

ИШЕМИЧЕСКИЙ КОЛИТ У БОЛЬНОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ  
АОРТОАРТЕРИТОМ  
(КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)Д.Е. КУШИМОВА<sup>1</sup>, Д.А. КАЙБУЛЛАЕВА<sup>2</sup>, И.Ж. ТАЛИПОВА<sup>1</sup>, М.Б. АЛИЕВА<sup>3</sup>,  
Д.С. НУРМАНОВА<sup>1</sup><sup>1</sup>Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан<sup>3</sup>Актюбинский медицинский центр, Клинико-диагностическое отделение, Актобе, КазахстанД.Е. Кушимова – <https://orcid.org/0000-0002-3252-9764>; SPIN 3438 – 0948Д.А. Кайбуллаева – <https://orcid.org/0000-0002-7470-6589>И.Ж. Талипова – <https://orcid.org/0000-0002-5450-7056>; SPIN 8383-5504М.Б. Алиева – <https://orcid.org/0000-0003-4709-8036>Д.С. Нурманова – <https://orcid.org/0000-0002-7543-7587>; SPIN 4921 – 4025

## For citing/

библиографиялық сілтеме/

библиографическая ссылка:

Kushimova DE, Kaibullayeva DA, Talipova IZh, Aliyeva MB, Nurmanova DS. Ischemic colitis in a patient with nonspecific aortoarteritis. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):76–85.

Кушимова ДЕ, Кайбуллаева ДА, Талипова ИЖ, Алиева МБ, Нурманова ДС. Бейспецификалық аортоартериитпен ауыратын науқастағы ишемиялық колит. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):76–85.

Кушимова ДЕ, Кайбуллаева ДА, Талипова ИЖ, Алиева МБ, Нурманова ДС. Ишемический колит у больной неспецифическим аортоартериитом. West Kazakhstan Medical Journal 2020; 62(1):76–85.

**Ischemic colitis in a patient with nonspecific aortoarteritis (brief literature review and clinical case)**D.E. Kushimova<sup>1</sup>, D.A. Kaibullayeva<sup>2</sup>, I.Zh. Talipova<sup>1</sup>, M.B. Aliyeva<sup>3</sup>, D.S. Nurmanova<sup>1</sup><sup>1</sup>West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan,<sup>2</sup>Asfendiyarov Kazakh Medical University, Almaty, Kazakhstan<sup>3</sup>Aktobe Medical Center, Consultative and Diagnostic Department No.1, Aktobe, Kazakhstan

A brief literature review and the clinical case of ischemic colitis in a patient with nonspecific aortoarteritis is considered in the article. Our clinical case demonstrates the difficulties to make the diagnosis of nonspecific aortoarteritis and the causes of total erosive colitis in a 31 year old woman. A differential diagnosis was made between overlap syndrome of nonspecific aortoarteritis with inflammatory intestine disease - ulcerative colitis or Crohn's disease and visceral lesion of the intestine with nonspecific aortoarteritis - ischemic colitis. The following was taken into account: diarrhea syndrome in the onset of the disease and throughout the clinical course, the results of ileocolonoscopy (erosive lesions of the rectum and colon), the results of histological examination (diffuse leukocyte infiltration of the colon mucosa), high calprotectin up to 2298.62  $\mu\text{g} / \text{g}$  ., increased ESR and C-reactive protein, type 3 clinical variant of nonspecific aortoarteritis (involvement of the descending aorta with occlusions of the superior mesenteric and left renal artery, advanced arc Riolana), systolic murmur over the abdominal aorta. To differentiate Crohn's disease and ulcerative colitis, a serological blood test was made for markers of Crohn's disease (ASCA) and ulcerative colitis (ANCA). To clarify the degree of damage to the heart and the vascular bed, echocardiography, duplex scanning of the extracranial divisions of the brachycephalic arteries, and computer angiography of the cervical, thoracic, and abdominal aorta were performed.

The results of conducted surveys allowed us to exclude inflammatory intestine diseases, to reveal progression of nonspecific aortoarteritis and to make the diagnosis of ischemic colitis associated with the underlying disease.

**Keywords:** nonspecific aortoarteritis, ischemic colitis, ulcerative colitis, Crohn's disease, computer angiography, ileocolonoscopy.

**Бейспецификалық аортоартериитпен ауыратын науқастағы ишемиялық колит (қысқаша әдеби шолу және клиникалық жағдай)**Д.Е. Кушимова<sup>1</sup>, Д.А. Кайбуллаева<sup>2</sup>, И.Ж. Талипова<sup>1</sup>, М.Б. Алиева<sup>3</sup>,  
Д.С. Нурманова<sup>1</sup>Кушимова Д.Е.  
e-mail: [dkushimova@mail.ru](mailto:dkushimova@mail.ru)Received/  
Келіп түсті/  
Поступила:  
11.02.2020Accepted/  
Басылымға қабылданды/  
Принята к публикации:  
13.03.2020SSN 2707-6180 (Print)  
© 2020 The Authors  
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov  
Medical University

<sup>1</sup>Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

<sup>2</sup>С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы, Қазақстан

<sup>3</sup>Ақтөбе медициналық орталығы, №1 ҚДБ, Ақтөбе, Қазақстан

Бейспецификалық аortoартериитпен ауыратын науқастағы ишемиялық колиттің клиникалық жағдайы және әдебиетке қысқаша шолу көрсетілген. Ұсынылған бақылауда бейспецификалық аortoартериит диагнозын қою қиындығын және 31 жастағы жас әйелдегі тотальды эрозивті колиттің себептерін көрсетеді. Аурудың дебютінде және барлық клиникалық ағымында диарейалық синдромды ескере отырып, илеоколоноскопия нәтижелері (тік және тоқ ішектің эрозивті зақымдануы), гистологиялық зерттеу нәтижелері (тоқ ішектің шырышты қабығының диффузды лейкоцитарлық инфильтрациясы), кальпротектиннің жоғары деңгейі 2298,62 мкг/г дейін, ЭТЖ және С-реактивті ақуыздың жоғары көрсеткіштері, бейспецификалық аortoартерииттің клиникалық вариантының 3 түрі (жоғарғы шажырқай және сол жақ бүйрек артериясының окклюзиясымен, Риолан доғасының дамуымен қолқаның құлдилама бөлігін тарту), құрсақ қолқасының үстіндегі систолалық шу, ішектің қабыну аурулары бар бейспецификалық аortoартерииттің оверлап-синдромы арасында – жаралы колит немесе Крон ауруы және бейспецификалық аortoартериит кезіндегі ішектің висцералды зақымдануы – ишемиялық колит арасында екшеу диагнозы жүргізілді. Крон ауруы мен жаралы колит ауруын екшеу үшін Крон (ASCA) және жаралы колит (ANCA) маркерлеріне қанды серологиялық зерттеу жүргізілді. Жүректің және тамыр арнасының зақымдану дәрежесін анықтау үшін эхокардиография, брахицефалды артериялардың бассүйектен тыс бөліктерін дуплексті сканерлеу, қолқаның мойын, кеуде және құрсақ сегменттерінің компьютерлік ангиографиясы жүргізілді. Жүргізілген зерттеулердің нәтижелері ішектің қабыну ауруларын жоққа шығаруға, бейспецификалық аortoартерииттің үдемелі ағымын анықтауға және негізгі ауру фонында ишемиялық колит диагнозын анықтауға мүмкіндік берді.

**Негізгі сөздер:** бейспецификалық аortoартериит, ишемиялық колит, жаралы колит, Крон ауруы, компьютерлік ангиография, тотальды илеоколоноскопия.

#### **Ишемический колит у больной неспецифическим аortoартериитом (краткий обзор литературы и клинический случай)**

Д.Е. Кушимова<sup>1</sup>, Д.А. Кайбуллаева<sup>2</sup>, И.Ж. Талипова<sup>1</sup>, М.Б. Алиева<sup>3</sup>, Д.С. Нурманова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе, Казахстан

<sup>2</sup>Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

<sup>3</sup>Актюбинский медицинский центр, Клинико-диагностическое отделение, Ақтөбе, Казахстан

Представлен краткий обзор литературы и клинический случай ишемического колита у больной неспецифическим аortoартериитом. Представленное наблюдение демонстрирует сложности установления диагноза неспецифического аortoартериита и причины тотального эрозивного колита у молодой женщины, 31 лет. Учитывая диарейный синдром в дебюте заболевания и на протяжении всего клинического течения, результаты илеоколоноскопии (эрозивное поражение прямой и толстой кишки), результаты гистологического исследования (диффузная лейкоцитарная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки), высокий уровень кальпротектина до 2298,62 мкг/г, повышенные показатели СОЭ и С-реактивного белка, 3 тип клинического варианта неспецифического аortoартериита (вовлечение нисходящего отдела аорты с окклюзиями верхней брыжеечной и левой почечной артерий, развитой дуги Риолана), систолический шум над брюшной аортой, дифференциальный диагноз проводился между оверлап-синдромом неспецифического аortoартериита с воспалительными заболеваниями кишечника – язвенным колитом или болезнью Крона и висцеральным поражением кишечника при неспецифическом аortoартериите – ишемическим колитом. Для дифференциации болезни Крона и язвенного колита проведено серологическое исследование крови на маркеры болезни Крона (ASCA) и язвенного колита (ANCA). Для уточнения степени поражения сердца и сосудистого русла проведены эхокардиография, дуплексное сканирование внечерепных отделов брахицефальных артерий, компьютерная ангиография шейного, грудного и брюшного сегментов аорты.

Результаты проведенных исследований позволили исключить воспалительные заболевания кишечника, выявить прогрессирующее течение неспецифического аortoартериита и установить диагноз ишемического колита на фоне основного заболевания.

**Ключевые слова:** неспецифический аortoартериит, ишемический колит, язвенный колит, болезнь Крона, компьютерная ангиография, тотальная илеоколоноскопия.

## Введение

Неспецифический аortoартериит (НАА) относится к группе системных васкулитов и представляет собой хронический гранулематозный артериит с преимущественным поражением аорты и ее основных ветвей. Относительная редкость патологии, многообразие клинических проявлений и неспецифические системные проявления на ранних стадиях заболевания (слабость, артралгия, миалгия, лихорадка) становятся одной из причин поздней диагностики заболевания. Заподозрить НАА позволяет присутствие на фоне системного воспалительного процесса признаков генерализованного поражения аорты и её ветвей: артерий верхних конечностей, коронарных, мозговых артерий, абдоминальной ишемии у лиц моложе 40 лет [1-3]. НАА приводит к одновременному поражению аорты и многочисленных её ветвей. В процесс вовлекаются подключичные и сонные артерии (70-90%), реже – дуга и нисходящая часть аорты, почечные и лёгочные артерии (30-50%), еще реже – брюшная аорта, чревный ствол, мезентериальные, общие подвздошные и коронарные артерии (10- 30%). Крайне редко встречается изолированное поражение лёгочной, печёночной или подвздошной артерий [4].

Этиология заболевания не установлена. Среди возможных причин обсуждают роль инфекции (в частности туберкулеза), вирусов, лекарственной непереносимости. Имеются сведения о генетической предрасположенности, что иллюстрируется развитием болезни у однойцевых близнецов и связью с HLA Bw52, Dw12, DR2 и DQw (в японской популяции) [1, 3].

В патогенезе заболевания большое значение отводят аутоиммунным механизмам. В патологический процесс вовлекаются vasa vasorum, медиа и адвентиция аорты и крупных кровеносных сосудов в области их устья или проксимальных отделов. При микроскопическом исследовании выявляют мукоидное набухание, фибриноидный некроз, инфильтративно-пролиферативную клеточную реакцию и склероз стенок пораженных отделов сосудистой системы с характерной картиной сегментарного деструктивного, деструктивно-пролиферативного и фибропластического панаортита и панартериита. Деструкция эластического каркаса может привести к формированию аневризмы, а тромбоваскулит и деформация просвета сосудов – к артериальной окклюзии, что клинически проявляется ишемическими расстройствами и синдромом асимметрии или отсутствия пульса [1].

В основе современной классификации НАА (Конференция Такаясу – Токио, 1994), лежат результаты ангиографического исследования. В зависимости от сосудов, вовлеченных в патологический процесс, выделяют 5 типов данного заболевания (табл.1) [1, 5].

Таблица 1. Клинические варианты неспецифического аortoартериита

Тип	Вовлечение сосудов
Тип 1	Ветви дуги аорты
Тип 2а	Восходящая аорта, дуга аорты и её ветви
Тип 2б	Тип 2а + грудная нисходящая аорта
Тип 3	Грудная нисходящая аорта, брюшная аорта и/или почечные артерии
Тип 4	Брюшная аорта и/или почечные артерии
Тип 5	Тип 2б + Тип 4

Соответственно характеру и локализации сосудистого поражения, НАА может носить различные клинические «маски» или их сочетания, что также создает сложности в установлении диагноза у таких больных. По данным литературы, НАА также может носить клиническую маску язвенной болезни и неспецифического язвенного колита [4]. В основе поражения кишечника при артериите Такаясу лежит хроническая мезентериальная ишемия. Благодаря развитой системе коллатералей (между чревным стволом, верхней и нижней брыжеечными артериями) клиническая манифестация мезентериальной ишемии развивается только в случае окклюзии или субтотального стеноза двух из трех артериальных стволов, кровоснабжающих кишечник. Стеноз мезентериальной артерии при НАА располагается в проксимальном её отделе и сочетается с поражением брюшной аорты и почечных артерий [6, 7].

Клинические проявления хронической мезентериальной ишемии имеют неспецифический характер. У больных появляется метеоризм, неустойчивость стула, беспричинная смена поноса запором, иногда значительная потеря массы тела. Единственным специфическим симптомом данного заболевания является систолический шум в эпигастральной области, но выслушивается он менее чем у половины больных [7, 8].

Ишемические поражения толстой кишки особенно часто развиваются в области селезеночного изгиба, поскольку данный отдел кишки в наименьшей степени обеспечен сосудистыми коллатералами. Ишемия толстой кишки может манифестировать обратимыми

или необратимыми повреждениями. Под обратимым повреждением подразумевают колонопатию, проявляющуюся субэпителиальными кровоизлияниями или отеком, и колит – как следующую стадию патологического процесса с изъязвлениями слизистой оболочки. При обратимом повреждении рассасывание геморрагий происходит довольно быстро, обычно в течение 3 дней. Изъязвления могут сохраняться в течение нескольких месяцев до полной эпителизации и протекать бессимптомно [6]. При обратимой стадии ишемии толстой кишки для восстановления слизистой оболочки толстой кишки обычно достаточно назначение адекватной иммуносупрессивной терапии НАА. При тяжелой ишемии органа методом выбора является хирургическое лечение. Ишемический колит при НАА имеет неблагоприятный прогноз [9-11].

В диагностике артериальных стенозов и аневризм ведущую роль играет дуплексная сонография – наиболее дешевый, неинвазивный и скрининговый метод для отбора больных на ангиографию [1-3, 12].

Наиболее точные данные, характеризующие особенности анатомических изменений сосудов, позволяет получить ангиография, сохраняющая свое значение «золотого стандарта» в диагностике НАА [1, 5, 12]. Установлено, что ни при каком из других известных заболеваний коллатерали между висцеральными артериями не бывают столь сильно развитыми, как при НАА. Развитая дуга Риолана (основной коллатеральный путь между системами верхней и нижней брыжеечных артерий), заполняющаяся ретроградно и выявляемая при ангиографическом исследовании у пациентов молодого возраста, является патогномичным симптомом артериита Такаясу [9].

Кроме трудностей диагностики НАА определенная сложность вызывает дифференциальная диагностика этого заболевания с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), включающими болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). На сегодняшний день данные литературы по этому вопросу весьма неоднозначны. По мнению некоторых исследователей, НАА может сочетаться с БК и ЯК [13, 14], и на данный момент в мире зарегистрировано 60 случаев ассоциации болезни Такаясу с БК [15] и 50 с ЯК [16]. Другие авторы рассматривают артериит Такаясу как внекишечное проявление ВЗК [17-19]. Считается, что внекишечные проявления ВЗК представляют собой аномальные реакции иммунной системы, проявляющиеся выработкой антител к собственным клеточным белкам, развитием гранулематозного воспаления и васкулитов не только в кишечнике, но и в других органах [20]. Большинство крупных исследований свидетельствует о большей распространенности внекишечных проявлений при БК по сравнению с ЯК [21]; в то же время отдельные работы демонстрируют примерно одинаковую их частоту [22].

Основу лечения НАА составляет иммунодепрессивная терапия. На сегодняшний день можно выделить 2 ведущие модели лечения. 1-я схема: монотера-

пия преднизолоном (ПЗ). ПЗ назначается в активную фазу в первоначальной дозе 1 мг/кг. Дальнейшее снижение дозы до 5 – 7,5 мг/сут возможно только после стабильной нормализации СОЭ (меньше 10 мм/ч) в течение 3-6 месяцев. ПЗ может быть отменен только в случае отсутствия клинических признаков рецидива и длительной нормализации СОЭ. 2-я схема: комбинация ПЗ в дозе 0,5 – 1 мг/кг + метотрексат (МТ). После достижения ремиссии на фоне МТ доза ПЗ постепенно снижается в течение 6 месяцев, а затем в течение следующих 6 месяцев ПЗ должен быть отменен. Если дозу ПЗ не удалось снизить и затем отменить после 12 месяцев такой терапии, необходимо индивидуально подбирать альтернативную схему лечения. Вместе с иммуносупрессивной терапией должна проводиться по общим принципам антигипертензивная и антиагрегантная терапия [1, 23].

Приводим собственное наблюдение тотального эрозивного поражения кишечника у больной НАА.

Клиническое наблюдение

Больная Ш., 31 год. В 2010 г., в возрасте 22 лет, у больной впервые появились боли в левом подреберье, боли в поясничной области слева, кашицеобразный стул с примесью слизи до 5-6 раз в сутки. Обследовалась амбулаторно. Инфекционная и паразитарная причины диареи исключены. Состояние расценено как обострение хронического пиелонефрита. Лечилась в стационаре, получила курс лечения антибиотиками. На фоне антибактериальной терапии наблюдалось учащение стула до 10 раз в день. Осенью 2010 г. – повышение температуры тела до 37,5-37,8°C, которое сохранялось на протяжении года; присоединились боли в локтевых, коленных, голеностопных суставах. Пациентка получала симптоматическое лечение, но состояние прогрессивно ухудшалось: появилась и стала нарастать одышка в покое, усиливающаяся при ходьбе и в горизонтальном положении; приступообразный сухой кашель, усиливающийся в положении лежа; потеря веса на 20 кг, выраженная слабость.

При обследовании в ноябре 2011 г. выявлены лабораторные признаки анемии (Hb – 91 г/л, эритроциты – 4,82x10<sup>12</sup>/л), лейкоцитоз до 10,6x10<sup>9</sup>/л, ускорение СОЭ до 50 мм/час. При эхокардиоскопии выявлен выпот в полости перикарда – 500 мл. При ультразвуковой доплерографии внечерепных отделов брахицефальных артерий и абдоминального отдела аорты выявлены: 1. Артериит общих сонных артерий (ОСА) с обеих сторон с дилатацией просвета сосудов и пристеночными, фиксированными фибрированными тромбами, стенозирующими просвет данных сосудов; 2. Непрямолинейность хода позвоночных артерий в каналах поперечных отростков шейных позвонков; 3. Гемодинамически значимых препятствий кровотоку в брюшном отделе аорты и в подвздошных артериях не выявлено. Установлен диагноз: Болезнь Такаясу. Инфекция мочевыводящих путей. Анемия легкой степени сложного генеза. Даны рекомендации принимать преднизолон 45 мг/день внутрь в течение месяца, с



дальнейшим постепенным снижением дозы до 10 мг/день.

В январе 2012 г. вновь ухудшение состояния. Беспокоили боли за грудиной постоянного характера, сердцебиение, одышка при незначительной физической нагрузке, головная боль в левой височной области, утомляемость нижних конечностей при ходьбе на 200 метров, диарея, потеря веса, слабость. В феврале 2012 г. с вышеописанными жалобами госпитализирована в ангиохирургическое отделение НЦХ имени А.Н. Сызганова. Status localis при осмотре: пульсация лучевых артерий ослаблена справа. Пульсация височных и сонных артерий определяется с обеих сторон, над сонными артериями с обеих сторон отмечается систолический шум, больше справа. Справа в надключичной и подключичной областях имеется грубый систолический шум. Справа проба с отведением положительна. Над брюшной аортой, почечной артериями шумовой симптоматики не выявлено. Кожные покровы нижних конечностей обычной окраски, стопы теплые, пульсация магистральных артерий определяется, шумовой симптоматики нет. При панангиографии: Выявлены аневризма восходящей и нисходящей части грудного отдела аорты. Аневризма брахицефального ствола, общих сонных артерий. Окклюзия левой почечной артерии. Окклюзия верхней брыжеечной артерии от устья. Верхняя брыжеечная артерия кровоснабжается через функционирующий Риоланов круг. Стеноз наружной сонной артерии до 40%. Вариант отхождения левой сонной артерии от брахицефального ствола.

Установлен клинический диагноз: неспецифический аортоартериит, III тип, тяжелое течение. Аневризма восходящей и нисходящей части грудного отдела аорты. Аневризма брахицефального ствола, общих сонных артерий. Стеноз наружной сонной артерии до 40%. Окклюзия левой почечной артерии. Окклюзия верхней брыжеечной артерии. Гипохромная анемия средней степени тяжести. ОРВИ. Субатрофический гастрит вне обострения. Учитывая признаки активности воспалительного процесса (СОЭ – 43-55 мм/час), длительную диарею и наличие сопутствующего ОРВИ, хирургическое лечение представляло повышенный риск.

Для стабилизации состояния пациентке предложено продолжить лечение в ревматологическом отделении НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, где больная находилась с 28.02. по 12.03. 2012 г. Больная получила следующее лечение: Преднизолон (5 мг по 2 таб №4, 5 мг по 4 таб №6), Солу-медрол (250 мг в/в кап №3), Медовир (250 мг в/в кап №3), Арикстра (2,5 мг п/к №6), ТромбоАсс (100 мг №12), Омез (20 мг №12). На момент выписки пациентку периодически беспокоили головные боли, колющие боли в области сердца. Объективно: состояние средней тяжести, в динамике с улучшением. Кожные покровы обычной окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 уд в 1 мин. АД справа – 120/80, слева – 125/80 мм рт. ст. Живот

мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей. Периферических отеков нет. По результатам лабораторных анализов – воспалительная активность заболевания снижена (СОЭ – 10 мм/ч, С-реактивный белок – 5,17 мг/л). Больная выписана из стационара с рекомендацией повторной госпитализации в отдел кардиохирургии ННЦХ им. Сызганова по порталу для оказания ВСМП (операция Борста).

От предложенного хирургического лечения больная отказалась. С 2012 по 2018 гг. лечилась самостоятельно – при ухудшении состояния повышала дозу ПЗ до 20 мг/сут, при улучшении – снижала дозу до 10 мг в день. При попытках снижения дозы меньше 10 мг в день отмечала появление головной боли, чувство онемения рук, общую слабость. На диспансерный учет с диагнозом НАА взята в 2018 г.

Ухудшение состояния с лета 2019 г. – беспокоили боли в поясничной области. При УЗИ почек от 06.06.2019 г.: эхо-картина гипоплазии левой почки. Викарно увеличенная правая почка. Осмотрена нефрологом 10.06.19 г.: Болезнь Такаясу, III тип. Окклюзия левой почечной артерии с исходом в нефросклероз левой почки. Функция правой почки сохранена. СКФ по СКД EPI – 95 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Симптоматическая артериальная гипертензия. Назначено лечение: амлодипин 5 мг 1 раз в день, постоянно; кардиомагнил 75 мг в день после консультации ревматолога, аторис 10 мг в день в течение 3-х месяцев.

27.11.2019 г. обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на жидкий стул водянистого характера до 15-20 раз в сутки (ночной до 7 раз) с примесью слизи и крови, потерю веса на 10 кг за 1 месяц, боли в области поясницы и в околопупочной области, головокружение, общую слабость. Боли в околопупочной области усиливаются после приема пищи, в связи, с чем больная принимает пищу малыми порциями. Синдром диареи периодически беспокоит с 2010 г. Ухудшение состояния в течение месяца. Из анамнеза жизни: 1 беременность, во время которой в августе 2017 г. произошел разрыв кисты левого яичника. В сентябре 2017 г. беременность прервана по поводу пузырного заноса. На момент осмотра принимает преднизолон 10 мг/сут. по поводу НАА.

Status praesens: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Нормостенического телосложения. Рост – 165 см, вес – 65 кг, ИМТ – 23,03 кг / м<sup>2</sup> (норма). Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, чистые. Деформации костно-суставной системы нет. В легких дыхание везикулярное. Область сердца не изменена. Пульс 80 в 1 минуту, ослаблен на левой лучевой артерии. Тоны сердца приглушены, грубый систолический шум над всеми точками, ритм правильный. Выраженный систолический шум над сонными и подключичными артериями. АД на руках: справа – 140/70, слева – 90/60 мм рт. ст. Пульсация на сосудах нижних конечностей сохранена. Аппетит сохранен. Акт глотания не нарушен. Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен

в области пупка, по ходу толстого кишечника. Систолический шум в проекции брюшной аорты. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Область почек без видимой патологии. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отеков нет.

При обследовании выявлены признаки легкой анемии, острофазовые показатели: СОЭ – 37 мм/ч., С-реактивный белок – 86,9 мг/л; эхо-признаки умеренных диффузных изменений поджелудочной железы. Тотальная колоноскопия с интубацией терминального отдела подвздошной кишки: на всем протяжении прямой и толстой кишки слизистая диффузно, непрерывно гиперемирована и отечна, с множественными эрозивными дефектами, сливающимися между собой,

субэпителиальными геморрагическими очагами, с густой мутной слизью, более выражено в левых отделах. Просвет несколько сужен, тонус сохранен, гаустрация слабая, местами сглажена, контактно отмечается ранимость (рис1).

**Заключение:** неспецифический язвенный колит в стадии умеренной (ближе к максимальной) степени активности. Гистологическое заключение: в материале слизистая толстого кишечника с диффузными лейкоцитарными инфильтрациями.

**Клинический диагноз:** язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, тотальное поражение, умеренной степени активности. Хроническая анемия легкой степени тяжести. Учитывая наличие у больной НАА, исключить ишемический колит.

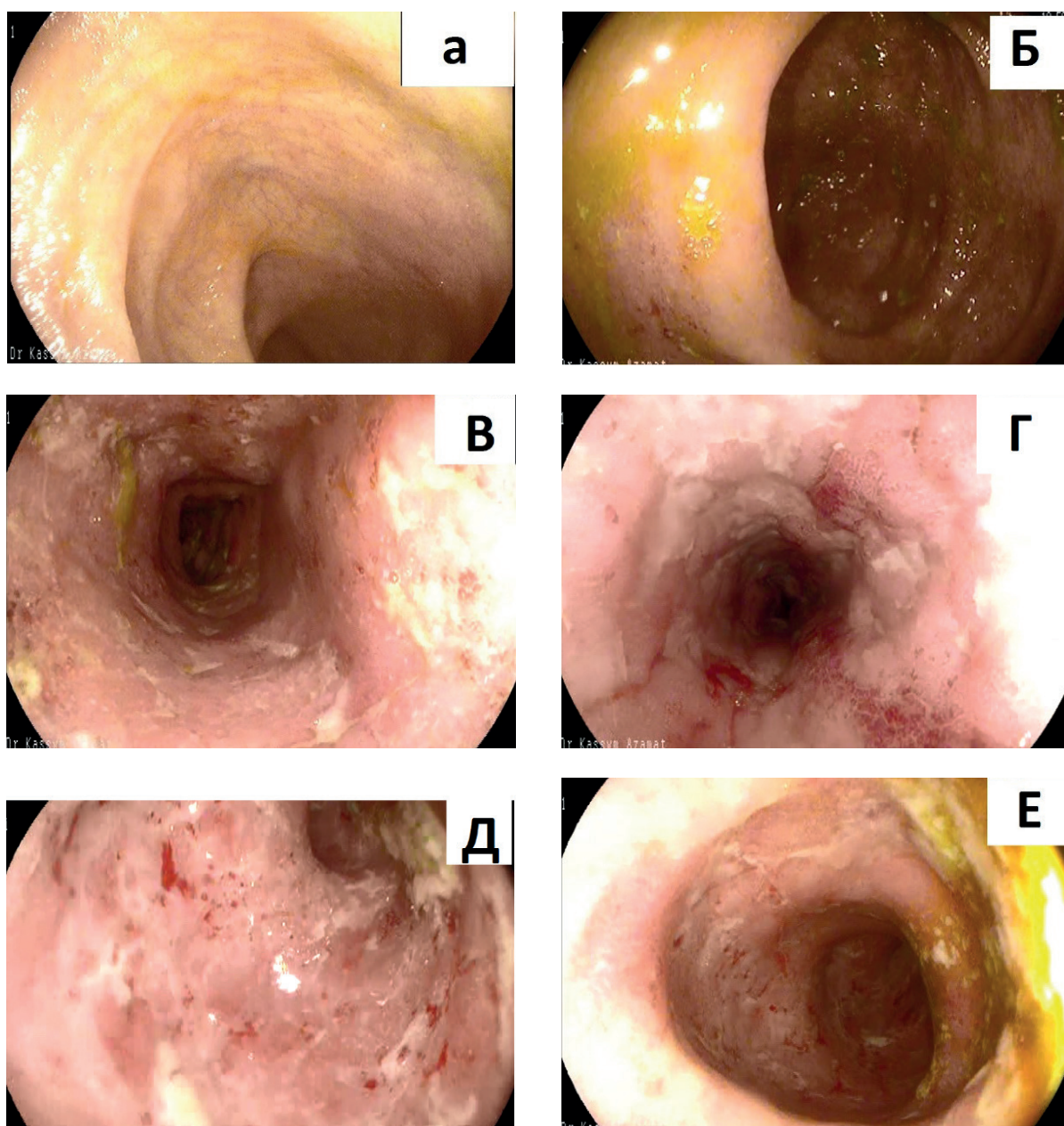


Рисунок 1. Тотальная илеоколоноскопия (а – подвздошная кишка, б – купол слепой кишки, в – поперечная кишка, г - нисходящий отдел, д – сигмовидная кишка, е – прямая кишка)

Больной начал курс индукции ремиссии преднизолоном и базисное лечение ЯК. При повторном осмотре через 2 недели состояние больной улучшилось – уменьшилась диарея до 2 раз в день, при этом сохраняются ложные позывы на дефекацию до 5-6 раз в день, кал кашицеобразный с примесью слизи, сохраняется болевой абдоминальный синдром, связанный с приемом пищи. Острофазовые показатели: СОЭ – 29 мм/час, С-реактивный белок – 18,19 мг/л.

Дальнейшее наблюдение за больной проводилось гастроэнтерологом совместно с ревматологом. Проведена коррекция лечения НАА: Преднизолон 30 мг/сут в течение месяца + Метотрексат 15 мг/неделю подкожно, препараты для профилактики осложнений иммуносупрессивной терапии, антигипертензивная и антиагрегантная терапия.

Проведена консультация с использованием телемедицины с главным специалистом центра ВЗК НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. Согласован план диагностических мероприятий для установления причины тотального язвенного колита у больной. Дифференциальный диагноз проводился между оверлап-синдромом НАА с воспалительными заболеваниями кишечника (ЯК или БК) и ишемическим колитом – висцеральным поражением кишечника при НАА. Для уточнения нозологической формы ВЗК рекомендованы: 1. серологическое исследование крови: ASCA, ANCA (p-ANCA, c-ANCA); 2. МР-энтерография. Для подтверждения диагноза ишемического колита показано проведение КТ-ангиографии брюшного отдела аорты.

Результаты проведенных контрольных исследований: ЭхоКГ от 05.02.2020 г. Заключение: Аневризма корня аорты, синотубулярного соединения, восходящего отдела аорты (без признаков расслоения). Расширение дуги и нисходящего отдела аорты. Увеличены левые камеры сердца. Насосная функция левого желудочка сохранена. ФВ 55%. Сократительная функция левого желудочка снижена (гипокинез базально-перегородочного, базально-нижнего, средне-нижнего сегментов, снижена степень систолического утолщения средне-перегородочного, апикально-перегородочного сегментов). Гипертрофия миокарда ЛЖ. Аортальная регургитация 2 степени. Митральная регургитация 1 степени. Ствол ЛА несколько расширен. МЖП эхо-Чсилена. Не исключается наличие открытого овального окна. Незначительное количество жидкости в полости перикарда. В плевральных полостях жидкости не выявлено.

Цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахицефальных артерий от 05.02.2020 г.

#### **Заключение:**

1. Ультразвуковая картина аорто-артериита со стенозированием: левой ОСА на 35% (диаметр в проксимальном сегменте 1,72 см); левой каротидной бифуркации на 45%; наружных сонных артерий

на 55-60-65% слева и на 50-55% справа; внутренних сонных артерий на 55% слева и на 45-50% справа; проксимального сегмента подключичных артерий на 70-75-80% слева и на 45-50% справа. Оклюзия правой ОСА на всем протяжении, массы гетерогенные, диаметр дилатирован до 2,13-2,25-2,28 см. Диаметр брахицефального ствола дилатирован до 2,7-2,8 см. 2. Гипоплазия левой позвоночной артерии.

2. КТ ангиография грудного отдела, шейного сегмента и брюшного сегмента от 06.02.2020 г. Заключение: КТ картина более характерна для неспецифического аорто-артериита (синдром Такаюсу). Аневризма восходящего отдела и дуги грудной аорты. Аневризма брахицефального ствола. Оклюзия правой общей сонной артерии. Критический стеноз левой подключичной артерии. Чревной ствол с максимальным диаметром до 0,77 см, в проксимальном отделе на протяжении 0,6 см отмечен участок стеноза до 65%. Верхняя брыжеечная артерия на всем протяжении стенозирована, диаметром до 0,44 см. Удвоение правой почечной артерии. Левая почечная артерия диаметром до 0,23 см. Гипоплазия левой почки. Нижняя брыжеечная артерия на всем протяжении дилатирована, диаметром до 0,7 см. Артериальные коллатерали между нижней брыжеечной, селезеночной и верхней брыжеечной артериями, через которые осуществляется кровоснабжение петель тонкого кишечника. Рисунок 2, 3, 4, 5.

Кровь на ANCA скрининг (антигены PR3, MPO) от 09.02.2020 г.: 0,30 (отрицательно). Кровь на антитела к ASCA (IgA) – 3,20 U/ml, ASCA (IgG) – 2,10 U/ml от 09.02.2020 г. Кальпротектин от 09.02.2020 г.: 2298,62 мкг/г. Кровь на С-реактивный белок от 09.02.2020 г.: 13,72 мг/л

#### **Обсуждение**

Особенностью данного клинического наблюдения является развитие у больной НАА тотального язвенного колита. В дебюте заболевания (2010 г.) наряду с описанными выше симптомами неспецифического воспаления у пациентки впервые появился синдром диареи – жидкий стул с примесью слизи до 5-6 раз в сутки, который наблюдался на всем протяжении течения заболевания. Выраженное обострение диарейного синдрома до 15-20 раз в сутки (ночная дефекация до 7 раз) с присутствием в кале слизи и крови наблюдалось в ноябре 2019 г. Дифференциальный диагноз проводился между хронической мезентериальной ишемией при НАА и оверлап-синдромом НАА с воспалительными заболеваниями кишечника (ЯК или БК).

Учитывая жалобы больной на связь усиления абдоминальных болей с приемом пищи, систолический шум над брюшной аортой при объективном осмотре, стеноз проксимального отдела чревного ствола, протяженный стеноз верхней брыжеечной артерии, дилатацию нижней брыжеечной артерии, коллатерали между нижней брыжеечной, селезеночной и верхней брыжеечной артериями, нитевидную (диаметром до 0,23



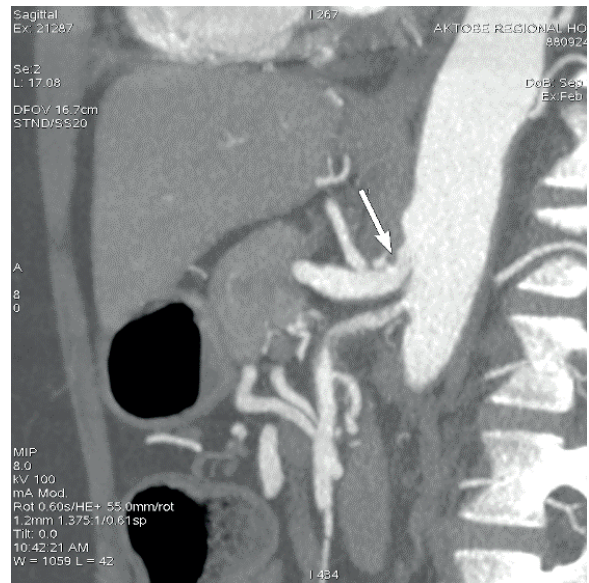
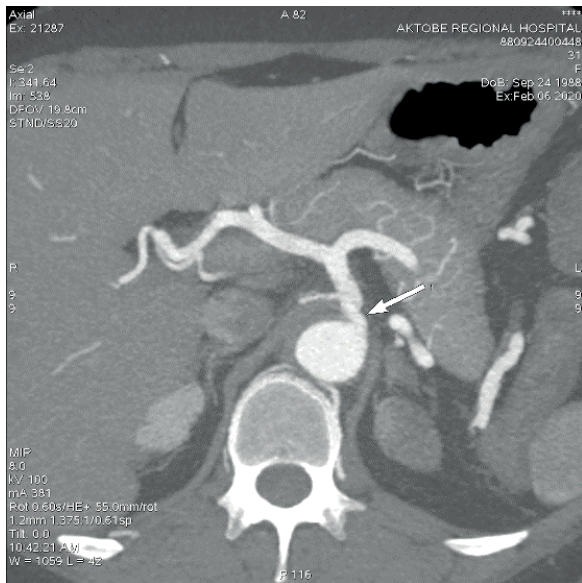


Рисунок 2. Стеноз чревного ствола (слева - в аксиальной проекции, справа – в сагиттальной плоскости)

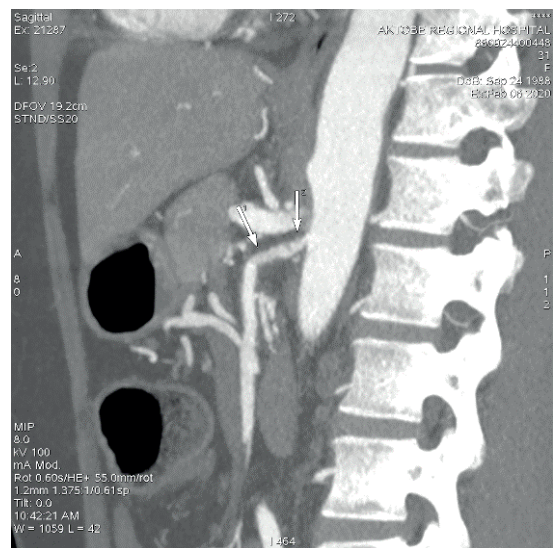
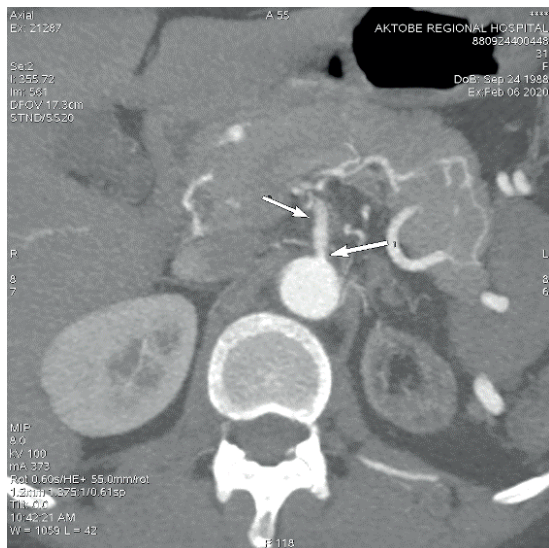


Рисунок 3. Стеноз верхней брыжеечной артерии (слева - в аксиальной проекции, справа – в сагиттальной плоскости)

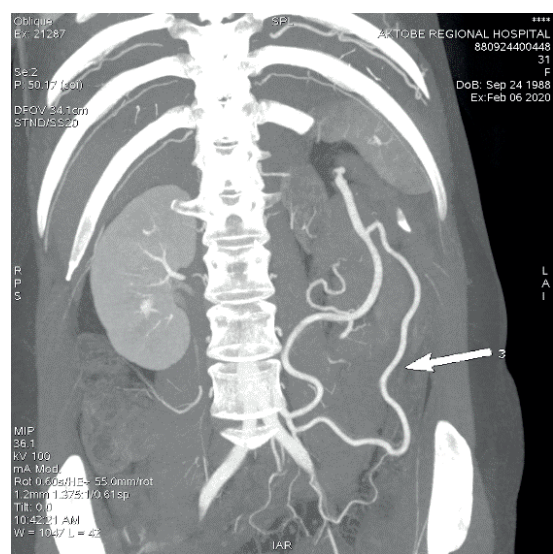
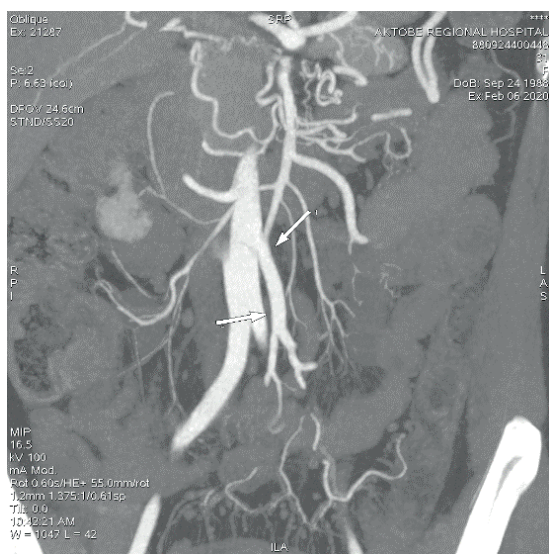


Рисунок 4. Дилатация нижней брыжеечной артерии (слева - в аксиальной проекции, справа – в сагиттальной плоскости)



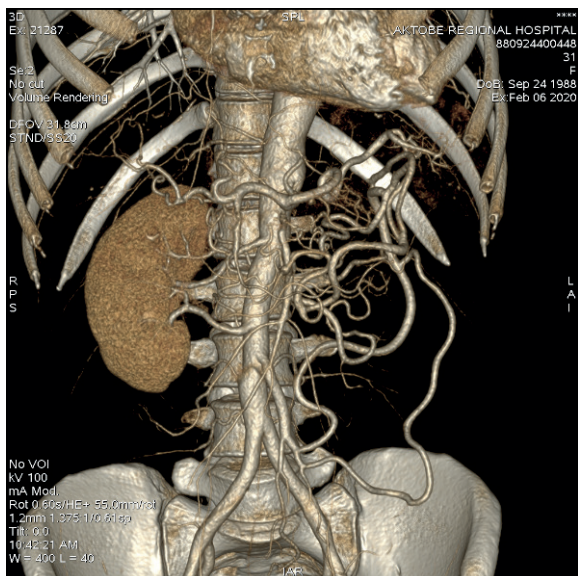


Рисунок 5. Артериальные коллатерали между нижней брыжеечной, селезеночной и верхней брыжеечной артериями. Видно увеличенная правая почка

см) левую почечную артерию по данным контрольной КТ ангиографии брюшного сегмента аорты, тотальное эрозивное поражение прямой и всей толстой кишки, более выраженное в её левых отделах по данным колоноскопии, отрицательные результаты серологического исследования крови на ASCA, ANCA, позволяющие исключить болезнь Крона и язвенный колит (соответственно), больной установлен клинический диагноз: Неспецифический аортоартериит, III тип, тяжелое течение. Аневризма восходящего отдела и дуги грудной аорты с формированием недостаточности аортального клапана. Аневризма брахицефального ствола. Оклюзия правой общей сонной артерии. Симптоматическая артериальная гипертензия. Критический стеноз левой подключичной артерии. Стенозы чревного ствола и

верхней брыжеечной артерии. Хроническая мезентеральная ишемия (ишемический колит). Сопутствующий диагноз: Врожденная гипоплазия левой почки.

На прогрессирующее течение заболевания и развитие осложнений НАА, в том числе ишемического колита, в данном клиническом случае оказало влияние длительное отсутствие должного врачебного наблюдения за пациенткой с контролем активности воспалительного процесса и, как следствие, неадекватность проводимой терапии.

Для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего ведения больная направлена в ревматологическое отделение НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

*Список литературы / References:*

1. Гончарова НС, Самохвалова МВ, Пахомов АВ. и др. Артериит Такаюсу. Обзор литературы. Артериальная гипертензия 2013;19(6):478–486.  
*Goncharova NS, Samokhvalova MV, Pakhomov AV. i dr. Arteriit Takayasu. Obzor literatury. Arterial'naya gipertenziya 2013;19(6):478–486. (In Russian)*
2. Alibaz-Oner F, Aydin SZ, Direskeneli H. Advances in the diagnosis, assessment and outcome of Takayasu's arteritis. Clin. Rheumatol. 2013 May;32(5):541–6.
3. Wen D, Du X, Ma CS. Takayasu arteritis diagnosis, treatment and prognosis. Int. Rev. Immunol. 2012 Dec; 31(6):462–73.
4. Александров АС, Редников АА, Доманин АА, Александров СА. О многообразии клинических проявлений болезни Такаюсу. Верневолжский мед. журн. 2013;11(1):9–14.  
*Aleksandrov AS, Rednikov AA, Domanin AA, Aleksandrov SA. O mnogoobrazii klinicheskikh proyavlenii bolezni Takayasu. Vernevolzhskii med. zhurn. 2013;11(1):9–14. (In Russian)*
5. Marcio V, Luciana PS, Ronaldo H. et al. Gadolinium-enhanced Three-dimensional MR Angiography of Takayasu Arteritis. RadioGraphics 2004;24:773–786. Publishedonline 10.1148/rg.243035096.
6. Репникова РВ, Штарк АЭ. Эрозивно-язвенный вариант хронической ишемической болезни органов пищеварения. Фундамент. и клин. медицина. 2019;4(1):100–105. Repnikova RV, Shtark AE. Erozivno-yazvennyi variant khronicheskoi ishemicheskoi bolezni organov pishchevareniya. Fundament.i klin. meditsina. 2019;4(1):100–105. (In Russian)
7. Brandt L, Fuerstadt P, Longstreth P, Boley S; American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia. Am. J. Gastroenterol. 2015;110(1):18–44;quiz45. doi: 10.1038/ajg.2014.395.
8. Yadav S, Dave M, Edakkanambeth Varayil J, Harmsen W.S., Tremaine W-J, Zinsmeister A.R. et al. A population-based study of incidence, risk factors, clinical spectrum, and outcomes of

- ischemic colitis. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2015;13(4):731-738.e1-6;quiz41. doi: 10.1016/j.cgh.2014.07.061.
9. Федотова ЕВ, Попов ВА. Хроническая ишемия толстой кишки (обзор литературы). Экология человека. 2016;(6):47–54. Fedotova EV, Popov VA. *Khronicheskaya ishemiya tolstoy kishki (obzor literatury)*. *Ekologiya cheloveka*. 2016;(6):47–54. (In Russian)
  10. Gilshtein H, Hallon K, Kluger Y. Ischemic colitis caused increased early and delayed mortality. World. J. Emerg. Surg. 2018;13:31. doi: 10.1186/s13017-018-0193-2.
  11. Hreinsson JP, Gumundsson S, Kalaitzakis E, Björnsson ES. Lower gastrointestinal bleeding: incidence, etiology, and outcomes in a population-based setting. Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. 2013;25(1):37–43. doi: 10.1097/MEG.0b013e32835948e3.
  12. Смитиенко ИО, Атясова ЕВ, Новиков ПИ. Методы визуализации сосудистого воспаления при артериите Такаясу. МРЖ. 2017;(7):442–445. Smitenko IO, Atyasova EV, Novikov PI. *Metody vizualizatsii sosudistogo vospaleniya pri arteriite Takayasu*. *MRZh*. 2017;(7):442–445. (In Russian)
  13. Хлынова ОВ, Туев АВ, Василец ЛМ, Кузнецова ЕС. Заболевания сердечно-сосудистой системы и воспалительные заболевания кишечника: коморбидность или полиморбидность? Пермский мед. журн. 2017;37(2):94–102. Khlynova OV, Tuev AV, Vasilets LM, Kuznetsova ES. *Zabolevaniya serdechno-sosudistoi sistemy i vospalitelnye zabolevaniya kishchnika: komorbidnost' ili polimorbidnost'? Permskii med. zhurn*. 2017;37(2):94–102. (In Russian)
  14. Rellecke P, Strauer BE. Chronic inflammatory bowel disease and cardiovascular complications. Med. Klin. (Munich). 2006;101(1):56–60.
  15. Kusunoki R, Ishihara S, Sato M. Rare case of Takayasu's arteritis associated with Crohn's disease. Internal. Medicine. 2011;50(15):1581–1585.
  16. Mobini M, Hojati S. Case report: takayasu arteritis associated with ulcerative colitis. J. Govaresh. 2012;17(1):60–63.
  17. Хруцкая МС, Панкратова ЮЮ, Семеняко СВ, Парфененко ТВ. Язвенный колит с внекишечными проявлениями. Леч. дело 2016;48(2):74–78. Khrutskaya MS, Pankratova YuYu, Semenyako SV, Parfenenko TV. *Yazvennyi kolit s vnekishechnymi proyavleniyami*. *Lech. delo* 2016;48(2):74–78. (In Russian)
  18. Kloudova M, Chovanec V, Vodnansky P, Elias P. Takayasu arteritis in Crohn's disease. J.Folia Gastroenterol. Hepatol. 2005;3(3):92–98.
  19. Yorulmaz E, Pehlivanoglu V, Tuncer I, Kiziltas S. Takayasu's arteritis in a case diagnosed as Crohn's disease. Turk. J. Gastroenterol. 2007;18(4):250–253.
  20. Evans PE, Pardi DS. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: Focus on the musculoskeletal, dermatologic, and ocular manifestations. Med. Gen. Med. 2007;9(1):55.
  21. Irving P, Rampton D, Shanahan F. Clinical dilemmas in inflammatory bowel disease. Blackwell Publishing. 2006:164–167.
  22. Thabassum H, Kumar L, Puste S. An unusual association of takayasu's arteritis with inflammatory bowel disease – a rare case report. International Journal of Scientific and Research Publications. 2015;5(4):1–3.
  23. Синдром дуги аорты Такаясу у детей. Клинический протокол МЗ РК. 2016. Sindrom dugi aorty Takayasu u detei. *Klinicheskii protokol MZ RK*. 2016. (In Russian)