https://doi.org/10.26442/00403660.2026.08.203723

BY-NC-SA 4.0

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

Факторы вероятности хирургического вмешательства у больных язвенным, псевдомембранозным и ишемическим колитами

Г.А. Кротов✉, М.А. Данилов, О.В. Князев, В.В. Цвиркун

ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

Аннотация

Цель. Провести сравнительный анализ результатов хирургического и консервативного лечения пациентов с тяжелыми и фульминантными формами язвенного (ЯК), псевдомембранозного (ПМК) и ишемического (ИК) колитов с целью выявления факторов, ассоциированных с вероятностью хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Ретроспективное когортное исследование выполнено в 2015–2024 гг. В анализ включены 308 пациентов с тяжелыми и фульминантными формами ЯК, ПМК и ИК; хирургическое лечение проведено у 108 пациентов, консервативная терапия – у 200. Оценивали клинико-демографические данные, эндоскопические и лучевые признаки, осложнения и исходы лечения. Для выявления предикторов хирургического вмешательства использовали бинарную логистическую регрессию с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ); дискриминационную способность модели оценивали методом ROC-анализа.

Результаты. Пациенты хирургической группы были моложе (p=0,025) и чаще имели быстропрогрессирующее течение колита (ОШ 2,85, 95% ДИ 1,65–4,92; p<0,001). Эндоскопическими предикторами операции являлись контактная кровоточивость слизистой (ОШ 1,99; p=0,020) и язвенные дефекты (ОШ 1,97; p=0,012). Среди осложнений с хирургическим лечением ассоциировались толстокишечное кровотечение (ОШ 6,33; p<0,001) и дилатация толстой кишки (ОШ 3,67; p=0,013). Модель продемонстрировала удовлетворительную дискриминационную способность (AUC 0,700; p<0,001) при высокой чувствительности (92,9%) и умеренной специфичности (33,7%).

Заключение. Ключевыми факторами вероятности хирургического вмешательства при тяжелых формах ЯК, ПМК и ИК являются быстропрогрессирующее течение заболевания, контактная кровоточивость слизистой, язвенные дефекты слизистой, толстокишечное кровотечение и дилатация толстой кишки.

Ключевые слова: язвенный колит, псевдомембранозный колит, ишемический колит, тяжелые формы колита, неэффективность консервативной терапии, предикторы хирургического вмешательства

Для цитирования: Кротов Г.А., Данилов М.А., Князев О.В., Цвиркун В.В. Факторы вероятности хирургического вмешательства у больных язвенным, псевдомембранозным и ишемическим колитами. Терапевтический архив. 2026;98(8):439–445.
DOI: 10.26442/00403660.2026.08.203723
© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2026 г.

ORIGINAL ARTICLE

Predictors of surgical intervention in patients with ulcerative, pseudomembranous, and ischemic colitis

Gleb A. Krotov✉, Mikhail A. Danilov, Oleg V. Knyazev, Victor V. Tsvirkun

Loginov Moscow Clinical Scientific Center, Moscow, Russia

Abstract

Aim. To compare surgical and conservative treatment outcomes in patients with severe and fulminant ulcerative colitis (UC), pseudomembranous colitis (PMC), and ischemic colitis (IC) and to identify predictors of surgical intervention.

Materials and methods. A retrospective cohort study was conducted between 2015 and 2024 and included 308 patients with severe and fulminant UC, PMC, and IC. Surgical treatment was performed in 108 patients, while 200 received conservative therapy. Clinical and demographic data, endoscopic and imaging findings, complications, and outcomes were analyzed. Predictors of surgical intervention were identified using binary logistic regression with calculation of odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs). Model discrimination was assessed using ROC analysis.

Results. Surgically treated patients were younger (p=0.025) and more frequently had a rapidly progressive disease course (OR 2.85, 95% CI 1.65–4.92; p<0.001). Endoscopic predictors of surgery included mucosal contact bleeding (OR 1.99, p=0.020) and ulcerative defects (OR 1.97; p=0.012). Among complications, colonic bleeding (OR 6.33; p<0.001) and colonic dilation (OR 3.67; p=0.013) were significantly associated with surgical intervention. The predictive model demonstrated satisfactory discrimination (AUC 0.700; p<0.001) with high sensitivity (92.9%) and moderate specificity (33.7%).

Conclusion. Key predictors of surgical intervention in patients with severe UC, PMC, and IC include rapidly progressive disease course, mucosal contact bleeding, ulcerative defects, colonic bleeding, and colonic dilation.

Keywords: ulcerative colitis, pseudomembranous colitis, ischemic colitis, severe colitis, conservative treatment failure, predictors of surgical intervention

For citation: Krotov GA, Danilov MA, Knyazev OV, Tsvirkun VV. Predictors of surgical intervention in patients with ulcerative, pseudomembranous, and ischemic colitis. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2026;98(8):439–445. DOI: 10.26442/00403660.2026.08.203723

Информация об авторах / Information about the authors

✉**Кротов Глеб Александрович** – врач-хирург приемного отд-ния. E-mail: krotovgleb@mail.ru

Данилов Михаил Александрович – д-р мед. наук, зав. отд-нием колопроктологии

Князев Олег Владимирович – д-р мед. наук, проф., зав. отд-нием патологии кишечника

Цвиркун Виктор Викторович – д-р мед. наук, проф., гл. науч. сотр.

✉**Gleb A. Krotov.** E-mail: krotovgleb@mail.ru; ORCID: 0009-0000-0838-3454

Mikhail A. Danilov. ORCID: 0000-0001-9439-9873

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

Victor V. Tsvirkun. ORCID: 0000-0001-5169-2199

Введение

Наибольшую медико-социальную и экономическую значимость среди острых колитов в настоящее время имеют язвенный (ЯК), псевдомембранозный (ПМК) и ишемический (ИК) колиты [1–3]. В период пандемии COVID-19 отмечен рост числа дебютов указанных заболеваний [4]. ЯК, ПМК и ИК нередко характеризуются клинико-морфологической мимикрией, затрудняющей дифференциальную диагностику. Описаны транзиторные формы ИК, имитирующие обострение ЯК [5], а также псевдомембраны ишемического генеза, создающие эндоскопическую картину ПМК [6]. Отдельную проблему представляют случаи сочетанного течения ЯК и ПМК [7]. В Российской Федерации отсутствуют национальные регистры ПМК и ИК, в отличие от ЯК [8], что нарушает преемственность оказания медицинской помощи. В результате пациенты нередко госпитализируются в специализированные стационары уже на стадии тяжелых и фульминантных форм заболевания, где впервые устанавливается диагноз ПМК или ИК. При тяжелых и фульминантных формах ЯК, ПМК и ИК отмечается унификация патоморфологических изменений стенки толстой кишки, при которой воспалительные и ишемические процессы приобретают сходный характер [9], что снижает значение исходных этиологических факторов при выборе лечебной тактики [10]. В связи с этим анализ факторов, определяющих необходимость перехода от консервативного лечения тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК к хирургическому вмешательству, имеет важное клиническое значение, особенно в условиях диагностических ограничений.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов хирургического и консервативного лечения пациентов с тяжелыми и фульминантными формами ЯК, ПМК и ИК с целью выявления факторов, ассоциированных с вероятностью хирургического вмешательства.

Материалы и методы

Ретроспективное сравнительное когортное исследование выполнено на базе ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» в 2015–2024 гг. В анализ включены пациенты старше 18 лет с верифицированными тяжелыми и фульминантными формами ЯК, ПМК и ИК. Критериями исключения являлись легкие формы заболеваний, болезнь Крона, специфические колиты, беременность и лактация. По решению мультидисциплинарного консилиума сформированы группа хирургического лечения (n=108) и группа консервативной терапии (n=200).

Использовали данные Единой медицинской информационно-аналитической системы, включающие сведения о проводимой терапии, консультациях смежных специалистов и результатах клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Тяжесть ЯК и ИК оценивали по критериям Американской коллегии гастроэнтерологов (ACG) [11, 12], ПМК – в соответствии с рекомендациями Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных болезней (ESCMID) [13]. Анализировали ближайшие и отдаленные исходы лечения.

Характеристика пациентов. В исследование включены 308 пациентов, из которых 108 составили группу хирургического лечения и 200 – группу консервативной терапии **(табл. 1)**. Пациенты хирургической группы были достоверно моложе (медиана возраста 41,5 [32,0–61,3] года vs 53,0 [33,0–67,3] года; p=0,025). Гендерное распределение и показатели индекса массы тела (ИМТ) между группами не различались; сопутствующая патология выявлена у 62,7% пациентов.

Доля пациентов, перенесших COVID-19 до дебюта колита, была ниже в хирургической группе (23,1% vs 34,5%; p=0,039). В структуре нозологических форм преобладал ЯК (63,0%), при этом фульминантное течение чаще отмечалось в хирургической группе (35,2% vs 16,0%; p<0,001). Группы были сопоставимы по протяженности поражения.

Статистические методы. Характер распределения количественных показателей оценивали с использованием критерия Шапиро–Уилка. Данные с нормальным распределением представлены как $M \pm SD$, с ненормальным – в виде Me (Q_1–Q_3), категориальные переменные – в виде абсолютных и относительных частот (%).

Для сравнения двух независимых групп применяли t-критерий Стьюдента (или критерий Уэлча) либо U-критерий Манна–Уитни. Категориальные переменные анализировали с использованием критерия χ^2 или точного критерия Фишера. Анализ выживаемости выполняли методом Каплана–Мейера с log-rank-тестом. Предикторы хирургического вмешательства определяли методом бинарной логистической регрессии с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (ДИ). Уровень статистической значимости принимали равным $p \leq 0{,}05$.

Статистическую обработку данных выполняли в программе Jamovi v.2.3.28.

Результаты

Существенных различий в клинических проявлениях на момент госпитализации между группами не выявлено **(табл. 2)**. Отмечена тенденция к более частому наличию примеси крови в стуле у пациентов хирургической группы (70,4% vs 59,5%; p=0,059).

По данным эндоскопического исследования в хирургической группе достоверно чаще выявлялись контактная кровоточивость слизистой (p=0,019) и язвенные дефекты (p=0,012); **табл. 3**.

Статистически значимых различий по КТ-семиотике между группами не выявлено **(табл. 4)**.

В хирургической группе статистически значимо чаще регистрировались кишечные осложнения, включая толстокишечное кровотечение (30,6% vs 6,5%; p<0,001) и дилатацию толстой кишки (10,2% vs 3,0%; p=0,008).

Непосредственные результаты лечения представлены в **табл. 5**. Частота перевода в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) между группами не различалась, однако длительность пребывания в ОРИТ была меньше у оперированных пациентов (2,0 [1,0–3,3] дня vs 4,0 [3,0–6,0] дня; p<0,001) при сопоставимых значениях по шкале SOFA. Общая продолжительность госпитализации была больше в хирургической группе (p<0,001). Частота внутрибольничного инфицирования коронавирусной инфекцией и летальность статистически значимо не различались.

В группе хирургического лечения частота эндоскопически верифицированных рецидивов колита была ниже по сравнению с консервативной терапией (43,7% vs 55,2%; p=0,002).

Летальность также была ниже в хирургической группе (5,9% vs 15,1%), что сопровождалось межгрупповыми различиями показателей выживаемости **(табл. 6)**.

Несмотря на отсутствие статистически значимых различий (log-rank 0,051; **рис. 1**), кривые выживаемости отражают тенденцию к преимуществу хирургического лечения.

В группе хирургического лечения повторные экстренные операции на толстой кишке потребовались 17,5% пациентов (n=18) по сравнению с 2,6% (n=5) в группе

Таблица 1. **Характеристика пациентов исследуемых групп**

Table 1. **Baseline characteristics of study cohorts**

Показатель	Колиты			*p*
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)	Всего (*n*=308)	
Возраст, полных лет	41,5 (32,0–61,3)	53,0 (33,0–67,3)	48,0 (33,0–64,3)	0,025
Возрастная группа, полных лет				
<25	10 (9,3%)	18 (9,0%)	28 (9,1%)	0,020
25–49	55 (50,9%)	76 (38,0%)	131 (42,5%)	
50–74	40 (37,0%)	82 (41,0%)	122 (39,6%)	
≥75	3 (2,8%)	24 (12,0%)	27 (8,8%)	
Пол				
Мужской	65 (60,2%)	99 (49,5%)	164 (53,2%)	0,073
Женский	43 (39,8%)	101 (50,5%)	144 (46,8%)	
ИМТ, кг/м^2	21,6 (18,5–26,0)	22,3 (18,6–25,6)	22,1 (18,6–25,6)	0,456
Категория ИМТ, кг/м^2				
<16,0	9 (8,3%)	12 (6,0%)	21 (6,8%)	0,909
16,0–16,9	5 (4,6%)	8 (4,0%)	13 (4,2%)	
17,0–18,4	13 (12,0%)	28 (14,0%)	41 (13,3%)	
18,5–24,9	51 (47,2%)	96 (48,0%)	147 (47,7%)	
25,0–29,9	21 (19,4%)	35 (17,5%)	56 (18,2%)	
30,0–34,9	7 (6,5%)	13 (6,5%)	20 (6,5%)	
35,0–39,9	2 (1,9%)	5 (2,5%)	7 (2,3%)	
≥40,0	0	3 (1,5%)	3 (1,0%)	
Сопутствующая патология	61 (56,5%)	132 (66,0%)	193 (62,7%)	0,099
COVID-инфекция до дебюта колита	25 (23,1%)	69 (34,5%)	94 (30,5%)	0,039
Период от COVID до госпитализации, мес	11,0 (3,0–31,0)	4,0 (2,0–13,0)	5,0 (2,0–19,0)	0,057
Нозологическая форма колита				
ЯК	83 (76,9%)	111 (55,5%)	194 (63,0%)	<0,001
ПМК	11 (10,2%)	60 (30,0%)	71 (23,1%)	
ИК	14 (13,0%)	29 (14,5%)	43 (14,0%)	
Степень тяжести				
Тяжелое	70 (64,8%)	168 (84,0%)	238 (77,3%)	<0,001
Фульминантное	38 (35,2%)	32 (16,0%)	70 (22,7%)	
Протяженность поражения				
Правостороннее	1 (0,9%)	6 (3,0%)	7 (2,3%)	0,360
Сегментарное	9 (8,3%)	14 (7,0%)	23 (7,5%)	
Левостороннее	15 (13,9%)	18 (9,0%)	33 (10,7%)	
Тотальное	83 (76,9%)	162 (81,0%)	245 (79,5%)	

Таблица 2. **Клинические проявления тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК**

Table 2. **Clinical manifestations of severe and fulminant ulcerative colitis (UC), pseudomembranous colitis (PMC), and ischemic colitis (IC)**

Показатель	Колиты			*p*
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)	Всего (*n*=308)	
Боль в животе	96 (88,9%)	182 (91,0%)	278 (90,3%)	0,551
Лихорадка	30 (27,8%)	49 (24,5%)	79 (25,6%)	0,530
Тошнота/рвота	16 (14,8%)	47 (23,5%)	63 (20,5%)	0,071
Частота дефекации				
<10	75 (69,4%)	134 (67,0%)	209 (67,9%)	0,661
≥10	33 (30,6%)	66 (33,0%)	99 (32,1%)	
Примесь крови в стуле	76 (70,4%)	119 (59,5%)	195 (63,3%)	0,059
Потеря массы тела за 3 мес				
Число человек	65 (60,2%)	130 (65,0%)	195 (63,3%)	0,403
кг	10,0 (6,0–16,0)	10,5 (7,0–17,8)	10,0 (7,0–17,0)	0,154

Таблица 3. **Эндоскопическая семиотика тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК**
Table 3. **Endoscopic findings in severe and fulminant UC, PMC, and IC**

Показатель	Колиты, абс. (%)			*p*
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)	Всего (*n*=308)	
Контактная кровоточивость	77 (78,6)	109 (64,9)	186 (69,9)	0,019
Спонтанная кровоточивость	8 (8,2)	6 (3,6)	14 (5,3)	0,106
Эрозии	88 (89,8)	148 (88,1)	236 (88,7)	0,672
Язвы	69 (70,4)	92 (54,8)	161 (60,5)	0,012
Фибрин на стенках	72 (73,5)	125 (74,4)	197 (74,1)	0,867

Таблица 4. **КТ-семиотика тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК**
Table 4. **CT imaging features of severe and fulminant UC, PMC, and IC**

Показатель	Колиты			*p*
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)	Всего (*n*=308)	
Гидроторакс	17 (16,8%)	53 (26,8%)	70 (23,4%)	0,055
Асцит	28 (27,7%)	75 (37,9%)	103 (34,4%)	0,080
Отсутствие кишечных гаустр	83 (82,2%)	167 (84,3%)	250 (83,6%)	0,632
Максимальная толщина стенки толстой кишки, мм	8,0 (6,0–10,0)	8,0 (7,0–11,8)	8,0 (7,0–11,0)	0,277

Таблица 5. **Общие результаты лечения пациентов с тяжелым и фульминантным течением ЯК, ПМК и ИК**
Table 5. **Treatment outcomes in patients with severe and fulminant UC, PMC, and IC**

Показатель	Колиты			*p*
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)	Всего (*n*=308)	
Пребывание в ОРИТ	33 (30,6%)	55 (27,5%)	88 (28,6%)	0,571
Койко-день в ОРИТ, дни	2,0 (1,0–3,3)	4,0 (3,0–6,0)	2,0 (2,0–5,0)	<0,001
Максимальный балл SOFA в ОРИТ	1,0 (1,0–3,0)	2,0 (1,0–3,5)	2,0 (1,0–3,0)	0,390
Койко-день	16,0 (12,0–21,0)	13,0 (10,0–16,0)	14,0 (11,0–18,0)	<0,001
Присоединение COVID-инфекции	0	6 (3,0%)	6 (1,9%)	0,069
Летальный исход	7 (3,5%)	5 (4,6%)	12 (3,9%)	0,625

Таблица 6. **Выживаемость пациентов исследуемых групп**
Table 6. **Survival analysis of patient cohorts**

Временной интервал, мес	Колиты, %	
	Хирургическое лечение (*n*=108)	Консервативное лечение (*n*=200)
1	83,3 (95% ДИ 0,583–1,000)	72,4 (95% ДИ 0,578–0,907)
3	66,7 (95% ДИ 0,379–1,000)	58,6 (95% ДИ 0,432–0,796)
7	–	34,5 (95% ДИ 0,209–0,569)
8	50,0 (95% ДИ 0,225–1,000)	–
28	–	10,3 (95% ДИ 0,035–0,302)
33	33,3 (95% ДИ 0,108–1,000)	–
69	16,7 (95% ДИ 0,028–0,997)	–

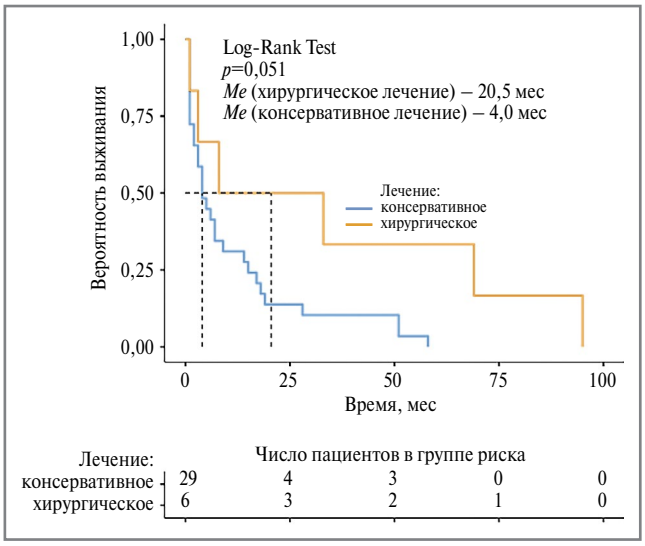

Рис. 1. **Летальные исходы при хирургическом и консервативном лечении ЯК, ПМК и ИК (по методу Каплана–Мейера).**

Fig. 1. **Kaplan–Meier survival analysis of lethal outcomes following surgical versus conservative management of UC, PMC, and IC.**

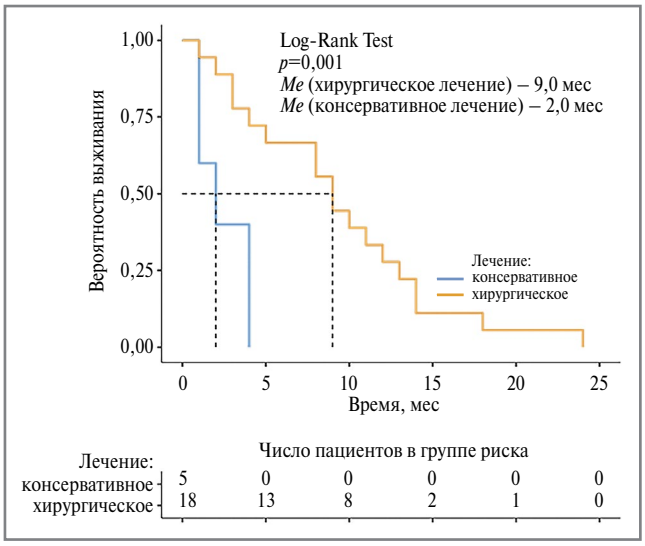

Рис. 2. **Выполнение повторных операций по экстренным показаниям на толстой кишке в группе хирургического лечения ЯК, ПМК и ИК и резекционных вмешательств на толстой кишке в группе консервативного лечения ЯК, ПМК и ИК (по методу Каплана–Мейера).**

Fig. 2. **Kaplan–Meier analysis of emergency colonic reoperations in surgical patients versus colonic resections in conservatively managed patients with UC, PMC, and IC.**

Таблица 7. **Результаты бивариативного анализа факторов вероятности хирургического вмешательства**

Table 7. **Bivariate analysis of predictors for surgical intervention**

Фактор риска	ОШ	95% ДИ	*p*
Контактная кровоточивость слизистой	1,985	1,114–3,535	0,020
Дилатация толстой кишки	3,667	1,317–10,211	0,013
Язвенные дефекты слизистой	1,966	1,157–3,338	0,012
Быстропрогрессирующее течение колита	2,850	1,650–4,923	<0,001
Толстокишечное кровотечение	6,329	3,157–12,688	<0,001

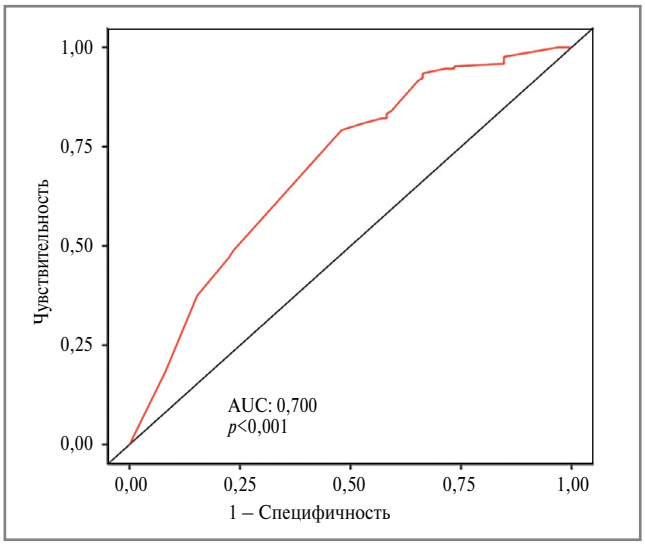

Рис. 3. **ROC-кривая модели факторов вероятности хирургического вмешательства при тяжелых формах ЯК, ПМК и ИК.**

Fig. 3. **ROC curve analysis of predictive model for surgical intervention in severe and fulminant UC, PMC, and IC.**

консервативной терапии. Анализ Каплана–Мейера выявил достоверно более позднее возникновение необходимости в экстренных вмешательствах у оперированных пациентов (log-rank 0,001); **рис. 2**.

Независимые предикторы хирургического вмешательства определяли методом бинарной логистической регрессии. Многофакторный анализ выявил 5 статистически значимых факторов: контактную кровоточивость слизистой, дилатацию толстой кишки, язвенные дефекты слизистой, быстропрогрессирующее течение колита и толстокишечное кровотечение (**табл. 7**).

Выявленные предикторы включены в модель множественной логистической регрессии, прогностическую ценность которой оценивали с помощью ROC-анализа (**рис. 3**).

Площадь под ROC-кривой составила 0,700 (p<0,001); модель характеризовалась высокой чувствительностью (92,9%) при умеренной специфичности (33,7%).

Обсуждение

Проведенное исследование выявило различия в отдаленных исходах между хирургическим и консервативным лечением тяжелых форм ЯК, ПМК и ИК. Снижение летальности в хирургической группе (5,9% vs 15,1%; p=0,051) согласуется с данными о значении своевременного опре-

деления показаний к операции [14–16], что особенно важно в условиях клинико-морфологической мимикрии, затрудняющей дифференциальную диагностику.

Преобладание пациентов молодого возраста с быстропрогрессирующим течением в хирургической группе связано с доминированием ЯК (76,9%, *n*=83). По данным H. Kurumi и соавт., ЯК у молодых пациентов характеризуется гипериммунным ответом с активацией провоспалительных цитокинов, что объясняет агрессивное течение заболевания [17]. Более высокая частота фульминантных форм в хирургической группе (35,2% vs 16,0%; *p*<0,001) подтверждает обоснованность оперативной тактики при быстро прогрессирующих колитах [14, 15].

Эндоскопическое исследование имеет ключевое значение при выборе тактики ведения пациентов с тяжелыми колитами [18, 19]. В настоящем исследовании статистически значимыми эндоскопическими предикторами хирургического лечения являлись контактная кровоточивость слизистой (78,6% vs 64,9%; *p*=0,019) и язвенные дефекты (70,4% vs 54,8%; *p*=0,012). Данные компьютерной томографии (КТ) существенного влияния на выбор лечебной тактики не оказывали.

Разработанная модель продемонстрировала удовлетворительную дискриминационную способность (AUC 0,700) с высокой чувствительностью (92,9%) при умеренно низкой специфичности (33,7%). Ограничение специфичности, вероятно, связано с ретроспективным дизайном исследования, различной продолжительностью наблюдения и влиянием пандемии COVID-19. Несмотря на это, модель обладает клинической значимостью для стратификации риска и выбора тактики ведения пациентов с тяжелыми формами ЯК, ПМК и ИК.

Заключение

Результаты исследования подтверждают значение своевременного хирургического вмешательства у пациентов с тяжелыми формами ЯК, ПМК и ИК. Выбор оптимальной тактики лечения должен основываться на комплексной оценке состояния пациента с привлечением междисциплинарной команды специалистов. Ключевыми предикторами необходимости хирургического вмешательства являются контактная кровоточивость слизистой, дилатация толстой кишки, язвенные дефекты слизистой, быстропрогрессирующее течение колита и толстокишечное кровотечение.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Г.А. Кротов – концепция и дизайн исследования, сбор и обработка данных, статистический анализ, подготовка рукописи; М.А. Данилов – клиническое руководство, интерпретация результатов, критическое редактирование рукописи; О.В. Князев – научное консультирование, интерпретация клинических данных, редактирование рукописи; В.В. Цвиркун – методологический контроль, финальное редактирование, утверждение итоговой версии.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. G.A. Krotov – study concept and design, data collection and analysis, statistical analysis, manuscript drafting; M.A. Danilov – clinical supervision, interpretation of results, critical manuscript revision; O.V. Knyazev – scientific consulting, interpretation of clinical data, manuscript revision; V.V. Tsvirkun – methodological supervision, final editing, approval of the final version.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ГБУЗ «МКНЦ им. А.С. Логинова» (протокол №07/2021 от 15.02.2021). Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Compliance with the principles of ethics. The study protocol was approved by the local ethics committee of Loginov Moscow Clinical Scientific Center (Minutes No. 07/2021 dated 15.02.2021). Approval and protocol procedure was obtained according to the principles of the Declaration of Helsinki.

Список сокращений

ДИ – доверительный интервал
ИК – ишемический колит
ИМТ – индекс массы тела
КТ – компьютерная томография
ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
ОШ – отношение шансов
ПМК – псевдомембранозный колит
ЯК – язвенный колит

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Raine T. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment. *Journal Crohns Colitis.* 2021;16(1):2-17. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjab178
2. Shin MY. Development and Validation of a Risk Scoring Model for Early Prediction of Severe Colon Ischemia. *Dig Dis Sci.* 2021;66(11): 3993-4000. DOI:10.1007/s10620-020-06717-1
3. Zhang J. Antibiotic-Specific Risk for Community-Acquired Clostridioides difficile Infection in the United States from 2008 to 2020. *Antimicrob Agents Chemother.* 2022;66(12):e01129-22. DOI:10.1128/aac.01129-22
4. Elhamshary N. Gastrointestinal and Liver Manifestations in Patients with COVID-19. *Int J Sci Res.* 2022;11(1):478-82. DOI:10.21275/sr22109031829
5. Popa DE, Calita M, Pirlog MC. The Differential Diagnosis of Ulcerative Colitis Versus Angiodysplasia of the Colon with Ischemic Colitis. *Rom J Morphol Embryol.* 2021;62(2):395-400. DOI:10.47162/rjme.62.2.05
6. Huynh TM, Le QD, Bui KLN, et al. Ischemic Colitis Presented as Pseudomembranous Colitis: an Atypical Case from Vietnam. *Korean J Gastroenterol.* 2022;80(2):93-8. DOI:10.4166/kjg.2022.023
7. Ahmed-Khan MA, Moin K, Funk CM, Carmona-Pires F. A Rare Case of Pseudomembrane-Associated Ulcerative Colitis. *Cureus.* 2022;14(12):e33152. DOI:10.7759/cureus.33152
8. Белоусова Е.А., Шелыгин Ю.А., Ачкасов С.И., и др. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь

Крона, язвенный колит) в РФ. *Колопроктология*. 2023;22(1):65-82 [Belousova EA, Shelygin YuA, Achkasov SI, et al. Clinical and demographic features and treatment approaches for inflammatory bowel diseases (Crohn's disease, ulcerative colitis) in the Russian Federation: first results of the national register analysis. *Koloproktologia*. 2023;22(1): 65-82 (in Russian)]. DOI:10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82

9. Парфенов А.И., Каграманова А.В., Князев О.В., и др. Современная концепция дифференциальной диагностики колитов: от Г.Ф. Ланга до наших дней. *Терапевтический архив*. 2023;95(12):1022-30 [Parfenov AI, Kagramanova AV, Knyazev OV, et al. Modern concept of differential diagnosis of colitis: from G.F. Lang to the present day. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2023;95(12):1022-30 (in Russian)]. DOI:10.26442/00403660.2023.12.202496
10. Liggett MR, Alam HB. Management of Severe Colitis and Toxic Megacolon. *Clin Colon Rectal Surg*. 2023;37(6):404-10. DOI:10.1055/s-0043-1777665
11. Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, et al. ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(3):384-413. DOI:10.14309/ajg.0000000000000152
12. Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, Boley SJ. ACG Clinical Guideline: Epidemiology, Risk Factors, Patterns of Presentation, Diagnosis, and Management of Colon Ischemia. *Am J Gastroenterol.* 2015;110(1): 18-44. DOI:10.1038/ajg.2014.395
13. van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, et al. ESCMID: 2021 Update on the Treatment Guidance Document for Clostridioides difficile Infection in Adults. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27(Suppl. 2):S1-S21. DOI:10.1016/j.cmi.2021.09.038
14. Ahmad O, Mumtaz K, Schmidt M. Laboratory Markers Predictive of Fulminant Clostridioides difficile Infection Refractory to Fluid Resuscitation. *Infect Prev Pract.* 2021;3(2):100127. DOI:10.1016/j.infpip.2021.100127
15. Poylin V, Hawkins AT, Bhama AR, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Clostridioides difficile Infection. *Dise Colon Rectu*m. 2021;64(6): 650-68. DOI:10.1097/DCR.0000000000002047
16. Spinelli A, Bonovas S, Burisch J, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis.* 2021;16(2):179-89. DOI:10.1093/ecco-jcc/jjab177
17. Kurumi H, Yokoyama K. Cytokine Profile in Predicting the Effectiveness of Advanced Therapy for Ulcerative Colitis: A Narrative Review. *Biomedicines*. 2024;12(5):952. DOI:10.3390/biomedicines12050952
18. Lorenzo D, Bouchard P, Boulay-Coletta I, et al. Severe Acute Ischemic Colitis: What Is the Place of Endoscopy in the Management Strategy? *Endosc Int Open*. 2021;9(11):E1770-E1777. DOI:10.1055/a-1561-2259
19. Wong ECL, Ungaro RC, Colombel JF, et al. Predicting Endoscopic Improvement in Ulcerative Colitis Using the Ulcerative Colitis Severity Index. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30(3):370-81. DOI:10.1093/ibd/izad074

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.08.2025

OMNIDOCTOR.RU