



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии
им. С.М. Рысса

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО КОЛИТА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Авторы:

Клинический ординатор 2 года Половченко Александра Сергеевна
к.м.н., доцент кафедры Белоусова Лия Николаевна
к.м.н., ассистент кафедры Бубякина Валерия Николаевна

**V Всероссийский научно-практический конгресс с международным участием
«Белые ночи гастроэнтерологии» 2023**

Госпитализация с 14.12.2022 по 29.12.2022 в гастроэнтерологическое отделение клиники Петра Великого

Жалобы: Слабость, стул до 5 раз в сутки с кусочками непереваренной пищи 7 типа по БШ, с примесью слизи, зловонный, в том числе и в ночное время. Урчание в животе. Снижение веса на 10кг за 1год. Боли в пояснице и грудном отделе позвоночника.



Объективно: кожа бледная, сухая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.



Анамнез жизни:
Сопутствующие заболевания: Ревматоидный артрит

Анамнез заболевания

2018г.: стул до 2 раз в сутки 6 типа по БШ, без патологических примесей. Симптоматическая терапия без эффекта. Обследована, данных за органическую патологию ЖКТ не получено.



10.2021г.: стул до 12-15 раз 7 типа по БШ, без патологических примесей. Получала сорбенты, без эффекта. ВКС, ЭГДС, УЗИ ОБП - без органической патологии. Данных за ОКИ не получено.



02.2022г.: подъем температуры до субфебрильных цифр, госпитализация с covid-19. Диагноз: НКВИ. КТ 1ст. ДН 1-0ст. ОПП преренального генеза.

Лабораторно: Амилаза 119 ед/л.

В связи с сохранением лихорадки и диареи переведена на терапевтическое отделение, диагноз: Постковидный синдром. Последствия НКВИ в виде пневмонита. Антибиотико-ассоциированный колит от 31.03.22.

ВКС 15.03.22г.: без патологии. Гистология: хроническое неспецифическое воспаление подвздошной и толстой кишки.

ЭГДС 15.03.2022г.: Недостаточность кардии, эритематозная гастропатия. Гидро-МРТ: данных за наличие объемных образований кишечника нет.

Терапия: дексаметазон, метипред 12мг.

Отмена ГКС к августу 2022г.



12.2022г.: на терапии (метронидазол, висмута трикалия дицитрат, пробиотики, спазмолитики, сорбенты) диарейный синдром сохраняется, что явилось поводом для госпитализации в больницу им. Петра Великого.





Лабораторно: Гемоглобин 109 г/л. Эритроциты 3,63. MCH N, MCV N. Амилаза в моче 760ед/л. Амилаза в крови 122 ед/л. СРБ 5,3 (N до 5). Данных за ОКИ нет, токсины А и В Cl. Difficile не выявлены.

УЗИ ОБП: Эхографические признаки гемангиомы печени, диффузных изменений поджелудочной железы.

ЭГДС: Эндоскопическая картина эритематозной антральной гастропатии. Быстрый уреазный тест на *H.pylori* ВЮНіТ «-».

Колоноскопия: Эндоскопическая картина хронического геморроя вне обострения, выполнена мультифокальная биопсия.

Гистология:

- I. Мелкий фрагмент слизистой оболочки подвздошной кишки с сохраненной гистоархитектоникой ворсинок и крипт, типовым строением эпителия, склерозом, диффузной лимфоцитарной инфильтрацией с единичными эозинофилами в собственной пластинке, незначительным числом интраэпителиальных лимфоцитов (лимфоциты <20 на 100 эпителиоцитов).
- II-III (слепая, восходящая ободочная кишки). Фрагменты слизистой оболочки толстой кишки с небольшим расширением и углублением крипт, очаговой гиперплазией бокаловидных клеток в криптах, регенераторными изменениями и эрозиванием покровного эпителия с исчезновением в нём муцина, уменьшением количества бокаловидных клеток, пикнозом ядер, повышенным числом внутриэпителиальных лимфоцитов; в собственной пластинке диффузная густая лимфоплазмоцитарная инфильтрация с примесью эозинофилов и нейтрофилов, проникающая в эпителий крипт (крипит).
- IV-VIII (поперечная, нисходящая ободочная, сигмовидная, прямая кишки). Фрагменты слизистой оболочки толстой кишки преимущественно с сохраненной гистоархитектоникой крипт, очаговой гиперплазией бокаловидных клеток, склерозом, диффузной лимфоцитарной инфильтрацией с примесью эозинофилов в собственной пластинке, уменьшением интенсивности воспаления по направлению к дистальным отделам кишки. Отложение патологического коллагена в подэпителиальном слое не выявлено.

Заключение: Хронический неактивный илеит. Хронический активный колит с преимущественным поражением правых отделов толстой кишки.

Морфологическая картина не имеет определенной нозологической принадлежности; по совокупности гистологических признаков может соответствовать лимфоцитарному колиту; необходимо сопоставление с клиникой и данными эндоскопического исследования.

Диагностические критерии микроскопического колита:

Признаки МК*:	Для пациентки А.
интермиттирующая или персистирующая, ночная водянистая диарея в течение нескольких недель (частота дефекации ≥ 3 в день) без примесей крови;	+
возраст обычно старше 60 лет;	+
преимущественно женский пол;	+
курение;	-
сопутствующее лечение с применением нестероидных противовоспалительных препаратов, ингибиторов протонной помпы, селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, блокаторов гистаминовых H ₂ -рецепторов, статинов, тиклопидина, карбамазепина;	Лечение НПВП +
сопутствующая аутоиммунная патология (ревматоидный артрит, глютеновая энтеропатия, заболевания щитовидной железы, псориаз, синдром Шегрена, синдром Рейно).	Ревматоидный артрит +
Неполные варианты МК (в европейских рекомендациях UEG/EMCG (2021 г.))	
Неполный КК: характеризуется утолщением субэпителиальной коллагеновой выстилки (>5 мкм, но <10 мкм).	
Неполный ЛК: характеризуется повышенным количеством интраэпителиальных лимфоцитов (>10 интраэпителиальных лимфоцитов/100 эпителиоцитов, но <20 интраэпителиальных лимфоцитов/100 эпителиоцитов) и отсутствием выраженного утолщения субэпителиальной коллагеновой выстилки.	<u>диффузной лимфоцитарной инфильтрацией с единичными эозинофилами в собственной пластинке, незначительным числом интраэпителиальных лимфоцитов (лимфоциты <20 на 100 эпителиоцитов)</u>

*Андреев Д.Н., Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Черёмушкин С.В. Микроскопический колит с позиций современной гастроэнтерологии. Consilium Medicum. 2021;



Заключительный диагноз:

ОСНОВНОЙ: Микроскопический (лимфоцитарный) колит.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: Ревматоидный артрит, серопозитивный, АЦЦП(+), поздняя стадия, суставная форма, эрозивный Rg 4, активность 2, ФК 2. Узел щитовидной железы, эутиреоз. Гипертоническая болезнь 2, риск ССО 3. Гемангиома печени.

Рекомендации при выписке:

Будесонид 9мг в сутки 8 недель, далее 6мг 1 неделю, далее 3мг 1 неделю;
Висмута трикалия дицитрат;
Рифаксимин;
Мебеверин;
Омепразол.

