

Туберкулез кишечника под маской болезни Крона: клиническое наблюдение

Д. Д. Мухаметова¹, А. Р. Абузярова¹, А. Л. Галиуллина¹, А. Ю. Хасаншина², А. Х. Одинцова², Р. Р. Зарипов², Д. И. Абдулганиева^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье представлен клинический случай туберкулеза кишечника, который протекал под маской болезни Крона подвздошной кишки. Окончательный диагноз был установлен через пять месяцев от начала болезни после оперативного вмешательства по поводу кишечной непроходимости и гематогенной диссеминации в легких на фоне стероидной терапии. В статье освещены основные клинические и диагностические параметры, необходимые для дифференциальной диагностики этих заболеваний.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: туберкулез, туберкулез кишечника, болезнь Крона, дифференциальная диагностика.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Работа выполнена за счет гранта Академии наук Республики Татарстан, предоставленного молодым кандидатам наук (постдокторантам) с целью защиты докторской диссертации, выполнения научно-исследовательских работ, а также выполнения трудовых функций в научных и образовательных организациях Республики Татарстан «Научно-техническое развитие Республики Татарстан». **Информированное согласие на публикацию.** Пациент подписал форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Intestinal tuberculosis disguised as Crohn's disease: a case report

D. D. Mukhametova¹, A. R. Abuzyarova¹, A. L. Galiullina¹, A. Yu. Khasanshina², A. Kh. Odintsova², R. R. Zaripov², D. I. Abdulganieva^{1,2}

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

SUMMARY

This article reports a clinical case of intestinal tuberculosis initially misdiagnosed as Crohn's disease of the ileum. A correct diagnosis was only made five months after the start of symptoms, following surgery for intestinal obstruction and the subsequent appearance of hematogenous dissemination in the lungs exacerbated by steroid treatment. The article emphasizes the important clinical and diagnostic characteristics that aid in differentiating these entities.

KEYWORDS: tuberculosis, intestinal tuberculosis, Crohn's disease, differential diagnosis

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding. The work was carried out with financial support from the grant of the Academy of Sciences of the Republic of Tatarstan, provided to young candidates of science (postdoctoral students) for the purpose of defending a doctoral dissertation, carrying out research work, and also performing work functions in scientific and educational organizations of Tatarstan «Scientific and Technical Development of Tatarstan».

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое вызывается патогенными микобактериями, относящимися к классу *Actinobacteria*, порядку *Actinomycetales*, семейству *Mycobacteriaceae*, образующие группу *Mycobacterium tuberculosis complex* [1]. Актуальность туберкулеза не снижается, что обусловлено его универсальным характером (поражение любых органов), склонностью к вялому, затяжному течению и поздней диагностике, когда болезнь уже запущена и проявляется выраженными симптомами. Одной из причин поздней диагностики является частое отсутствие симптомов на ранних стадиях, что приводит к несвоевременному обращению за медицинской помощью [2]. Туберкулез является одной из наиболее широко распространенных в мире инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), треть населения земного шара

инфицирована микобактериями туберкулеза. Ежегодно заболевают туберкулезом 10 млн человек, умирают от туберкулеза 1,2 млн [1].

Помимо легких туберкулез может поражать и другие органы. Внелегочный туберкулез встречается у 20% пациентов с туберкулезом. При этом 10% всех случаев внелегочного туберкулеза – это кишечный туберкулез [3].

Сложность постановки диагноза туберкулеза кишечника заключается в том, что он может протекать под маской различных заболеваний. Несмотря на прогресс в диагностике заболеваний тонкой кишки, дифференциация болезни Крона (БК) и туберкулеза кишечника остается сложной задачей. Схожие клинические проявления этих заболеваний нередко приводят к диагностическим ошибкам [4], в связи с чем актуально представить клинический случай.

Клинический случай

Пациент Д., 51 год, индивидуальный предприниматель, был госпитализирован 09.08.2024 в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ «Республиканская клиническая больница (РКБ) МЗ РТ» с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области и правом боковом фланге живота, которая усиливалась через 20 мин после приема пищи, вздутие живота, общую слабость, тошноту с эпизодами рвоты, потерю аппетита; снижение веса (на 15 кг за полгода). Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

Из анамнеза известно, что вышеописанный болевой синдром беспокоит с мая 2024 г., отмечает также постепенное нарастание общей слабости, потери аппетита и снижение веса. Был обследован по месту жительства. В общем анализе крови выявлен анемический синдром – гемоглобин 96 г/л, лейкоцитоз – $11,4 \times 10^9/\text{л}$. По результатам рентгеновской компьютерной томографии органов брюшной полости (РКТ ОБП) выявлено изменение слепой, восходящей ободочной кишки и терминального отдела подвздошной кишки (ТОПК) в виде утолщения стенок, увеличение плотности подкожно-жировой клетчатки (ПЖК) вокруг кишки, лимфоаденопатия мезентеральных лимфатических узлов. Флюорография от 13.05.2024 – без патологии. Проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) от 31.05.2024 – признаки эзофагита, острый гастродуоденит. По результатам илеоколоноскопии от 14.06.2024: илеоцекальный клапан циркулярно поражен tumorом, инфильтрация распространяется на ТОПК и на восходящую ободочную кишку. Полип поперечно-ободочной кишки, проведена полипэктомия. По результатам гистологического заключения – гиперпластический полип толстой кишки. Для исключения онкологического процесса пациент был направлен в ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РТ имени профессора М. З. Сигала», где при повторной илеоколоноскопии от 24.07.2024 выявлена язва баугиниевой заслонки с грануляциями, которая распространялась на проксимальный отдел восходящей кишки. Осмотрено 4–5 см ТОПК, проксимальнее осмотр невозможен за счет циркулярного сужения подвздошной кишки, определяется контактная кровоточивость. В восходящем отделе ободочной кишки обнаружена грануляция

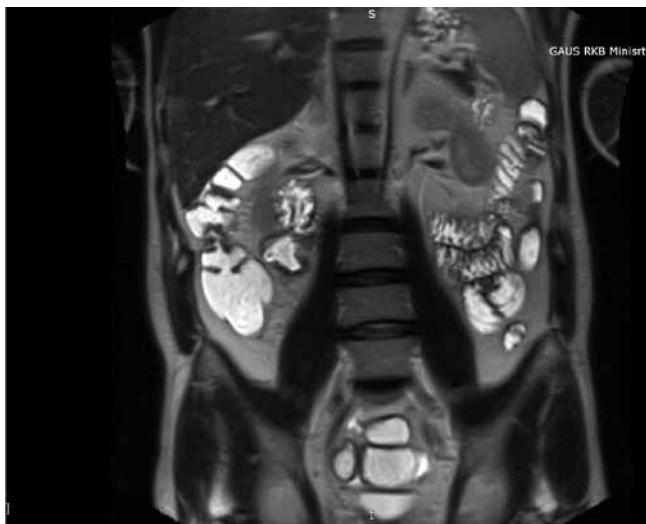


Рисунок 1. МРТ-энтерография пациента Д. от 19.08.2024, выявившая сужение просвета терминального отдела подвздошной кишки без перифокальных воспалительных изменений

до 0,8 см. В области печеночного угла – полип $1,0 \times 1,3$ см. Гистология: кусочек стенки толстой кишки с грануляционно-некротической тканью с участком плотной лимфоидной инфильтрации. После исключения онкологической патологии для верификации диагноза и подбора терапии пациент направлен в гастроэнтерологическое отделение ГАУЗ РКБ МЗ РТ.

Перенесенные заболевания: в 2002 г. выявлен хронический гепатит С, наблюдается у инфекциониста, получал противовирусную терапию. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность – без особенностей.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов нет. Пульс и ЧСС 73 ударов в минуту, АД 125/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

В общем анализе крови от 12.08.2024: гемоглобин – 90 г/л; эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/\text{л}$; MCV – 67,4; MCH – 19,6; гематокрит – 31; тромбоциты – $542 \times 10^9/\text{л}$; лейкоциты – $13,94 \times 10^9/\text{л}$, лейкоформула, %: незрелые гранулоциты – 1,9; нейтрофилы – 83,2; лимфоциты – 8,5; моноциты – 7,0; эозинофилы – 2,0; базофилы – 0,3; СОЭ – 21 мм/ч (признаки гипохромной микроцитарной анемии средней тяжести, тромбоцитоз, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

Биохимический анализ крови от 12.08.2024: С-реактивный белок – 10,9 мг/л, холестерин общий – 3,71 ммоль/л, билирубин общий – 3,1 ммоль/л, билирубин прямой – $<0,5$ ммоль/л, общий белок – 63,0 г/л, креатинин – 66 мкмоль/л, глюкоза – 5,9 ммоль/л, калий – 4,20 ммоль/л, натрий – 137,0 ммоль/л, АСТ – 6,0 Ед/л, щелочная фосфатаза – 70 Ед/л, гамма-глутамилтранспептидаза – 20 Ед/л.

Коагулограмма от 12.08.2024: АПТВ – 25,1 сек; протромбированное время – 9,7 сек; МНО – 0,83 у.е.; фибриноген – 2,80 г/л.

Белковые фракции методом электрофореза от 12.08.2024: альбумин – 54,1 %; α_1 -глобулин – 54 %; α_2 -глобулин – 12 %; β_1 -глобулин – 9,4 %; β_2 -глобулин – 3,8 %; альбумин-глобулиновый коэффициент – 1,18 г/л.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости от 16.08.2024: ультразвуковые признаки сладжа желчного пузыря. Магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости и МРТ-энтерография от 19.08.2024 (рис. 1): данные за новообразование, деструктивный воспалительный процесс поджелудочной железы, паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлены. МРТ-признаки сужения просвета ТОПК без перифокальных воспалительных изменений, проявления характерны для болезни Крона.

Был выставлен клинический диагноз: болезнь Крона, илеит, стенозирующая стадия, впервые выявленная. Назначен преднизолон 60 мг внутрь, омепразол 20 мг утром, дротаверин 40 мг 3 раза внутрь.

22.08.2024 у пациента возник эпизод острой кишечной непроходимости, пациент был переведен в отделение колопроктологии ГАУЗ РКБ МЗ РТ, где была проведена экстренная операция – лапаротомия, выведение двустольной илеостомы,

дренирование брюшной полости. Описание операции: «Выполнена диагностическая лапаротомия. При ревизии определяются множественные стриктуры тонкой кишки (мяккоэластичные, проходимые зондом 18 мм), с бугристой серозной оболочкой, просовидные высыпания на брюшине. В области илеоцекального угла определяется деформация с фиброзными изменениями (червеобразный отросток интактен), каменистой плотностью – стеноз. Учитывая кишечную непроходимость, наличие множества стриктур, принято решение о выведении двухствольной илеостомы без резекции илеоцекального угла. По результатам гистологического заключения: фрагмент фиброзно-жировой ткани с гранулемами без некрозов с гигантскими многоядерными клетками. Окраска по Цилю – Нильсену – кислотоустойчивая палочка не обнаружена. Убедительных данных за опухолевый рост в пределах препарата нет.

На 4-е сутки после операции у пациента возник эпизод лихорадки с повышением температуры до 38 °С с ознобом, потливостью, появились кровянистые выделения из илеостомы. В анализе крови: СОЭ 60 мм/ч, С-реактивный белок – 170 г/л. В общем анализе крови от 16.09.2024 гипохромная анемия средней степени (гемоглобин – 84,0 г/л, эритроциты – $3,69 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,68, МСН – 22,7), в остальном без особенностей: лейкоциты – $5,29 \times 10^9/л$, тромбоциты – $314 \times 10^9/л$, нейтрофилы (абс.) – $4,39 \times 10^9/л$, лимфоциты – $0,48 \times 10^9/л$. Биохимический анализ крови от 16.09.2024: определяется гипопротейнемия (общий белок – 46,80 г/л), общий билирубин – 8,40 ммоль/л, связанный билирубин – 5,10 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 171 Ед/л, гамма-глутамилтрансферитаза – 253 Ед/л, амилаза – 45 Ед/л, мочевины – 2,80 ммоль/л, креатинин – 47 ммоль/л, калий – 4,20 ммоль/л, кальций – 1,77 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л, глюкоза – 5,30 ммоль/л. Общий анализ мочи от 04.09.2024 без особенностей.

Для исключения осложнений в раннем послеоперационном периоде была проведена РКТ ОБП и грудной клетки (ОГК) (рис. 2) от 18.09.2024, которая выявила милиарную диссеминацию обоих легких. Милиарный туберкулез легких?

Проведена консультация фтизиатра, рекомендована диагностика туберкулеза методом T-Spot.TB, которая дала положительный результат. Пациент был переведен в ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» для дальнейшей диагностики и терапии, где в кале была двукратно выявлена ДНК *Mycobacterium tuberculosis*, проведен пересмотр гистологического исследования, выявивший хроническое гранулематозное воспаление. Был выставлен клинический диагноз: милиарный туберкулез множественных локализаций (легкие, кишечник, брюшина). ХВГС. Двухствольная илеостома (22.08.2024). Синдром мальабсорбции». Назначена противотуберкулезная терапия – изониазид, левофлоксацин, этамбутол, пиразинамид, рифампицин, амикацин по схеме, на фоне которой отмечилось умеренное рассасывание диссеминации в легких и улучшение самочувствия пациента.

Обсуждение

Абдоминальный туберкулез, в отличие от других его форм, представляет значительные трудности в диагностике, что делает его одним из самых сложных для выявления [5]. Клиническая картина туберкулеза кишечника полиморфна,

патогномоничные симптомы и четкие диагностические критерии отсутствуют, поэтому, как правило, он выявляется лишь у небольшой части больных, у большинства же остается недиагностированным [2]. Выделяют следующие формы туберкулеза кишечника: инфильтративный, инфильтративно-язвенный, рубцово-стенотический [1]. Точные данные о распространенности туберкулеза кишечника во всем мире отсутствуют из-за сложностей в диагностике и регистрации данных случаев. В странах с высокой распространенностью туберкулеза легких туберкулез кишечника встречается чаще и протекает как вторичное поражение после легочного туберкулеза [6].

Патогенез абдоминального туберкулеза обусловлен проникновением через слизистую оболочку микроорганизмов, обычно после проглатывания инфицированной мокроты. Тем не менее следует отметить, что только 20–25 % пациентов с туберкулезом кишечника имеют поражение легких [7].

Туберкулез кишечника обычно проявляется болью в животе, потерей веса и лихорадкой. Хроническая боль, часто локализованная в правом нижнем квадранте и вокруг пупка, может напоминать аппендицит. Потеря веса, связанная с хроническим воспалением, ухудшением аппетита и мальабсорбцией, является еще одним распространенным симптомом и может сопровождаться анемией. Кроме того, большинство пациентов отмечают субфебрильную температуру с ночной потливостью, чаще во второй половине дня. Нередко наблюдаются и другие желудочно-кишечные нарушения, такие как диарея, запоры и снижение аппетита [3, 8]. Литературные источники указывают на различную частоту встречаемости симптомов при туберкулезе кишечника. Так, боль в животе регистрируется у 30–88 % пациентов, хроническая диарея – у 5–47 %, потеря веса – у 8–80 %, а лихорадка – у 21–73 % [7]. У нашего пациента наблюдались абдоминальный болевой синдром и потеря веса.

Метод постановки диагноза является самой большой проблемой при туберкулезе кишечника. Это связано с неспецифичными клиническими проявлениями, которые могут напоминать множество других заболеваний. Именно поэтому туберкулез кишечника называют великим имитатором [3]. Колоноскопия позволяет выявить три формы туберкулеза



Рисунок 2. РКТ ОГК пациента Д. от 18.09.2024 с выявлением милиарной диссеминации обоих легких. Милиарный туберкулез легких?

кишечника – миллиарный, инфильтративный и инфильтративно-язвенный. По результатам работ Решетникова М. П. и соавт., у 47 (74,6%) пациентов с туберкулезом кишечника выявлены эрозии, инфильтраты и язвы в толстой кишке. При этом только в 24 (38%) случаях при микроскопии выявлены эпителиодно-гигантоклеточные гранулемы, при окраске по Цилю – Нильсену – кислотоустойчивые бактерии [9]. Возможность обнаружения ДНК *Mycobacterium tuberculosis* при исследовании кала может значительно увеличить выявление туберкулеза кишечника [2, 10].

Туберкулез кишечника обычно диагностируется часто только во время операции. Интраоперационные находки, такие как бугорковые высыпания на брюшине, казеозный перитонит или абсцедирующий мезаденит, должны заставить задуматься о туберкулезной природе заболевания [3, 11]. В нашем клиническом случае у пациента в течение пяти месяцев не был установлен диагноз туберкулеза, он ошибочно наблюдался с диагнозом болезни Крона, так как илеоколоноскопия выявила наличие циркулярного сужения просвета подвздошной кишки, КТ и МРТ-энтерография определили утолщение кишечной стенки, флюорография не выявила патологию в легких. При этом в нашем случае не было интраоперационных находок, гистологически кислотоустойчивая палочка также не была обнаружена. Только наличие гематогенной диссеминации процесса в легких на фоне терапии стероидами привела к правильному диагнозу. Южнокорейское исследование показывает, что около 11% пациентов с абдоминальным туберкулезом были ошибочно диагностированы как болезнь Крона [12]. Согласно работам Савоненковой Л. Н. и соавт., длительность диагностического поиска абдоминального туберкулеза составляла от 1 до 12 мес и у 20 (26,3%) пациентов из пациентов с абдоминальным туберкулезом болезнь протекала под маской воспалительных заболеваний кишечника [13].

Таким образом, несмотря на достижения в различных эндоскопических, визуализирующих, микробиологических и гистологических методах, дифференциальная диагностика между туберкулезом кишечника и болезнью Крона

остается сложной проблемой, которая требует от врачей высокой клинической настороженности и опыта для своевременной диагностики и эффективного лечения.

Список литературы / References

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Туберкулез у взрослых. 2024; 1–167. Available: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/16_3
2. Поддубная Л. В., Зырянова Т. В., Петренко Т. И., Кононенко В. Г., Колпакова Т. А., Жукова Е. М. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018; 153 (5): 38–43. Poddubnaya L. V., Zyryanova T. V., Petrenko T. I., Kononenko V. G., Kolpakova T. A., Zhukova E. M. Abdominal tuberculosis in pulmonary tuberculosis patients. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2018; 153 (5): 38–43. [In Russ.].
3. Возжкова Т. Р., Степанова А. А. К вопросу о диагностике туберкулеза кишечника. *Наукосфера*. 2024; 12 (1): 71–74. DOI: 10.5281/zenodo.14409871 Vozjakova T. R., Stepanova A. A. On the issue of diagnosis of intestinal tuberculosis. *Naukosfera*. 2024; 12 (1): 71–74. [In Russ.]. DOI: 10.5281/zenodo.14409871
4. Князев О. В., Каграманова А. В., Фадеева Н. А. и др. Трудности дифференциальной диагностики туберкулеза кишечника и болезни Крона. Клиническое наблюдение. *Consilium Medicum*. 2022; 24 (5): 287–290. DOI: 10.26442/20751753.2022.5.201760 Knyazev O. V., Kagramanova A. V., Fadeeva N. A., et al. Difficulties in differential diagnosis of tuberculosis and Crohn's disease. Case report. *Consilium Medicum*. 2022; 24 (5): 287–290. [In Russ.]. DOI: 10.26442/20751753.2022.5.201760
5. Weinberg S. E., Mughal A. M. A Case of Intestinal Tuberculosis Mimicking Crohn's Disease: A Clinical and Diagnostic Dilemma. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2021; 8 (11): 002699. DOI: 10.12890/2021_002699
6. Maulahela H., Simadibrata M., Nelwan E. J., et al. Recent advances in the diagnosis of intestinal tuberculosis. *BMC Gastroenterology*. 2022; 22 (1): 89. DOI: 10.1186/s12876-022-02171-7
7. Choudhury A., Dhillon J., Sekar A., et al. Differentiating gastrointestinal tuberculosis and Crohn's disease: a comprehensive review. *BMC Gastroenterol*. 2023; 1 (23): 246. DOI: 10.1186/s12876-023-02887-0
8. Goyal P., Shah J., Gupta S., et al. Imaging in discriminating intestinal tuberculosis and Crohn's disease: past, present and the future. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019; 10 (13): 995–1007. DOI: 10.1080/17474124.2019.1673730
9. Решетников М. Н., Скопин М. С., Зубань О. Н. Эффективность колоноскопии в диагностике туберкулеза толстой кишки. Туберкулез и болезни легких. 2015; 7: 118. Reshetnikov M. N., Skopin M. S., Zuban O. N. Efficiency of colonoscopy in diagnostics of tuberculosis of the colon. *Tuberculosis and lung diseases*. 2015; 7: 118. [In Russ.].
10. Jha D. K., Pathiyil M. M., Sharma V. Evidence-based approach to diagnosis and management of abdominal tuberculosis. *Indian Journal of Gastroenterology*. 2023; 42 (1): 17–31. DOI: 10.1007/s12664-023-01343-x
11. Kedia S., Das P., Madhusudan K. S., Dattagupta S., et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol*. 2019; 4 (25): 418–432. DOI: 10.3748/wjg.v25.i4.418
12. Kurnick A., Bar N., Maharshak N. Intestinal Tuberculosis and Crohn's Disease is Always a Diagnostic Challenge: A Case Report and Review of the Literature on the Importance of Fecal Mycobacterial Cultures and the Limitations of Latent Infection Testing. *Cureus*. 2019; 9 (11): e5689. DOI: 10.7759/cureus.5689
13. Савоненкова Л. Н., Рузов В. И., Колчин Д. В. и др. Трудности и ошибки диагностики абдоминального туберкулеза в практике терапевта. Терапевтический архив. 2019; 91 (11): 21–24. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000374 Savonenkova L. N., Ruzov V. I., Kolchin D. V., et al. Difficulties and mistakes in the diagnosis of abdominal tuberculosis in the practice of the general practitioner. *Therapeutic Archive*. 2019; 91 (11): 21–24. [In Russ.]. DOI: 10.26442/00403660.2019.11.000374

Статья поступила / Received 02.05.2025

Получена после рецензирования / Revised 18.05.2025

Принята в печать / Accepted 20.05.2025

Сведения об авторах

Мухаметова Диляра Дамировна, к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии¹. E-mail: muhdilyara@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2102-0142

Абузярова Аделя Римовна, студентка лечебного факультета¹.

E-mail: adelya.rani.luv1@gmail.com. ORCID: 0009-0004-2945-4708

Галиуллина Айда Ленаровна, студентка лечебного факультета¹.

E-mail: aida.luna.93@mail.ru ORCID: 0009-0006-2013-7591

Хасаншина Алина Юсуповна, врач-гастроэнтеролог отделения гастроэнтерологии². E-mail: Alinahasanshina86@gmail.com. ORCID: 0000-0002-7716-8106

Одинцова Альфия Харисовна, к. м. н., зав. отделением гастроэнтерологии².

E-mail: odincovaa@mail.ru. ORCID: 0000-0003-1270-5457

Зарипов Рустем Рашитович, врач-колопроктолог отделения колопроктологии².

E-mail: zrland@rambler.ru. ORCID: 0009-0009-9759-4776

Абдулганиева Диана Ильдаровна, д. м. н., проф., зав. кафедрой госпитальной терапии¹, шеф терапевтической клиники². E-mail: diana_s@mail.ru. ORCID: 0000-0001-7069-2725

About authors

Mukhametova Dilyara D., PhD Med, assistant professor at Dept of Hospital Therapy¹. E-mail: muhdilyara@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2102-0142

Abuzayrova Adela R., student at the Faculty of Medicine¹. E-mail: adelya.rani.luv1@gmail.com. ORCID: 0009-0004-2945-4708

Galiullina Aida L., student at the Faculty of Medicine¹. E-mail: aida.luna.93@mail.ru ORCID: 0009-0006-2013-7591

Khasanshina Alina Yu., gastroenterologist at Dept of Gastroenterology².

E-mail: Alinahasanshina86@gmail.com ORCID: 0000-0002-7716-8106

Odintsova Alfia Kh., PhD Med, head of Gastroenterology Dept².

E-mail: odincovaa@mail.ru. ORCID: 0000-0003-1270-5457

Zaripov Rustem R., proctologist at Dept of Proctology². E-mail: zrland@rambler.ru.

ORCID: 0009-0009-9759-4776

Abdulganieva Diana I., DM Sci (habil.), professor, head of Dept of Hospital Therapy¹, chief of the Therapy Clinic². E-mail: diana_s@mail.ru. ORCID: 0000-0001-7069-2725

¹ ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

² ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», Казань, Россия

Автор для переписки: Мухаметова Диляра Дамировна. E-mail: muhdilyara@gmail.com

¹ Kazan State Medical University, Kazan, Russia

² Republican Clinical Hospital, Kazan, Russia

Corresponding author: Mukhametova Dilyara D. E-mail: muhdilyara@gmail.com

Для цитирования: Мухаметова Д. Д., Абузярова А. Р., Галиуллина А. Л., Хасаншина А. Ю., Одинцова А. Х., Зарипов Р. Р., Абдулганиева Д. И. Туберкулез кишечника под маской болезни Крона: клиническое наблюдение. *Медицинский алфавит*. 2025; (25): 13–16. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-25-13-16>

For citation: Mukhametova D. D., Abuzayrova A. R., Galiullina A. L., Khasanshina A. Yu., Odintsova A. Kh., Zaripov R. R., Abdulganieva D. I. Intestinal tuberculosis disguised as Crohn's disease: a case report. *Medical alphabet*. 2025; (25): 13–16. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2025-25-13-16>

