

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА

Юлия Александровна Фоминых^{1,2}, Ольга Александровна Баикина³, Кямаля Низамитдиновна Наджафова¹, Аделя Руслановна Искалиева¹, Наида Адалат кызы Иманвердиева³

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³ Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

E-mail: iskalieva.adelia@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: диарея; микроскопический колит; синдром раздраженного кишечника; дифференциальная диагностика.

Введение. Микроскопический колит (МК) клинически часто протекает под «маской» диарейного варианта синдрома раздраженного кишечника (СРК), и многие больные длительное время ведутся под этим диагнозом, поскольку наблюдающиеся у них клинические симптомы могут формально соответствовать римским критериям СРК. Общая распространенность для МК составляет 103,0 на 100 тыс. человек. Этиология остается неизвестной.

Клинический случай. Пациентка, 52 года, обратилась в городской центр заболеваний кишечника и микробиологии ЖКТ СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница» в феврале 2021 года с жалобами, впервые появившимися более 2 лет назад, когда после перенесенного стресса пациентка стала отмечать изменение формы стула и его учащение сначала до 3 раз, затем до 4–5 раз в день (стул 6–7 типа по Бристольской шкале), спазмы по ходу петель кишечника.

Ранее был выставлен диагноз: «СРК с диареей». На фоне терапии отмечалось уменьшение болевого синдрома в животе, однако частота стула сохранялась к моменту повторного обращения до 5 раз в день. Помимо объективного осмотра и лабораторных исследований были выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) ОБП, фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС) с множественной биопсией.

Объективно: рост — 169 см, масса тела — 63 кг, индекс массы тела — 22,3 кг/м². Значительных колебаний массы тела не было, за последний год похудела на 3 кг. По данным опросника HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), уровень тревоги составил 3 балла, уровень депрессии — 2 балла (норма).

В лабораторных данных отмечалось повышение СОЭ до 17 мм/ч, АЛТ — до 42 ЕД/л, общего холестерина — до 5,8 ммоль/л, фекального кальпротектина — до 62,3 мкг/г.

По данным инструментальных исследований: УЗ-признаки диффузных изменений в поджелудочной железе, по данным ФЭГДС — эритематозная гастропатия, по данным ФКС — без патологии. Выполнена множественная биопсия: по 2 биоптата из каждого осмотренного отдела кишки. В поверхностном эпителии биоптата из восходящей ободочной кишки обнаружено повышенное количество лимфоцитов (> 30 на 100 эпителиоцитов); архитектура крипт не изменена, количество межэпителиальных лимфоцитов в эпителии крипт увеличено; собственная пластинка слизистой оболочки инфильтрирована лимфоцитами и эозинофилами.

Пациентке выставлен диагноз: «Микроскопический лимфоцитарный колит, среднетяжелое течение, обострение».

На фоне терапии месалазином 3,5 г была достигнута ремиссия; диарея и болевой синдром купированы, после двух месяцев приема доза месалазина была снижена до поддерживающей (с 3,0 г/сут 2 месяца до 2,0 г/сут на 2 месяца), с последующей полной отменой.

Заключение. В представленном клиническом случае мы хотели привлечь внимание к МК как к причине рецидивирующей водянистой диареи у женщины зрелого возраста. Во избежание постановки ошибочного диагноза всем больным с диарейным вариантом СРК необходимо обязательное проведение колоноскопии с прицельной биопсией из различных участков слизистой оболочки толстой кишки даже при отсутствии макроскопических изменений. Таким образом, лозунг, провозглашенный в гастроэнтерологии, — «Ищите больных микроскопическим колитом среди пациентов с синдромом раздраженного кишечника» — является полностью справедливым.