервала (95 % ДИ), расчет показателя отношения шансов (ОШ, или OR – odds ratio) по формуле $OR = [A/B]/[C/D]$ или $A \times D / B \times C$, где значения соответствовали: А – число больных, имеющих данный признак; В – число больных, не имеющих данного признака; С – число здоровых индивидуумов (или больных группы сравнения) с данным признаком; D – число здоровых индивидуумов (больных группы сравнения), не имеющих данного признака. Различия 95 %-й и 99 %-й значимости различий являлись статистически достоверными при значениях $p < 0,05$ и $p < 0,001$.

Согласие на публикацию материалов статьи от организаций получено.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучены клинические проявления ишемического колита у 4 больных – 1 женщины и 3 мужчин в возрасте 73–85 лет с наличием сопутствующих заболеваний: ИБС – постинфарктный кардиоклероз (ПИКС) ($n = 3$);

артериальная гипертония ($n = 4$); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) ($n = 4$); атеросклероз периферических сосудов ($n = 2$); поражение почек – хроническая болезнь почек (ХБП) ($n = 4$); сахарный диабет 2-го типа ($n = 3$); ожирение ($n = 1$); онкологическое заболевание – рак прямой кишки ($n = 1$). У всех 4 больных ИК протекал на фоне высокой коморбидности с ИКЧ, варьирующейся от 6 до 11 баллов. Данные параметры коморбидности крайне неблагоприятны для прогноза течения заболеваний и выживания пациентов [1]. Низкий процент ожирения объясним особенностями пациентов – наличием гериатрических синдромов, в первую очередь старческой астении, иволютивными процессами и онкологическим заболеванием, приведшим к паранеопластической кахексии, сочетающимся еще и с синдромом лизиса опухоли [6, 17].

Хотя клиника ИК неспецифична и характеризуется разнообразием проявлений, его ведущим субъективным признаком является абдоминальный болевой синдром, выраженность которого зависит от стадии, или функционального класса (ФК) заболевания [4–6]. Выраженность клинических проявлений ИК, в первую очередь боли, определяется локализацией поражения и степенью нарушений висцерального кровотока, а также вовлеченностью иных органов пищеварения в патологический процесс. Боль при I ФК характеризуется как поздняя постпрандиальная – она дозозависима и появляется лишь после нагрузки пищей. Данный признак мы определили в левом верхнем квадранте живота у больного 74 лет. При II ФК на фоне расстройства кровообращения абдоминальная боль была и в покое, усиливалась после нагрузки, сопровождалась еще и диспепсическими расстройствами и послаблением стула. У 3 из 4 больных была потеря массы тела и периодически примесь крови в кале (гематохезия) в небольшом количестве. Боль, локализованная в левом верхнем квадранте живота у больной 79 лет, в сочетании с послаблениями стула была изначально расценена как проявление хронического обструктивного панкреатита, так как у нее имелась еще и сопутствующая желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Диарея была не выражена, и больные лишь при наводящих вопросах указывали на гематохезию.

На III ФК ишемического колита боль нестерпима, заставила обратиться в экстренную хирургическую службу 2 из 4 пациентов. Один из них, мужчина 82 лет, длительно страдал коморбидной патологией: ИБС; постинфарктным кардиосклерозом (дважды в анамнезе); хронической ишемией сосудов нижних конечностей с синдромом Лериша, с рецидивирующими трофическими язвами голеней; артериальной гипертензией (АГ) 3-й стадии, III степени, риска 4; ХСН IIБ; дисциркуляторной энцефалопатией; ХБП 3а. На фоне вышеперечисленной патологии имели место рецидивирующие боли в животе без четкой локализации преимущественно в верхних отделах брюшной полости. Кроме интенсивного разлитого абдоминального болевого синдрома отмечалась дисхезия – чередовались задержки стула и его учащение. Заболевание расценено как острая кишечная непроходимость, которая якобы разрешилась консервативно, и на этом фоне было объяснимо облегчение болевого синдрома. Больной выписан на амбулаторный этап оказания медицинской помощи. Допплерография с оценкой кровотока в непарных артериях сосудов брюшной по-

лости не проведена. В течение 2 последующих суток нахождения дома боль рецидивировала, нарастала по интенсивности, мотивировала отказ от приема пищи. Предложенные хирургами спазмолитики и слабительные средства не давали эффекта. На 5-е сутки от манифестации абдоминальной боли вновь потребовалась экстренная хирургическая помощь и интраоперационно диагностирован тромбоз мезентеральных сосудов. В послеоперационном периоде абдоминальная боль сохранялась, но она была объяснима иными причинами. Этот больной погиб от острого нарушения мозгового кровообращения через 3,5 года после операции. Все три пациента на момент диагностики абдоминальной ишемической болезни имели потерю массы тела, рецидивирующие боли, гемодинамически значимый стеноз сосудов – окклюзию непарных артерий и брюшного отдела аорты более 50 %, верифицированную доплерографией ($n = 3$) и компьютерной томографией ($n = 2$), двое из трех человек на период 2019 года были живы.

Четвертым пациентом был больной, который длительно страдал АГ 3-й стадии, III степени, риска 4; гипертонической кардиомиопатией; ИБС; пароксизмальными нарушениями ритма сердца; ХСН IIБ; ХБП 4-й стадии и онкологическим заболеванием. В 2013 году (7 лет назад) он был прооперирован по поводу впервые диагностированного рака прямой кишки. Ему проведена резекция поврежденной кишки и наложена колостома. В дальнейшем у пациента сформировалась послеоперационная вентральная грыжа. На этом коморбидном фоне в 2019 году больной отметил резко возникшие боли в брюшной полости, разлитые боли в области стомы. Бригадой скорой помощи он был доставлен в urgentную хирургию, и его состояние расценено как проявление основной абдоминальной патологии, острая хирургическая патология была исключена, и больному рекомендовано амбулаторное лечение. Изменений характера стула не регистрировали. На амбулаторном этапе боли не проходили и нарастали. К абдоминальному болевому синдрому присоединились одышка, резкая слабость, но длительное течение ХСН не вызывало тревоги. Вечером в тяжелом состоянии он был доставлен в приемное отделение и госпитализирован в реанимационное отделение практически в бессознательном состоянии. В реанимационном отделении состояние крайне тяжелое: адинамия, состояние глубокого угнетения сознания, гипотония (АД 95/60 мм Hg), фибрилляция предсердий с числом сокращений желудочков до 140 уд/мин, ишемические изменения на ЭКГ на фоне рубцовых изменений переднеперегородочной области, субфебрилитет, рентгенологические признаки толстокишечной непроходимости. В крови – лейкоцитоз $9,7 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг влево – п/я нейтрофилов 36 %, юных 2 %, токсическая зернистость положительная, гиперфибриногенемия (7,89 г/л), повышение белка острой фазы (СРБ) до 286 мг/л, а также нормохромная анемия, гипоальбуминемия (29,7 г/л), нарушение азотистого обмена (мочевина 45,3 ммоль/л и креатинин 269 ммоль/л). Через 2,5 часа наступила смерть. Выставлен посмертный диагноз: Рак прямой кишки, экстирпация прямой кишки, выведение колостомы. Острая кишечная непроходимость. Заболевание расценено как первопричина гибели больного. На аутопсии диагностирована атеросклеротическая гангрена подвздошной кишки. Стенозирующий атеро-

склероз брыжеечных артерий (3-я степень, IV стадия, стеноз до 75 %), осложнившийся парезом кишечника, тотальным серозно-фибринозным перитонитом, асцитом, метаболическим ацидозом и тяжелой дистрофией внутренних органов, отеком легких и головного мозга. Все это резвилось на фоне вышеобозначенной коморбидной патологии. В данной клинической ситуации акценты при ведении больного на всех этапах медицинской помощи делались на опухолевый процесс с локализацией в прямой кишке, чем и объясняли абдоминальную боль, развившуюся «острую кишечную непроходимость», признаки воспаления, анемию и потерю массы тела до кахексии. Вместе с тем непосредственной причиной смерти явился атеросклероз сосудов органов брюшной полости, III ФК ИАБ, но заболевание выявлено постмортально. Ишемическая абдоминальная болезнь на данной стадии характеризуется выраженными циркуляторными расстройствами, проявляющимися перманентной абдоминальной болью различной степени выраженности, выявляемой в покое, сочетающимися с выраженным похуданием и дистрофическими изменениями внутренних органов.

Данные случайные клинические наблюдения свидетельствуют о ведущем значении болевого синдрома в клинике ИАБ – ишемического колита, который может протекать на разных его стадиях и в разных формах – гангренозной и негангренозной [19]. Кроме того, ИК может протекать в левосторонней и правосторонней формах. В первом случае в манифестации может быть еще и сочетание абдоминальгии с гематоксией, во втором – с признаками почечной недостаточности [5].

Другой редко встречающейся патологией, сопровождающейся абдоминальным болевым синдромом, является ТК. На его долю в структуре АТ приходится до 43 % случаев [12]. Для ТК нетипично наличие илеотифлита, составляющего сегодня не более 7 % в его структуре (в XIX – начале XX вв. превалировал в структуре специфических поражений кишки).

Туберкулез кишечника диагностирован в 81 случае АТ в общей лечебной сети г. Ульяновска. Данная патология была выявлена за период 1999–2013 гг. у 60 (74,1 %) пациентов без ВИЧ-инфицирования (3/4 случаев) и за период 2013–2019 гг. – у 21 (25,9 %) пациента на фоне ВИЧ/СПИД (1/4 случаев) со следующими исходами: выздоровление (54,2 %) и смерть (45,8 %). Окончательный диагноз АТ и ТК установлен по гистологическим параметрам – обнаружением специфических гранул (операционный материал, постмортально). В ряде случаев ($n = 7$; 8,64 %) абдоминального туберкулеза ТК верифицирован еще и микробиологическим методом – обнаружением микобактерий туберкулеза (МБТ) в кале в единичных случаях.

Клиника ТК определяется и уровнем поражения отделов органа – специфический энтерит, колит или тотальные поражения формируются почти у половины больных (41,7 %). Клинические проявления ТК разнообразны и абдоминальная боль сочетается при нем с признаками туберкулезной интоксикации – нарушениями аппетита, интермитирующим стулом, в ряде случаев с гематоксией. По нарастанию клинических симптомов, в первую очередь абдоминальгий, выделены следующие варианты течения АТ: острое – от 1 до 11 недель (28,9 %); подострое – от 3 до 6 месяцев (52,1 %); хроническое – более полугода (14,8 %).

Для клинической картины АТ типичны интоксикация, лихорадка, выявляемые маркеры воспаления, потеря массы тела, у части больных – изменение иммунологической реактивности в виде изменений чувствительности к туберкулину в пробе Манту с 2 ТЕ с аллергеном туберкулезным рекомбинантным. В каждом пятом случае ТК (22,5 %) имеет место гиперергическая реакция, а почти у трети больных (28,2 %) – отрицательная анергия. При АТ и ТК регистрируется гематологический синдром – анемия, лимфоцитопения, в некоторых случаях – лейкоцитоз и нейтрофилез, коррелирующие с распространенностью туберкулезного поражения кишечника, определяющего тяжесть заболевания и свидетельствующего о присоединении неспецифического воспалительного процесса.

Так же, как при ИК, абдоминальная боль при ТК определяется локализацией специфического процесса, патоморфологическими изменениями в кишке. При ТК развиваются альтеративный, продуктивный (пролиферативный) и смешанный альтеративно-пролиферативный типы воспалительных тканевых реакций. Классификационно ТК относится к гастроинтестинальному туберкулезу в структуре АТ, который протекает в виде инфильтративной, язвенной и инфильтративно-язвенной клинко-морфологических форм [12]. При ТК в специфический процесс вовлекаются с одинаковой частотой тонкий (56,7 %) и толстый (53,3 %) отделы кишечника.

Туберкулезный энтерит характеризуется абдоминальгиями от 1,5 до 3,8 месяцев, наиболее длительно боль протекает при язвенном и инфильтративно-язвенном его вариантах, а при туберкулезном колите боль отмечалась пациентами до полугода.

Абдоминальгии при ТК постепенно нарастают, становятся постоянными и локализуются в месте поражения, но чаще умбиликально и в правой подвздошной областях. Боль при ТК объяснима еще и его сочетанием со специфическими поражениями абдоминальных серозных оболочек и абдоминального лимфатического аппарата.

При туберкулезном энтерите абдоминальгии чаще всего локализуются в мезогастрии, реже – параумбиликально, с распространением в правый нижний квадрант живота. Они характеризуются как схваткообразные или постоянные в виде ноющих болей и носят постпрандиальный характер – возникают или усиливаются после приема пищи. Туберкулезный колит протекает с длительным интенсивным болевым синдромом, сочетающимся еще и с тенезмами и ложными позывами на дефекацию при поражениях дистальных отделов толстой кишки.

Абдоминальная боль при туберкулезном энтерите сопровождается диареей, мальабсорбцией и мальдигестией, что имитирует болезнь Крона, а туберкулезный колит нередко сочетается еще и с гематоксией (язвенно-геморрагическим синдромом), что напоминает клинику язвенного колита.

Вышесказанное свидетельствует об отсутствии специфических клинических признаков ТК. Диагностика АТ сегодня затруднена, а ТК нередко, в связи с наличием абдоминальгий в сочетании с ложными позывами на дефекацию (тенезмами), протекает под «масками» воспалительных заболеваний кишечника – язвенного колита, болезни Крона, недифференцированного колита, острых и хронических инфекционных заболеваний или в виде «терапевтических» и «инфекционных» его масок.

Сочетание абдоминальгий с наклонностью к задержке стула и сужению просвета отделов кишечника, определяемому лучевыми методами диагностики, нередко требует исключения рака кишки или проявляется «онкологическими» масками ТК. Туберкулезный колит протекает чаще всего в язвенной форме, туберкулезный энтерит – в инфильтративной. Абдоминальгии при инфильтративной форме туберкулезного энтерита менее длительны, при язвенном и инфильтративно-язвенном вариантах – более продолжительны и более выражены, чаще приступообразного характера.

Физикальные данные также малоспецифичны. При туберкулезном энтерите могут пальпироваться в брюшной полости участки спазмированных отделов

кишечника, чаще при поражениях терминального отдела подвздошной кишки. При туберкулезном колите пальпируются «опухолевидные образования», чаще всего в районе слепой кишки.

Абдоминальгии при АТ определяются не только специфическим поражением кишечника, но и специфическими процессами в абдоминальном лимфатическом аппарате и абдоминальных серозных оболочках – брюшине, сальнике (рис.).

Однако в настоящей работе рассматривался лишь туберкулез кишечника как причина абдоминального болевого синдрома. Он нередко сочетается с туберкулезом иных абдоминальных локализаций и с туберкулезом легких.

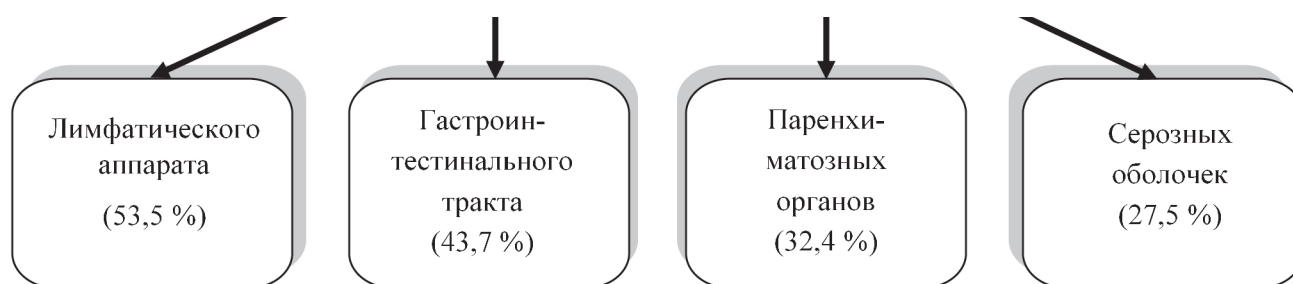


Рисунок. Частота и структура абдоминального туберкулеза

Была проведена оценка предикторов благоприятного и неблагоприятного исходов абдоминального туберкулеза и ТК, в частности по расчету показателя «отношение шансов» (OR).

Предикторами благоприятного течения АТ выступили подострый его вариант ($OR\ 4,84 \pm 0,37$) и продуктивный тип воспаления ($OR\ 3,77 \pm 0,45$), а неблагоприятного течения – анергия в пробе Манту с 2 ТЕ ($OR\ 9,65 \pm 0,49$), альтеративное воспаление ($OR\ 6,9 \pm 0,38$), множественность поражений органов брюшной полости с осложнениями ($OR\ 6,24 \pm 0,40$), предшествующая глюкокортикоидная терапия ($OR\ 8,05 \pm 0,66$) и злоупотребление алкоголем ($OR\ 2,81 \pm 0,37$), абдоминальные признаки – выраженная абдоминальгия ($OR\ 4,32 \pm 0,38$), диарея ($OR\ 2,0 \pm 0,35$), гематехезия ($OR\ 6,17 \pm 0,67$) и выделение МБТ с калом ($OR\ 2,41 \pm 1,23$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ишемический и туберкулезный колит сегодня перестают быть редкой патологией. Оба заболевания проявляются изначально абдоминальным болевым синдромом, требующим исключения в первую очередь острой хирургической патологии, а также иных заболеваний – онкологического, гастроэнтерологического, инфекционного профилей. И ишемический колит, и туберкулез кишечника не имеют патогномичных для них клинических симптомов [5–6, 9]. Оба заболевания требуют проведения сложного дифференциально-диагностического алгоритма и золотыми стандартами их диагностики в большинстве случаев

являются морфологические признаки – макро- и микроскопические. И ишемический колит, и туберкулез кишечника характеризуются потерей массы тела, гематехезией и требуют исключения в первую очередь рака кишечника.

При ишемическом колите потеря массы тела объяснима отказом больных от приема пищи на стадии, соответствующей ФК II ИАБ, опорными пунктами которой являются абдоминальгии, сочетающиеся с систолическим шумом над сосудами надчревной области и с похуданием в связи с дозозависимой постпрандиальной болью [5–6].

При туберкулезе кишечника похудание развивается в рамках туберкулезной интоксикации, а при вовлечении тонкого отдела кишки сопровождается еще и мальабсорбцией и мальдигестией, при этом также имеется эквивалент постпрандиального синдрома [9–14].

Для установления окончательного диагноза «ишемический колит» необходимо сонографическое исследование непарных сосудов (чревного ствола, брыжеечных артерий) с поиском гемодинамически значимого их стеноза (более 50 %), а для постановки диагноза «туберкулез кишечника» – микробиологическое исследование кала (наличие МБТ), эндоскопические исследования (просовидные высыпания, эрозии, язвы слизистой оболочки кишки) и обнаружение специфической гранулемы с казеозным некрозом и гигантскими клетками Пирогова – Лахганса [10–12].

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Верткин А. Л. Коморбидный пациент: руководство для практикующих врачей. М. : Эксмо, 2015. 64 с.
2. Оганов Р. Г., Симаненков В. И., Бакулин И. Г., Бакулина Н. В., Барбараш О. Л. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. № 18 (1). С. 5–66.
3. Хасанов А. Х., Давлетшин Р. А., Асфандияров Ф. З., Колчина Э. М., Мехдиев Д. И., Амирова А. М. Клинико-инструментальные показатели коморбидной сосудистой отягощенности у больных мультифокальным атеросклерозом // Вестник СурГУ. Медицина. 2019. № 1. С. 44–50.
4. Дорофеева А. Э., Руденко Н. Н., Томаш О. В., Иваненко А. А., Эллин А. Ф. Абдоминальные боли при органической патологии кишечника // Новости медицины и фармации. 2013. № 6 (478). С. 5–14.
5. Корочанская Н. В., Дурлештер В. М. Ишемический колит: современные подходы к диагностике и лечению. М. : Прима Принт, 2016. С. 12–15.
6. Звенигородская Л. А., Самсонова Н. Г., Топорков А. С. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: алгоритм диагностики и лечения // Русский медицинский журнал. 2010. № 9. С. 544.
7. Демидова Т. Ю., Грицкевич Е. Н. Ожирение и коморбидные состояния. Современные принципы управления и ожидаемые перспективы. М. : Изд-во РНИМУ им Н. И. Пирогова, 2018. 28 с.
8. Дедов И. И., Шестакова А. Ю., Майорова А. Ю. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 9-й вып. М. : УП ПРИНТ, 2019. 219 с.
9. Синицын М. В., Белиловский Е. М., Соколина И. А., Решетников М. Н., Титюхина М. В., Батурин О. В. Внелегочные локализации туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией // Туберкулез и болезни легких. 2017. Т. 95, № 11. С. 19–25.
10. Балацук Е. В., Поддубный В. Б., Анисимова С. В. Патоморфологическая характеристика туберкулеза органов брюшной полости по данным патологоанатомических исследований в Ульяновской области // Роль современного здравоохранения в решении приоритетных задач развития общества : материалы 53-й межрегион. науч.-практич. мед. конф. 17–18 мая 2018 г. Ульяновск. 2018. С. 399–400.
11. Перельман М. И. Фтизиатрия: национальное руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. 512 с.
12. Арямкина О. Л., Савоненкова Л. Н. Абдоминальный туберкулез. 2-е изд., доп. и перераб. LAP Lambert Academic Publishing. 2017. 128 p.
13. Плоткин Д. В., Решетников М. Н., Соколина И. А., Зюзя Ю. Р., Степанов Е. А., Беленцева О. В., Гафаров У. О., Синицын М. В. Туберкулезный перитонит. Трудности идентификации // Consilium Medicum. 2019. № 8. С. 108–115.
14. Плоткин Д. В., Решетников М. Н., Гафаров У. О., Беленцева О. В., Степанов Е. А., Синицын М. В. Абдоминальный туберкулез: возвращение в хирургию // Вестник Авиценны. 2019. Т. 21, № 1. С. 101–109.
15. Donoghue H. D., Holton J. Intestinal Tuberculosis // Current Opinion in Infectious Diseases. 2009. No. 22. P. 490–496. DOI 10.1097/QCO.0b013e3283306712.
16. Зырянова Т. В., Поддубная Л. В., Фёдорова М. В., Липский К. А. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких // Медицина и образование в Сибири. 2009. № 2. С. 10–14.
17. Debi U., Ravisankar V., Prasad K. K., Sinha S. K., Sharma A. K. Abdominal Tuberculosis of the Gastrointestinal Tract: Vertkin A. L. Komorbidnyi patsient. Rukovodstvo dlia praktikiuvshchikh vrachei. Moscow: Eksmo, 2015. 64 p. (In Russian).
18. Oganov R. G., Simanenkova V. I., Bakulin I. G., Bakulina N. V., Barbarash O. L. et al. Comorbidities in Clinical Practice. Algorithms for Diagnostics and Treatment // Cardiovascular Therapy and Prevention. 2019. No.18 (1). P. 5–66. (In Russian).
19. Khasanov A. K., Davletshin R. A., Asfandiyarov F. Z., Kolchina E. M., Mekhdiev D. I., Amirova A. M. Clinical and Instrumental Indicators of Vascular Comorbidity in Patients with Multifocal Atherosclerosis // Vestnik SurGU. Medicina. 2019. No. 1. P. 44–50. (In Russian).
20. Dorofeeva A. E., Rudenko N. N., Tomash O. V., Ivanenko A. A., Ellin A. F. Абдоминальные боли при органической патологии кишечника // novosti meditsiny i farmatsii. 2013. No. 6 (478). P. 5–14. (In Russian).
21. Korochanskaia N. V., Durlshter V. M. Ishemicheskii kolit: sovremennye podkhody k diagnostike i lecheniiu. Uchebno-metodicheskoe posobie dlia vrachei. Moscow : Prima Print, 2016. P. 12–15. (In Russian).
22. Zvenigorodskaja L. A., Samsonova N. G., Toporkov A. S. Khronicheskaja ishemicheskaja bolezni organov pishchevarenia: algoritm diagnostiki i lechenia // Russkii meditsinskii zhurnal. 2010. No. 9. P. 544. (In Russian).
23. Demidova T. Yu., Gritskovich E. N. Ozhirenie i komorbidnye sostoiianiia. Sovremennye printsipy upravleniia i ozhidaemye perspektivy. Izd-vo RNIMU im N. I. Pirogova. Moscow, 2018. P. 3–6. (In Russian).
24. Dedov I. I., Shestakova A. Yu., Maiorova A. Yu. Algoritm spetsializirovannoi meditsinskoi pomoshchi bolnym sakharnym diabetom. Moscow, 2019. P. 3–5. (In Russian).
25. Sinitsyn M. V., Belilovsky E. M., Sokolina I. A., Reshetnikov M. N., Tityukhina M. V., Baturin O. V. Extrapulmonary Tuberculosis In HIV Patients // Tuberculosis and Lung Diseases. 2017. Vol. 95, No. 11. P. 19–25. (In Russian).
26. Balatsiuk E. V., Poddubnyi V. B., Anisimova S. V. Patomorfologicheskaja kharakteristika tuberkuleza organov briushnoi polosti po dannym patologoanatomicheskikh issledovanii v Ulianovskoi oblasti // Rol sovremennogo zravookhraneniia v reshenii prioritnykh zadach razvitiia obshchestva. Proceedings of the 53 Interregional Scientific Medical Conference. May 17–18, 2018. Ulyanovsk, 2018, P. 399–400. (In Russian).
27. Perelman M. I. Ftiziatriri: natsionalnoe rukovodstvo. Moscow: GEOTAR-Media. 2010. 512 p. (In Russian).
28. Aryamkina O. L., Savonenkova L. F. Abdominal tuberculosis. LAP Lambert Academic Publishing. 2017. 128 p. (In Russian).
29. Plotkin D. V., Reshetnikov M. N., Sokolina I. A. et al. Tuberculous peritonitis. Identification difficulties // Consilium Medicum. 2019. No. 8. P. 108–115. (In Russian).
30. Plotkin D. V., Reshetnikov M. N., Gafarov U. O., Belentseva O. V., Stepanov E. A., Sinitsyn M. V. Abdominal'nyy tuberkulyoz: vozvrashchenie v khirurgiyu [Abdominal tuberculosis: return to surgery] // Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]. 2019. Vol. 21, No. 1. P. 101–109. (In Russian).
31. Donoghue H. D., Holton J. Intestinal Tuberculosis // Current Opinion in Infectious Diseases. 2009. No. 22. P. 490–496. DOI 10.1097/QCO.0b013e3283306712.
32. Zyrianova T. V., Poddubnaia L. V., Fedorova M. V., Lipskii K. A. Tuberkulez organov briushnoi polosti u bolnykh tuberkulezom legkikh // Meditsina i obrazovanie v Sibiri. 2009. No. 2. P. 10–14. (In Russian).
33. Debi U., Ravisankar V., Prasad K. K., Sinha S. K., Sharma A. K. Abdominal Tuberculosis of the Gastrointestinal Tract:

- Revisited // World J Gastroenterol. 2014. No. 20 (40). P. 14831–14840. DOI 10.3748/wjg.v20.i40.14831.
18. Ткачева О. Н. Общие принципы фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста : метод. рекомендации. М. : Прометей, 2019. С. 8–14.
19. Brandt L., Fuerstadt P., Longstreth P., Boley S. ACG Clinical Guideline: Epidemiology, Risk Factors, Patterns of Presentation, Diagnosis, and Management of Colon Ischemia // Am J Gastroenterol 2015. No. 110. P. 18–44.
- Revisited // World J Gastroenterol. 2014. No. 20 (40). P. 14831–14840. DOI 10.3748/wjg.v20.i40.14831.
18. Tkacheva O. N. Obshchie printsipy farmakoterapii u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Guidelines. Moscow : Prometei, 2019. P. 8–14. (In Russian).
19. Brandt L., Fuerstadt P., Longstreth P., Boley S. ACG Clinical Guideline: Epidemiology, Risk Factors, Patterns of Presentation, Diagnosis, and Management of Colon Ischemia // Am J Gastroenterol 2015. No. 110. P. 18–44.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Арямкина Ольга Леонидовна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: AOL56@yandex.ru

Рыбалка Оксана Олеговна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: oksana-r-2011@mail.ru

Савоненкова Людмила Николаевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии, Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия.

E-mail: ya.savonenkova@yandex.ru

ABOUT THE AUTHORS

Olga L. Aryamkina – Doctor of Sciences (Medicine), Professor, Head, Internal Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: AOL56@yandex.ru

Oksana O. Rybalka – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor, Internal Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: oksana-r-2011@mail.ru

Lyudmila N. Savonenkova – Doctor of Sciences (Medicine), Professor of the Faculty Therapy Department, Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia.

E-mail: ya.savonenkova@yandex.ru