



Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса
Национальный Центр Клинической Морфологической Диагностики



К вопросу о дифференциальной диагностике колитов: клинический случай

Кириллова Анна Александровна, студент 6 курса лечебного факультета,
Худолей Константин Дмитриевич, студент 6 курса лечебного факультета,
Журавлева Мария Сергеевна, к.м.н., доцент кафедры,
Воробьев Сергей Леонидович, к.м.н., директор
Национального Центра Клинической Морфологической Диагностики

VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Мультидисциплинарный подход в гастроэнтерологии»
8 сентября 2023, г. Санкт-Петербург

Жалобы: с начала января 2023 г. изменение консистенции стула до 5-6 типа, примесь крови в стуле.

Анамнез заболевания:

- В течение жизни при погрешностях в питании отмечала диарейный синдром без видимых патологических примесей.
- 6 января 2023 г. на фоне приема НПВП (Кетонал Дуо, Диклофенак) по поводу люмбагии впервые появилась видимая примесь алой крови и сгустков крови в стуле.

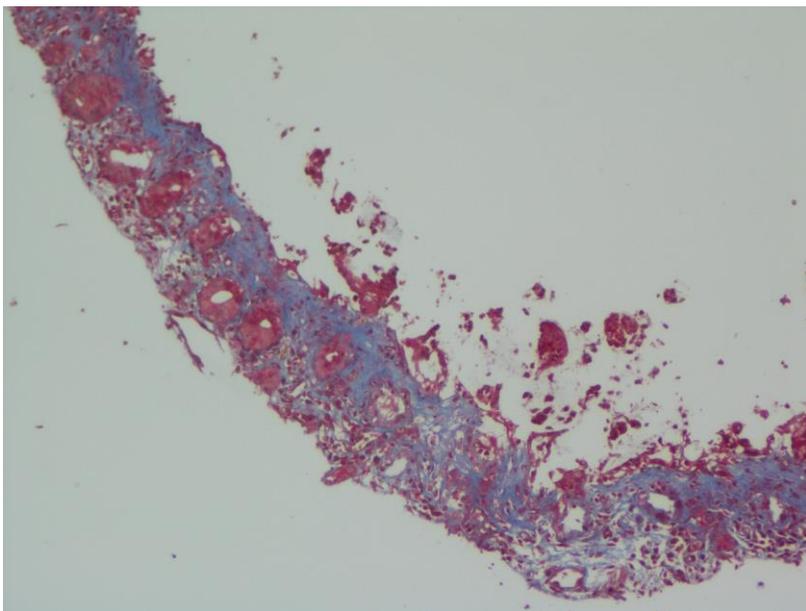
Анамнез жизни: Сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь II стадии, дислипидемия IIa, **Наследственность:** у матери – рак прямой кишки, у отца - ИБС.

Объективные данные: нормостеническая конституция, масса тела - 69 кг, рост - 167 см, ИМТ - 24,7 кг/м². Язык с белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в левом фланке.

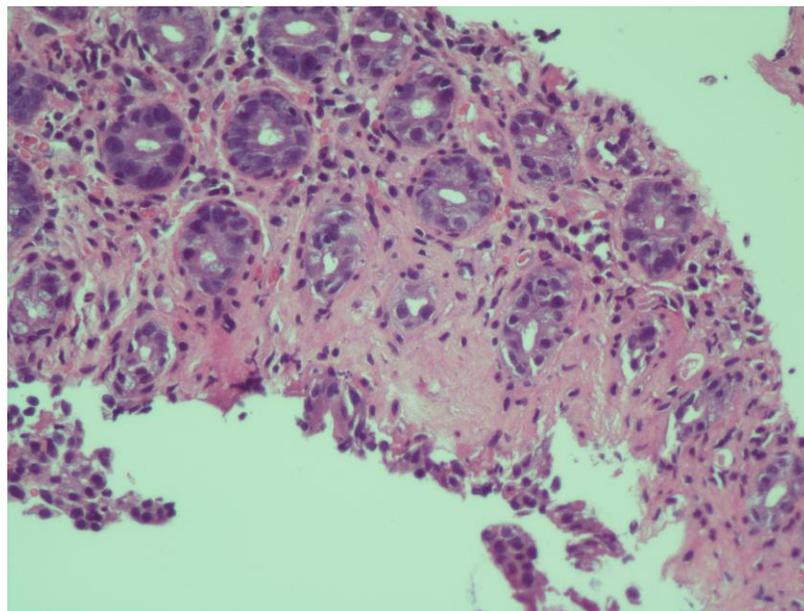
Лабораторные исследования: Клинический анализ крови без отклонений от референтных значений. В биохимическом анализе крови - дислипидемия IIa D. Fredrickson (1970).

Видеоколоноскопия (08.01.2023): Эндоскоп заведен в терминальный отдел подвздошной кишки, слизистая которого розового цвета, блестящая, бархатистая, сосудистый рисунок не определяется. В дистальной трети восходящего отдела, поперечном отделе, в проксимальной и средней трети нисходящего отдела визуализируются множественные афты различной формы и размеров. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки обычного цвета, блестящая, с чётким сосудистым рисунком. Выполнена мультифокальная биопсия. **Заключение:** Сегментарный колит.

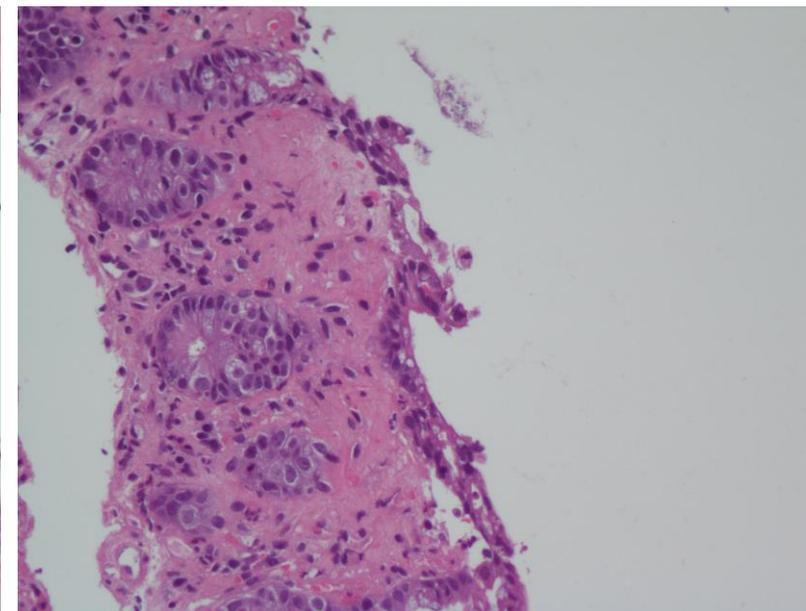
Гистологическое исследование биопсийного материала: Гистологическая картина очагового распространенного эрозивного колита со слабым воспалительным компонентом, очаговой высокой активностью, неравномерным фиброзом собственной пластинки, атрофическими изменениями желез, участками эпителия регенераторного типа, **морфологическими признаками, характерными для ишемического колита.**



Распространенный участок формирующихся коллагеновых волокон в области эпителизации слизистой оболочки слепой кишки. Окраска Masson. Увеличение x 200.



Очаг эпителизации слизистой оболочки слепой кишки. Острое асептическое поверхностное поражение с явлениями эпителизации. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 200.



Очаг эпителизации слизистой оболочки прямой кишки. Острое асептическое поверхностное поражение с явлениями эпителизации. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 200.

Диагноз: Ишемический колит.

Рекомендации:

- Продолжить приём статина: **розувастатин** 5 мг в сутки,
- Цитопротективная терапия: **ребамипид** 100 мг 3 раза в сутки - 3 месяца; пребиотик, содержащий **масляную кислоту и инулин** 2 таблетки в день - 4 недели;
- Повторная видеокколоноскопия с мультифокальной биопсией через 6 месяцев;
- УЗДГ ветвей брюшного отдела аорты.

Видеокколоноскопия (30.05.2023): нормальная эндоскопическая картина слизистой оболочки толстой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Биопсия по протоколу ВЗК.

Патогистологическое исследование: в пределах исследованного материала патологии не выявлено.

УЗДГ брюшной аорты и её ветвей (10.02.2023): УЗ-признаков гемодинамически значимых нарушений проходимости аорты и непарных висцеральных артерий, в том числе экстравазальной этиологии, не выявлено.

Заключение

❖ Данный клинический случай демонстрирует **трудности дифференциальной диагностики** ишемического колита с другими заболеваниями кишечника, обусловленные схожей клинической и эндоскопической картиной заболеваний, а также **потенциальную обратимость ишемических изменений** слизистой оболочки толстой кишки на фоне проводимой консервативной терапии.

❖ **Характерными признаками ишемического колита**, позволяющими верифицировать диагноз, являются:

- **сегментарное поражение слизистой оболочки ободочной кишки**: наиболее часто - области селезеночного изгиба (в 40% случаев), реже - других отделов,

- **морфологические изменения слизистой оболочки ободочной кишки**: кровоизлияния, разрушение крипт, эрозии, тромбы, сгустки фибрина в мелких артериях, явления эпителизации, фиброзные изменения, гемосидерин-содержание макрофаги, отложение гемосидерина в слизистой оболочке толстой кишки.

❖ **Отсутствие признаков стеноза верхней / нижней брыжеечной артерии** по данным УЗДГ, КТ-ангиографии, МР-ангиографии, как в представленном случае, не исключает наличие хронической формы ишемического колита с поражением артерий мелкого калибра.