



DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-87-93

2380\_УДК 616.34–008–003.215–07

ББК Р345.3

## Дифференциальная диагностика при гематохезии

Трухан Д. И.<sup>1</sup>, Тарасова Л. В.<sup>2,4</sup>, Бусалаева Е. И.<sup>2,3</sup>, Арямкина О. Л.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 644099, Россия, г. Омск, ул. Ленина, 12.

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова», 428015 г. Россия, г. Чебоксары, Московский проспект, 45

<sup>3</sup> ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашской Республики, 428032 Россия, г. Чебоксары, ул. Сеспеля, 27.

<sup>4</sup> БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», 628412, Россия, Ханты-Мансийский автономный Округ-Югра, г. Сургут, пр. Ленина, 1.

## Differential diagnosis in hematochezia

D. I. Trukhan<sup>1</sup>, L. V. Tarasova<sup>2,4</sup>, E. I. Busalaeva<sup>2,3</sup>, O. L. Ariamkina<sup>4</sup>

<sup>1</sup> FGBOU VPO "Omsk State Medical University Ministry of Health of Russia", 644099, Omsk, Russia

<sup>2</sup> FSBEI of HE "The Chuvash State University n.a. I. N. Ulyanov", 15 Moscow avenue, 428015 Cheboksary, Russia

<sup>3</sup> SAI SVE "The Institute of Postgraduate Medical Education" of the Chuvash Republic Ministry Healthcare, 27 Sespel street, 428018 Cheboksary, Russia

<sup>4</sup> BI of HE "The Surgut State University", 1 Lenina street, 628412 Khanty-Mansi Autonomous Region — Ugra, Surgut, Russia

**Для цитирования:** Трухан Д. И., Тарасова Л. В., Бусалаева Е. И., Арямкина О. Л. Дифференциальная диагностика при гематохезии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;175(3): 87–93. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-87-93

**For citation:** Trukhan D. I., Tarasova L. V., Busalaeva E. I., Ariamkina O. L. Differential diagnosis in hematochezia. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;175(3): 87–93. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-87-93

**Трухан Дмитрий Иванович**, д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней

**Тарасова Лариса Владимировна**, д.м.н., заведующая кафедрой факультетской и госпитальной терапии; профессор кафедры внутренних болезней медицинского института

**Бусалаева Елена Исааковна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии и семейной медицины; доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии

**Арямкина Ольга Леонидовна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней

**Dmitry I. Trukhan**, Dr. of Sci. (Med.), professor of the Chair for Polyclinic Therapy and Internal Diseases; *ORCID: 0000-0002-1597-1876*

**Larisa V. Tarasova**, Doctor of Science (Medicine), head of the Faculty and Hospital Therapy Department; Professor Internal Diseases Department; *Scopus ID: 35777248600, ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1496-06889*

**Elena I. Busalaeva**, PhD (Medicine), Associate Professor, Department of Internal and Family Medicine; Faculty and Hospital Therapy Department; *Scopus ID: 56657473200, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-7313-0365*

**Olga L. Ariamkina**, MD, Professor, Head of the Department of Internal diseases; *ORCID: 0000-0002-1597-1876*

✉ **Corresponding author:**

**Тарасова  
Лариса Владимировна**  
Larisa V. Tarasova  
*tlarisagast18@mail.ru*

## Резюме

Появление гематохезии (крови в стуле) считается одним из наиболее тревожных и серьезных симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), сигнализирующий о нарушении целостности сосудов кишечника и слизистой оболочки. В представленной лекции рассмотрены основные заболевания и состояния, в клинической картине которых отмечается появление крови в стуле, которые необходимо рассматривать при проведении дифференциальной диагностики.

**Ключевые слова:** гематохезия, кровь в стуле, дифференциальный диагноз

## Summary

The appearance of hematochezia (blood in the bowel movement) is considered one of the most disturbing and serious symptoms of diseases of the gastrointestinal tract (GIT), signaling a violation of the integrity of the vessels of the intestine and mucous membrane. In the presented lecture the main diseases and conditions are considered, in the clinical picture of which the appearance of blood in the stool is noted, which must be considered in the course of differential diagnostics

**Keywords:** hematochezia, blood in the bowel movement, differential diagnosis

Гематохезия (кровь в стуле) – один из наиболее тревожных симптомов заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Он сигнализирует о нарушении целостности сосудов и слизистой оболочки кишечника, прежде всего его нижних отделов, то есть о желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК).

Чаще всего (в 85%) ЖКК может развиться из верхних отделов ЖКТ, а именно из органов, расположенных выше связки Трейтца (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка) [1, 2]. Доля кишечных кровотечений (или кровотечений из нижних отделов ЖКТ) составляет 15%, из которых 14% приходится на толстый кишечник. Они могут быть явными (выраженными умеренно или массивными) или скрытыми (оккультными) [3, 4].

Мелена (дегтеобразный черный стул) характерна для кровотечений из верхних отделов ЖКТ. Для ее появления достаточно 50–100 мл крови [5, 6, 7]. Она появляется в среднем через 3–6 часов, но не позже, чем через сутки момента кровотечения.

При кишечных кровотечениях чаще всего отмечается появление неизменной крови в стуле (гематохезия) [6]. В большинстве случаев при кровотечении из нижних отделов ЖКТ справедливо положение, что чем светлее выделяющаяся из прямой кишки кровь, тем дистальнее расположен источник кровотечения. Цвет выделяющейся крови имеет определенное диагностическое значение (табл. 1).

Следует отметить, что возникновение массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ (в случае внутрипросветного выделения более 1500 мл крови) из прямой кишки также может выделяться малоизмененная алая кровь [7, 8]. При умеренно выраженном кровотечении из тонкого кишечника кал может быть промежуточного цвета (каштановый), а может сформироваться и мелена.

При кровотечениях, связанных с поражением перианальной области (геморроидальная болезнь, анальная трещина), кровь не смешана с калом и определяется в виде следов на туалетной бумаге или капель, попадающих на стенки унитаза. Кал сохраняет присущую ему коричневую окраску.

При изменении цвета стула целесообразно уточнить у пациента, какие продукты и лекарственные препараты он принимал в течение двух-трех последних дней. Так, кал черного цвета может быть связан с приемом препаратов железа и висмута, активированного угля, шпината, варенья из черной смородины, жимолости или черноплодной рябины. При приеме антибиотиков группы рифампицина возможно красно-коричневое окрашивание не только кала, но и также мочи, слюны, мокроты, пота, слез. Различные оттенки красного цвета могут быть обусловлены приемом свеклы, томатов, перца.

Кишечное кровотечение может сопровождать некоторые urgentные состояния. Например, профузное кишечное кровотечение, развивающееся на фоне внезапных резких болей в животе, может быть следствием разрыва аневризмы брюшного отдела аорты в просвет двенадцатиперстной или тонкой кишки, который возникает спонтанно или в результате осложнения после реконструктивных операций на аорте.

При массивном кровотечении из верхних отделов кроме кровавой диареи развивается и гиповолемия с присущими ей клиническими проявлениями (общая слабость, головокружение, гипотония, тахикардия, бледность кожных покровов, гипотермия) вплоть до картины геморрагического шока. Наиболее яркие симптомы отмечаются при массивных кровотечениях с потерей около 25% объема циркулирующей крови в течение достаточно небольшого временного интервала (минуты–часы). Нередко это осложнение встречается при болезнях Дъелафуа [9] и Рандю-Ослера [10, 11].

Болезнь Дъелафуа – генетическое обусловленное заболевание, для которого характерно аномальное развитие сосудов подслизистого слоя желудка (интрамуральные артериовенозные мальформации). Это сопровождается эрозивным крупным и необычно извитой артерией без воспалительных изменений ее стенки. В месте эрозии формируется острая язва, которая в 2–5,7% случаев и является причиной массивных желудочно-кишечных кровотечений [9].

Часто появление крови в стуле сочетается с диареей. Жидкий стул, часто с примесью крови и гноя, характерен для экссудативной диареи, возникающей вследствие поступления воды и электролитов в просвет кишки при эрозивно-язвенных поражениях слизистой оболочки или при повышении гидростатического давления в лимфатических сосудах. Этот тип диареи характерен для воспалительных заболеваний кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) и ряда кишечных инфекций (дизентерия, сальмонеллез, кампилобактериоз) [12].

При острой инфекционной диарее кровавый жидкий стул указывает на повреждение слизистой оболочки кишечника патогенными микробами и может быть первым симптомом фульминантной формы язвенного колита.

Диарея, вызванная сальмонеллой, дизентерийными бактериями, протекает достаточно тяжело. Отмечаются боли в животе, ложные позывы к акту дефекации, возможно повышение температуры до 40°C. Характерен частый водянистый стул до 10–30 раз в сутки с примесью крови и гноя. В результате обезвоживания организма возникает тахикардия,

Источник кровотечения	Изменения стула
Желудок и двенадцатиперстная кишка	Черный дегтеобразный стул (мелена)
Желудок и двенадцатиперстная кишка, другие отделы тонкого кишечника (массивное кровотечение – более 1,5 л крови)	Алая малоизменная кровь
Тонкий кишечник (умеренно выраженное кровотечение)	Черный дегтеобразный стул (мелена) или стул каштанового цвета
Проксимальный отдел толстого кишечника (слепая, ободочная кишка)	Темно-красная (цвета бургунди или «бургундского вина») кровь, равномерно перемешанная с калом
Сигмовидная кишка	Прожилки алой крови в кале коричневого цвета
Прямая кишка	Алая кровь, выделяется в виде капель или тонкой струйки отдельно от кала коричневого цвета

**Таблица 1**  
Изменения стула в зависимости от источника кровотечения

снижается артериальное давление, отмечается слабость и сухость кожи.

Иерсиниозный колит, вызываемый *Yersinia enterocolitica*, напоминает клинику острого аппендицита или язвенного колита. Стул жидкий, обильный, буро-зеленого цвета, пенный с неприятным запахом, примесью крови и слизи, частотой до 5 раз в сутки. Из внекишечных симптомов характерно поражение крупных суставов, наблюдается узловатая эритема, особенно у женщин, паренхиматозный гепатит с желтухой, увеличение селезенки, симптомы панкреатита. Через две-три недели появляется уртикарная сыпь, свидетельствующая об аллергии. Иерсиниозный колит, вызываемый *Yersinia pseudotuberculosis*, чаще поражает молодых мужчин. По клиническим признакам напоминает болезнь Крона или острый аппендицит [13].

Диарея, вызванная паразитическими простейшими (амебы, лямблии), развивается постепенно и может проявляться кровавым поносом, постоянными болями в животе [14, 15].

Псевдомембранозный колит, вызываемый *Clostridium difficile*, является крайне тяжелым вариантом антибиотик-ассоциированной диареи. Актуальность данной проблемы обусловлена появлением новых вирулентных, резистентных к лечению штаммов *Clostridium difficile* [16]. В кишечнике развивается тяжелое фибринозное воспаление с образованием плотных наложений на слизистой оболочке. Из-за гнойного расплавления пленки могут отторгаться, и обнажается изъязвленная поверхность, иногда достаточно протяженная.

Стул при псевдомембранозном колите 10–20 раз в сутки, обильный, водянистый, без запаха, с прожилками сине-зеленого гноя, сопровождается абдоминальными болями, лихорадкой до 38–39°C и лейкоцитозом до 10–20×10<sup>9</sup>/л [16, 17]. Из-за экссудативной энтеропатии и потери белка через кишечник, часто развивается гипоальбуминемия и отеки. При эндоскопическом исследовании сигмовидной кишки обнаруживаются повреждения слизистой оболочки, ее деструкция и образование так называемых псевдомембран (желтовато-зеленоватых бляшек фибрина), а при микроскопическом исследовании кала – большое количество лейкоцитов. У пожилых и ослабленных больных заболевание протекает тяжело, нередко с летальным исходом.

Кровянистый стул может отмечаться и при диарее путешественников, которая рассматривается как заболевание, сопровождающееся 3-кратным или более частым неоформленным стулом в сутки

с рядом других сопутствующих симптомов: тошнотой, рвотой, схваткообразной болью в животе, незначительным повышением температуры, тенезмами [18]. В большинстве случаев вызывается энтеро-токсигенными штаммами кишечной палочки.

Диарея, связанная с патологией толстой кишки, в большинстве случаев сопровождается болями в животе, стул частый, но менее обильный, может содержать кровь, гной и слизь.

При болезни Крона отмечается неоформленный стул (иногда жидкий), имеющий примесь слизи, с частотой 5 раз в сутки и более. Диарея часто возникает после еды, нередко может наблюдаться в ночные часы. Примесь крови в стуле обнаруживается приблизительно у 40% пациентов, преимущественно с вовлечением в патологический процесс левой половины толстой кишки [19]. Клиническая картина зависит от тяжести и протяженности процесса. В легких случаях с ограниченным поражением прямой кишки больные жалуются на тенезмы, примесь крови и слизи в кале. Более распространенное поражение сопровождается диареей (частый кашицеобразный или жидкий стул) и тенезмами. При развернутой клинической картине дискинетический и язвенно-геморрагический синдромы проявляются в виде частого жидкого стула с примесью крови, гноя и слизи (кал по типу «малинового желе»). Частота дефекаций может достигать 20–40 раз в сутки.

Кровь в стуле – наиболее постоянный признак язвенного колита. Больные с проктитом обычно жалуются на выделение свежей крови отдельно от фекалий либо в виде прожилок, мазков на поверхности оформленного кала. Примесь крови в стуле бывает значительной, а иногда выделения из толстой кишки состоят из одной крови. В период обострения кровопотеря может достигать 100–200 мл в сутки [20–22].

Таким образом, наиболее распространенным причинам появления крови в стуле в сочетании с диареей являются 2 группы заболеваний: острые инфекционные колиты (в том числе и антибиотико-ассоциированный псевдомембранозный) и воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит).

К распространенным причинам появления крови в стуле также относятся: геморроидальная болезнь и анальные трещины, дивертикулярная болезнь, опухоли и полипы кишечника, ангиодисплазии тонкой и толстой кишки, ишемические поражения кишечника, возникающие в результате тромбоза или эмболии ветвей мезентериальных артерий. Среди

возможных причин стоит отметить инородные тела и травмы кишечника, радиационный колит, туберкулез и сифилис кишечника, геморрагический васкулит, гельминтозы и паразитозы, криптит и проктит, солитарная язва прямой кишки, эндометриоз с вовлечением слизистой толстой кишки (связь кровотечения с менструацией) и ряд других [1–5].

Геморроидальная болезнь известна с древних времен и остается наиболее частым заболеванием человека. Удельный вес в структуре колопроктологических заболеваний колеблется от 34 до 41%. Кровотечение как ведущий симптом геморроя отмечается более чем у половины пациентов. Вторым по частоте симптомом, характерным для геморроя, является выпадение геморроидальных узлов из заднего прохода во время, и после дефекации [23].

Диагноз, как правило, ставится при опросе и первом амбулаторном осмотре пациента. При осмотре следует оценить состояние кожных покровов анальной области, степень выпадения геморроидальных узлов, возможность их самостоятельного вправления в анальный канал и выраженность кровотечения. Геморроидальные узлы определяются в виде выбухающих в просвет кишки образований темно-вишневого цвета мягко эластической консистенции, покрытых слизистой оболочкой. При пальцевом исследовании следует определить функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки, его тонус и волевое усилие. При этом можно определить уплотненные геморроидальные узлы, выпадающие внутренние узлы отчетливо пролабируют из заднего прохода при натуживании [24].

Однако под маской геморроя, особенно при выделении крови из прямой кишки, нередко протекают такие заболевания, как полипы и колоректальный рак. Поэтому при появлении крови в стуле всегда должна присутствовать онконастороженность. Наиболее серьезной является ситуация, когда при наличии выраженных кровотокающих геморроидальных узлов одновременно развивается рак вышележащих отделов кишечника. Поэтому при любых проявлениях кишечного дискомфорта и особенно при выделении крови из прямой кишки необходимо выполнять ее пальцевое исследование, ректоскопию, проводить колоно- или ирригоскопию.

Опухолевые процессы редко дают острое кровотечение, в основном они становятся причиной хронической, скрытой кровопотери с развитием железодефицитной анемии. При раке прямой кишки кровь в кале первоначально появляется в виде прожилков. По мере роста и травмировании опухоли отмечается увеличение количества выделяемой крови. Кровь чаще темная, почти всегда перемешана с каловыми массами, иногда может предшествовать калу. На поздних стадиях болезни может приобретать зловонный запах или выделяется в виде кровавых сгустков.

Синдром Пейтца-Егерса – наследственный полипоз желудочно-кишечного тракта (преимущественно тонкого кишечника, особенно тощей и подвздошной кишки) сочетающийся с коричневой мелкоочечной пигментацией (лентиги) слизистых оболочек губ и полости рта, а также кожи в окружности рта и тыльных поверхностей мелких суставов кистей. Лентиги считается основным и ранним признаком этого наследственного синдрома, и в типичных

случаях наблюдаются с рождения. Их размер колеблется от 0,2 до 1 см в диаметре. Со временем пятна на губах могут исчезнуть, но пигментация слизистой рта сохраняется на всю жизнь [25]. Дебют заболевания приходится на возраст 10–30 лет. Клиническая картина определяется локализацией и величиной полипов. Характерны приступы абдоминальных болей, кишечные кровотечения, возможно развитие анемии, инвагинации и обтурационной кишечной непроходимости.

Генез образования язв в дистальной части прямой кишки может быть травматическим, самоиндуцированным или искусственным. Самым распространенным симптомом солитарной язвы прямой кишки (solitary rectal ulcer syndrome) является ректальное кровотечение [26].

Кровянистые выделения из заднего прохода в сочетании с болью во время дефекации и спазмом сфинктера часто отмечаются при анальной трещине (трещина заднего прохода). Это спонтанно возникающие линейные или эллипсовидные дефекты слизистой оболочки анального канала и анодермы (зоны перехода слизистой оболочки в кожу). Это очень распространенное проктологическое заболевание у лиц трудоспособного возраста, встречается намного чаще у женщин, что связано с определенными анатомическими особенностями. В большинстве случаев анальная трещина возникает в результате механического повреждения слизистой оболочки проходящими твердыми каловыми массами при запоре [27, 28]. Возникновение трещины возможно вследствие травмы, нанесенной содержащимися в испражнениях примесями, анального секса или при введении в анальный канал инородных тел.

Дивертикул кишки представляет собой мешковидное выпячивание кишечной стенки, сообщаемое с ее просветом. Дивертикулы могут быть единичными и множественными. В последнем случае применяют термин «дивертикулез» [29]. Дивертикулярная болезнь – заболевание, обусловленное дивертикулезом, при котором отмечают воспаление одного или нескольких дивертикулов (дивертикулит) с возможностью развития таких осложнений, как кишечное кровотечение, перидивертикулит, абсцесс, перфорация дивертикула, свищи, перитонит. Дивертикулы являются одной из наиболее частых причин кровотечений из нижних отделов ЖКТ. Кровотечения возникают у 20–25% пациентов, нередко выступая первым и единственным проявлением заболевания. Объем кровопотери может быть различен: от незначительной примеси крови в каловых массах (иногда скрытого кровотечения) до массивного профузного кровотечения, сопровождающегося коллапсом и иногда приводящего к смерти [30]. Дивертикулярное кровотечение чаще проявляется наличием ярко-красной неизменной крови в кале, хотя может наблюдаться и мелена, если источник кровотечения располагается в тонкой кишке [31].

Массивные кровотечения у детей и лиц молодого возраста в редких случаях могут быть вызваны изъязвлением слизистой оболочки дивертикула подвздошной кишки (дивертикула Меккеля). Это локальное мешковидное выпячивание стенки подвздошной кишки на расстоянии 10–100 см от илеоцекаль-

ного угла, образовавшееся в результате неполного зарращения пупочно-кишечного протока, который участвует в питании зародыша. Меккелев дивертикул считают истинным дивертикулом, так как его стенка содержит все слои кишки. Средняя длина его обычно не превышает 5–7 см, но бывают дивертикулы и большего размера. Дивертикул Меккеля является наиболее частой врожденной аномалией развития ЖКТ. В англоязычной литературе существует «правило 2-х»: 2 дюйма длиной, 2 фута от илеоцекального клапана, 2% популяции, чаще всего проявляется на 2-м году жизни, в 2 раза чаще встречается у лиц мужского пола. К основным клиническим признакам относят: кишечное кровотечение, чаще в виде мелены, боль в правом нижнем квадранте живота, заворот кишки, кишечная непроходимость [32, 33].

Энтеропатия, индуцированная приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) развивается в хронологической связи с приемом НПВП. Она характеризуется нарушением проницаемости кишечной стенки с экссудацией белка и диapedезом эритроцитов, нарушением процессов переваривания и всасывания пищи, а также повреждением слизистой оболочки с развитием эрозий, язв и их осложнений – кровотечений (иногда профузного), перфорации, появления циркулярных протяженных стриктур, нарушения тонкокишечной проходимости [34–36]. ЖКК могут быть также индуцированы антитромботической терапией, в том числе и приемом низких доз ацетилсалициловой кислоты [37, 38].

Совершенствование эндоскопической техники позволило выяснить, что ангиодисплазии слизистой оболочки тонкой и толстой кишок (артериовенозные мальформации) оказываются причиной массивных кишечных кровотечений в 30% случаев. Источник кровотечения чаще находится в проксимальных отделах толстой кишки [39].

Сочетание гематохезии, болей в животе, диареи, лихорадки, геморрагических высыпаний на симметричных участках кожных покровов, полиартрита, изменений в анализах мочи (гематурия, протеинурия) может свидетельствовать о наличии у больного геморрагического васкулита (болезни Шенлейна – Геноха) [10, 11].

Возможными причинами кровотечений из нижних отделов ЖКТ могут стать острые ишемические поражения кишечника, возникающие в результате тромбоза или эмболии ветвей мезентериальных артерий (при атеросклерозе, васкулитах, травме живота).

Радиационный проктит развивается у пациентов с онкопатологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства (включая опухоли гинекологической и урологической сфер), получающих лучевую терапию. При этом появление крови в кале сопровождается учащенным стулом и тенезмами. Нередким является сочетание с симптомами лучевого энтерита (обильный водянистый стул, стеаторея, признаки синдрома мальабсорбции). Радиационный колит характеризуется гранулематозным поражением слизистой оболочки толстой кишки, появлением кровоизлияний, язв, участков ишемического некроза.

Длительная лихорадка, потливость, похудание, диарея часто являются проявлениями туберкулеза

кишечника, для которого характерна эндоскопическая картина язв и псевдополипов. Специфическая природа изменений подтверждается при обнаружении микобактерий туберкулеза в кишечном содержимом и эпителиоидных гранулам с многоядерными клетками Пирогова-Лангханса при гистологическом исследовании.

В редких случаях причиной появления крови в стуле являются амилоидоз и сифилис кишечника, отравление солями тяжелых металлов, анкилостомидоз (возможен у лиц, профессиональная деятельность которых связана с работой в шахтах, тоннелях, на плантациях), иногда кишечное кровотечение наблюдается у спортсменов во время бега на марафонские дистанции [1].

При проведении дифференциальной диагностики большое значение имеют сведения, полученные при сборе анамнеза и объективном обследовании пациента. Существенную роль играет отягощенная наследственность, перенесенные заболевания и имеющаяся хроническая патология (онкологические заболевания у пациента и родственников, в том числе семейный полипоз толстой кишки, хронические диффузные заболевания и цирроз печени, урогенитальная патология и др.). Осмотр пациента также часто помогает диагностике, например, наличие проявлений геморрагического синдрома на коже и слизистых (например, телеангиэктазий) позволяет предполагать их наличие и в кишечной стенке [4].

Из сопутствующих симптомов, наряду с упомянутой выше диареей, важное значение имеет боль. Наличие болей в животе, предшествующих эпизоду кишечного кровотечения, свидетельствует в пользу острых инфекционных или хронических воспалительных заболеваний кишечника, острых ишемических поражений тонкой или толстой кишки [40, 41]. Боли в области прямой кишки, сопровождающие акт дефекации или усиливающиеся после нее, обычно наблюдаются при геморроидальной болезни или анальной трещине. Безболевого массивное кишечное кровотечение может отмечаться при дивертикулярной болезни кишечника, изъязвлении дивертикула Меккеля, геморрагических диатезах.

Важно также учитывать симптомы имеющейся постгеморрагической железодефицитной анемии [10, 42], лихорадки, анорексии и потери массы тела, наличия пальпируемых образований в брюшной полости [3, 4].

К основным диагностическим методам, применяемым для установления источника кровотечения из нижних отделов ЖКТ, относятся: пальцевое ректальное исследование; исследование кала на скрытую кровь; аноскопия; ректороманоскопия; колоноскопия; ангиография; сцинтиграфия; компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (МРТ) [24].

Перечисленные причины составляют неполный перечень состояний и заболеваний, в клинической картине которых отмечается появление гематохезии, но все же охватывают большую часть встречающихся болезней, которые необходимо рассматривать при проведении дифференциальной диагностики гастроэнтерологу, терапевту, врачу общей практики и другим специалистам.

## Литература | References

1. Шептулин А. А. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта // РМЖ. – 2000. – № 2. – С. 36–40.  
*Sheptulin A. A. Bleeding from the lower parts of the gastrointestinal tract. RMJ. 2000, no. 2, pp.36–40.*
2. Маев И. В., Самсонов А. А., Бусарова Г. А., Агапова Н. Р. Острые желудочно-кишечные кровотечения (клиника, диагностика, терапия) // Лечащий врач. – 2003. – № 1. – С. 18–22.  
*Maev I. V., Samsonov A. A., Busarova G. A. et al. Acute gastrointestinal bleeding (clinic, diagnosis, therapy). Primary physician. 2003, no.1, pp.18–22.*
3. Кучерявый Ю. А., Андреев Д. Н., Андреев Н. Г. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений с позиций терапевта // Трудный пациент. – 2014. – № 6. – С. 32–37.  
*Kucheryavy Yu. A., Andreev D. N., Andreev N. G. Diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding from the standpoint of the therapist. Difficult patient. 2014, no.6, pp.32–37.*
4. Маев И. В., Самсонов А. А., Андреев Д. Н. Желудочно-кишечные кровотечения: клиника, диагностика и лечение // Фарматека. – 2014. – № 2. – С. 47–53.  
*Maev I. V., Samsonov A. A., Andreev D. N. Gastrointestinal blood flow: clinical presentation, diagnosis and treatment. Pharmateca. 2014, no.2, pp.47–53.*
5. Трухан Д. И., Викторова И. А. Внутренние болезни: Гастроэнтерология. СПб.: СпецЛит, 2013. – 367 с.  
*Trukhan D. I., Viktorova I. A. Internal Diseases: Gastroenterology. SPb. SpecLit, 2013, 367 p.*
6. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний органов пищеварения. Чебоксары-Омск, Изд-во Чувашского университета. 2017. – 468 с.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I. The clinic, diagnosis and treatment of major diseases of the digestive system. Cheboksary-Omsk, Publishing House of the Chuvash University. 2017, 468 p.*
7. Трухан Д. И., Тарасова Л. В., Филимонов С. Н., Викторова И. А. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит. 2014. – 160 с.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V., Filimonov S. N., Viktorova I. A. Diseases of the esophagus, stomach and duodenum. Clinic, diagnosis and treatment. SPb.: SpecLit. 2014, 160 p.*
8. Трухан Д. И., Никоненко В. А. Дифференциальный диагноз крови в стуле. Точное обследование – залог успешного лечения // Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия. – 2016. – № 3–4 (63–64). – С. 36–43.  
*Trukhan D. I., Nikonenko V. A. Differential diagnosis of blood in the stool. Exact examination is the key to successful treatment. Hospital replacement technologies: outpatient surgery. 2016, no. 3–4(63–64), pp.36–43.*
9. Данилова Т. Г., Андреев И. С., Бабак П. П. и соавт. Болезнь Дьялафуа // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2007. – № 1. – С. 69–73.  
*Danilova T. G., Andreev I. S., Babak P. P. et al. Dyelafua disease. Russian Journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology. 2007, no.1, pp.69–73.*
10. Трухан Д. И., Филимонов С. Н. Клиника, диагностика и лечение основных эндокринных и гематологических заболеваний. Учебное пособие. Новокузнецк: ООО «Полиграфист». 2015. – 119 с.  
*Trukhan D. I., Filimonov S. N. The clinic, diagnosis and treatment of the main endocrine and hematological diseases. Tutorial. Novokuznetsk: Polygraphist LLC. 2015, 119 p.*
11. Трухан Д. И., Викторова И. А. Нефрология. Эндокринология. Гематология. СПб.: СпецЛит, 2017. – 253 с.  
*Trukhan D. I., Viktorova I. A. Nephrology. Endocrinology. Hematology. SPb.: SpecLit, 2017, 253 p.*
12. Трухан Д. И., Киселева Д. С., Тарасова Л. В. Диарея: актуальные вопросы дифференциальной диагностики // Cons. Med. Гастроэнтерология. – 2014. – № 1. – С. 51–54.  
*Trukhan D. I., Kiseleva D. S., Tarasova L. V. Diarrhea: current issues of differential diagnosis. Cons. Med. Gastroenterology. 2014, no.1, pp. 51–54.*
13. Трухан Д. И., Тарасова Л. В., Киселева Д. С. Диарея: диагностическая тактика врача общей практики // Справочник врача общей практики. – 2015. – № 3. – С. 9–17.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V., Kiseleva D. S. Diarrhea: diagnostic tactics of a general practitioner. Reference book of a general practitioner. 2015, no.3, pp.9–17.*
14. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Гельминтозы: актуальные вопросы // Cons. Med. – 2013. – № 12. – С. 52–56.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V. Helminthiasis: Topical Issues. Cons. Med. 2013, no.12, pp.52–56.*
15. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Гельминтозы и протозоозы в клинической практике терапевта // Справочник поликлинического врача. – 2014. – № 3. – С. 56–60.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I. Helminthiasis and protozoa in the clinical practice of the therapist. Polyclinic physician reference book. 2014, no.3, pp.56–60.*
16. Трухан Д. И., Киселева Д. С. Дифференциальная диагностика диареи // Справочник поликлинического врача. – 2015. – № 09. – С. 18–21.  
*Trukhan D. I., Kiseleva D. S. Differential diagnosis of diarrhea. Reference polyclinic doctor. 2015, no.9, pp. 18–21.*
17. Трухан Д. И., Филимонов С. Н. Заболевания кишечника: клиника, диагностика и лечение. Новокузнецк: ООО «Полиграфист». 2017. – 223 с.  
*Trukhan D. I., Filimonov S. N. Intestinal diseases: clinical presentation, diagnosis and treatment. Novokuznetsk: Polygraphist LLC. 2017, 223 p.*
18. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Дифференциальная диагностика при диарее // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2015. – № 12. – С. 105–110.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I. Differential diagnosis of diarrhea. Experimental and Clinical gastroenterology. 2015, no.12, pp.105–110.*
19. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Болезни кишечника. Клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит, 2013. – 144 с.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I. Intestinal diseases. Clinic, diagnosis and treatment. SPb. SpecLit, 2013, 144 p.*
20. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний кишечника. Чебоксары: Изд-во Чувашского гос. университета, 2013. – 154 с.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I. Clinic, diagnosis and treatment of major intestinal diseases. Cheboksary. Publishing House of the Chuvash State. University. 2013, 154 p.*
21. Трухан Д. И., Филимонов С. Н. Дифференциальный диагноз основных гастроэнтерологических синдромов и симптомов. М.: Практическая медицина. 2016. – 168 с.

- Trukhan D. I., Filimonov S. N.* Differential diagnosis of major gastroenterological syndromes and symptoms. M.: Practical medicine. 2016, 168 p.
22. Трухан Д. И. Кровь в стуле: вопросы дифференциальной диагностики // Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 6. – С. 38–42.  
*Trukhan D. I.* Blood in the stool: issues of differential diagnosis. Reference polyclinic doctor. 2016, no.6, pp.38–42.
  23. Благодарный Л. А. Диагностика и консервативное лечение геморроя в амбулаторных условиях // Хирургия. – 2011. – № 2. – С. 34–37.  
*Grateful L. A.* Diagnostics and conservative treatment of hemorrhoids in outpatient conditions. Surgery. 2011, no.2, pp.34–37.
  24. Загрядский Е. А. Современная тактика лечения геморроидальной болезни // Cons. Med. Приложение Хирургия. – 2012. – № 2. – С. 36–40.  
*Zagryadsky E. A.* Modern tactics of hemorrhoidal disease treatment. Cons. Med. Appendix Surgery. 2012, no.2, pp.36–40.
  25. Meserve EE, Nucci MR. Peutz-Jeghers Syndrome: Pathobiology, Pathologic Manifestations, and Suggestions for Recommending Genetic Testing in Pathology Reports. Surg Pathol Clin. 2016, no. 9(2), pp.243–268.
  26. Behera MK, Dixit VK, Shukla SK et al. Solitary rectal ulcer syndrome: clinical, endoscopic, histological and anorectal manometry findings in north Indian patients. Trop Gastroenterol. 2015, no. 36(4), pp. 244–250.
  27. Маят К. Е. Анальная трещина: принципы диагностики и лечения // Лечащий врач. – 2009. – № 2. – С. 37–39.  
*Mayat K. E.* Anal fissure: principles of diagnosis and treatment. The attending physician. 2009, no.2, pp.37–39.
  28. Трухан Д. И. Дифференциальная диагностика запора // Справочник поликлинического врача. – 2016. – № 2. – С. 4–7.  
*Trukhan D. I.* Differential diagnosis of constipation. Reference polyclinic doctor. 2016, no.2, pp.4–7.
  29. Ивашкин В. Т., Шелыгин Ю. А., Ачкасов С. И. с соавт. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2016. – № 1. – С. 65–80.  
*Ivashkin V. T., Shelygin Yu. A., Achkasov S. I. et al.* Recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia for the diagnosis and treatment of adult patients with diverticular colon disease. Russian journal of gastroenterology, hepatology and coloproctology. 2016, no.1, pp.65–80.
  30. Козлова И. В., Мясина Ю. Н. Дивертикулярная болезнь кишечника // Справочник поликлинического врача. – 2010. – № 1. – С. 41–42.  
*Kozlova I. V., Myalina Yu. N.* Diverticular bowel disease. Reference polyclinic doctor. 2010, no.1, pp.41–42.
  31. Левченко С. В., Лазебник Л. Б., Потапова В. Б., Рогозина В. А. Клинико-морфологические варианты дивертикулярной болезни толстой кишки // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 3. – С. 24–31.  
*Levchenko S. V., Lazebnik L. B., Potapova V. B., Rogozina V. A.* Clinical and morphological variants of diverticular colon disease. Experimental and Clinical gastroenterology. 2013, no. 3, pp.24–31.
  32. Francis A, Kantarovich D, Khoshnam N et al. Pediatric Meckel's Diverticulum: Report of 208 Cases and Review of the Literature. Fetal Pediatr Pathol. 2016, no.35(3), pp.199–206.
  33. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Many faces of Meckel's diverticulum and its complications. Jpn J Radiol. 2016, no. 34(5), pp.313–320.
  34. Takeuchi K, Tanaka A, Hayashi Y et al. COX inhibition and NSAID-induced gastric damage-roles in various pathogenic events. Curr. Top. Med. Chem. 2005, no. 5, pp. 475–486.
  35. Трухан Д. И. Нестероидные противовоспалительные препараты сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности: в фокусе – амтолметин гуацил // Cons. Med. – 2015. – № 2. – С. 27–33.  
*Trukhan D. I.* Nonsteroidal anti-inflammatory drugs through the prism of comorbidity and drug safety: Amlolmetin guacil is in focus. Cons. Med. 2015, no.2, pp.27–33.
  36. Лазебник Л. Б., Голованова Е. В., Алексеенко С. А. с соавт. Рекомендации по профилактике и лечению эзофагогастроэнтеро-колопатий, индуцированных нестероидными противовоспалительными препаратами // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – № 3. – С. 4–18.  
*Lazebnik L. B., Golovanova E. V., Alekseenko S. A. et al.* Recommendations for the prevention and treatment of esophago-gastro-entero-colopathies induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Experimental and Clinical gastroenterology. 2018, no.3, pp.4–18.
  37. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Лекарственная безопасность и рациональная фармакотерапия в гастроэнтерологической практике // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2013. – № 5. – С. 9–16.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V.* Drug safety and rational pharmacotherapy in gastroenterological practice. Clinical perspectives of gastroenterology, hepatology. 2013, no. 5, pp.9–16.
  38. Fujita M, Shiotani A. Gastrointestinal bleeding and mucosal damage induced by antithrombotic therapy. Nihon Rinsho. 2016, no. 20, 74 Suppl. 4 Pt. 1, pp. 591–595.
  39. Kaufman D, Leslie G, Marya N et al. Small Intestinal Angiectasia: Characterization, Risk Factors, and Rebleeding. Journal of Clinical Gastroenterology. 2016, Aug 23. [Epub ahead of print].
  40. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Боль в области желудка: вопросы дифференциальной диагностики // Справочник поликлинического врача. – 2013. – № 2. – С. 7–10.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V.* Pain in the stomach: issues of differential diagnosis. Reference polyclinic doctor. 2013, no. 2, pp.7–10.
  41. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. Острый живот в практике врача-терапевта // Справочник поликлинического врача. – 2014. – № 2. – С. 51–55.  
*Tarasova L. V., Trukhan D. I.* Acute abdomen in the practice of the general practitioner. Reference polyclinic doctor. 2014, no.2, pp.51–55.
  42. Трухан Д. И., Тарасова Л. В. Железодефицитная анемия: актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики // Гинекология. – 2013. – № 5. – С. 95–99.  
*Trukhan D. I., Tarasova L. V.* Iron deficiency anemia: topical issues of diagnosis, treatment and prevention. Gynecology. 2013, no.5, pp.95–99.
  43. Ривкин В. Л. Амбулаторное обследование проктологического больного // Справочник поликлинического врача. – 2009. – № 11 – С. 71–73.  
*Rivkin V. L.* Outpatient examination of a proctologic patient. Polyclinic physician reference book. 2009, no. 11, pp.71–73.