КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ДИАРЕЕЙ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

© *Искалиева Аделя Руслановна*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Фоминых Ю.А.
Кафедра факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана
Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Контактная информация: Искалиева Аделя Руслановна — студентка 4 курса, педиатрический факультет.
E-mail: iskalieva.adelia@mail.ru.

Ключевые слова: диарейный синдром, микроскопический колит, синдром раздраженного кишечника.

Актуальность исследования: микроскопический колит (МК) клинически часто протекает под «маской» диарейного варианта синдрома раздраженного кишечника (СРК) [3], наблюдающиеся у пациентов клинические симптомы могут формально соответствовать римским критериям СРК.

Цель исследования: продемонстрировать сложности дифференциальной диагностики МК и СРК у пациента с диарейным синдромом.

Материалы и методы: пациентка 52 лет 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 выполнялась ФКС, был выставлен диагноз: «СРК с диареей». На фоне терапии спазмолитиками уменьшился болевой синдром, однако частота жидкого стула сохранялась до 5 раз в день.

Результаты: объективный статус — без патологических изменений, индекс массы тела — 22,3, за последний год похудела на 3 кг. По данным опросника Hospital Anxiety and Depression Scale уровень тревоги — 3 балла, уровень депрессии — 2 балла (норма). Лабораторные данные: выявлено повышение СОЭ до 17 мм/ч, АЛТ — до 42 ЕД/л (остальные показатели клинического и биохимического анализа крови в норме), повышение фекального кальпротектина до 62,3 мкг/г. Дыхательный водородный тест, антитела к тканевой трансглутаминазе — отрицательно. Патогенной флоры, клостридиальных токсинов в кале не обнаружено. По данным инструментальных исследований: УЗ-признаки диффузных изменений в поджелудочной железе, по данным фиброзофагогастроуденоскопии — эритематозная гастропатия: по данным фиброколоноскопии — без патологии, выполнена множественная биопсия: по 2 биоптата из каждого осмотренного отдела кишки. В поверхностном эпителии биоптатов 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 3,0 г/сут была достигнута ремиссия: диарейный и болевой синдром купированы, после чего доза месалазина была снижена до поддерживающей (до 2,0 г/сут на 2 мес.), с последующей полной отменой.

Выводы: больным с диарейным вариантом СРК необходимо проведение колоноскопии с прицельной биопсией из различных участков слизистой оболочки толстой кишки даже при отсутствии макроскопических изменений во избежание постановки ошибочного диагноза.

Литература

1. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Дифференциальная диагностика диарейного синдрома: Учебно-методическое пособие для врачей. СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, 2002. 16.
2. Осадчук М.А., Свистунов А.А., Осадчук М.М. Микроскопический колит: современное состояние проблемы. Клин. мед. 2015; 93 (7): 21–25.
3. Махкамова, Н. Х. Некротизирующий энтероколит новорожденных / Н. Х. Махкамова // Forcipe. — 2021. — Т. 4. — № S1. — С. 157. — EDN ZZJJYC.