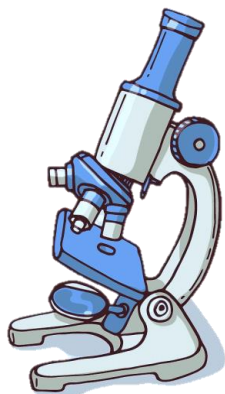




ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России
ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница
Национальный центр клинической морфологической диагностики

Дифференциальная диагностика хронической диареи, или увидеть невидимое.

Клинический случай.



*Митилова А.Б., ординатор 2 года обучения,
Кононова А.А., лечащий врач,
Гутман Е.В., заведующий отделением гастроэнтерологии ГБУЗ ЛОКБ,
Журавлева М.С., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней,
гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса, к.м.н.,
Беляков И.А., заведующий патологоанатомическим отделением
Национального Центра клинической морфологической диагностики*

**VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием
«Зимняя школа воспалительных заболеваний кишечника»
Санкт-Петербург, 27 февраля 2024**

- **Диарея** до 10 раз за сутки, в том числе в ночное время с изменением консистенции стула до 6-7 типа по Бристольской шкале с примесью слизи
- **Длительная абдоминальная боль** умеренной интенсивности (5-6 баллов по ВАШ), преимущественно в околопупочной области и в правых отделах живота, усиливающаяся через 1,5 часа после приёма пищи
- **Немотивированное снижение веса на 10 кг** за последние 10 месяцев, сопровождающиеся **общей слабостью**.

Anamnesis vitae:

Сопутствующие и перенесенные заболевания:

Аденомиоматоз желчного пузыря, Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз, ГБ 3 стадии, контролируемая, Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, ОНМК (2011 г.);

Перенесенные операции: аппендэктомия, внематочная беременность в 1982 г, удаление кистомы яичника в 1983 г, экстирпация матки с придатками в 2020 г.;

Наследственность: у матери – рак толстой кишки.

Объективные данные:

Нормостенической конституции. Кожа бледная, сухая, без высыпаний.

Рост – 150 см, Вес – 50 кг; ИМТ- 22.2 кг/м²

Живот округлой формы, несколько вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, урчит, болезненный в правой подвздошной области. Выслушивается систолический шум в проекции брюшного отдела аорты. Печень и селезенка не увеличены, пальпация безболезненная. Пузырные симптомы отрицательные.



Пациентка К., 73 года (1950 г.р.)

Anamnesis morbi:

2006 г.

В возрасте 55 лет впервые возник диарейный синдром (стул 5-6 раз в сутки, 6-7 тип по БШ, без видимых патологических примесей) и абдоминальная боль диффузного характера. По результатам обследований (ВКС, гистологическое исследование) установлен диагноз Болезни Крона.

Терапия препаратами 5-АСК per os, системными ГК (преднизолон) с положительным эффектом: диарея и абдоминальная боль купированы. При назначении азатиоприна - аллергическая реакция в виде кожного зуда и сыпи, отменен.

Последующие обострения ~ 1 раз в 1-2 года, при обострениях принимала системные ГК курсами. Последний раз - в декабре 2022 г. ГИБТ не назначалась.

**Октябрь
2022 г.**

Плановое стационарное обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ ЛОКБ

ВЭГДС:

Недостаточность кардии,
поверхностный гастрит

ВКС:

Рубцовые изменения илеоцекального
клапана, эндоскопические признаки
спаечного процесса в брюшной полости.

МР-энтерография с двойным контрастированием:

Данных за воспалительный процесс тонкой кишки не получено, снижение гаустрации нисходящего отдела и сигмовидной кишки без признаков активного воспалительного процесса.

Продолжена терапия препаратами 5-АСК, спазмолитическая терапия, курсами рифаксимин-альфа.



С февраля 2023 г. стала отмечать постепенное **немотивированное снижение массы тела**.
С сентября 2023 г. **усиление диарейного синдрома до 10 раз в сутки с водянистой консистенцией стула, усиление абдоминальной боли.**

10.12.2023 - 22.12.2023 – Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение ГБУЗ ЛОКБ

ВЭГДС: Признаки атрофического гастрита.

ВКС: **Признаков активности ВЗК не получено.** Слизистая толстой кишки с сохранённым сосудистым рисунком, не отёчная. При интубации терминального отдела подвздошной кишки обнаружено отсутствие ворсинок, слизистая без эрозивно-язвенных дефектов. Эндоскопические признаки спаечного процесса в брюшной полости. Биопсия по протоколу ВЗК.

МР-энтерография с двойным контрастированием: МР-данных за воспалительный процесс тонкой кишки не получено. Снижение перистальтики терминального отдела подвздошной кишки.

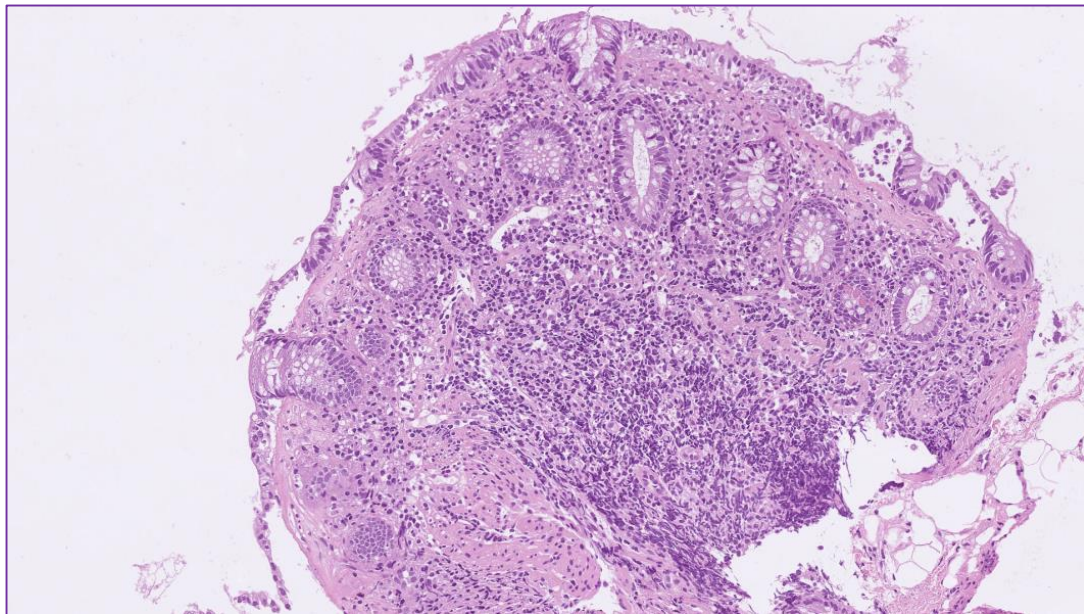
Клинический анализ крови –
без отклонений от нормы, СОЭ **29** мм/ч,
Биохимический анализ крови – СРБ **12,5** мг/мл

Токсины А и В к *Cl.difficile* - "отрицательные"
Фекальный кальпротектин > 800 мкг/г

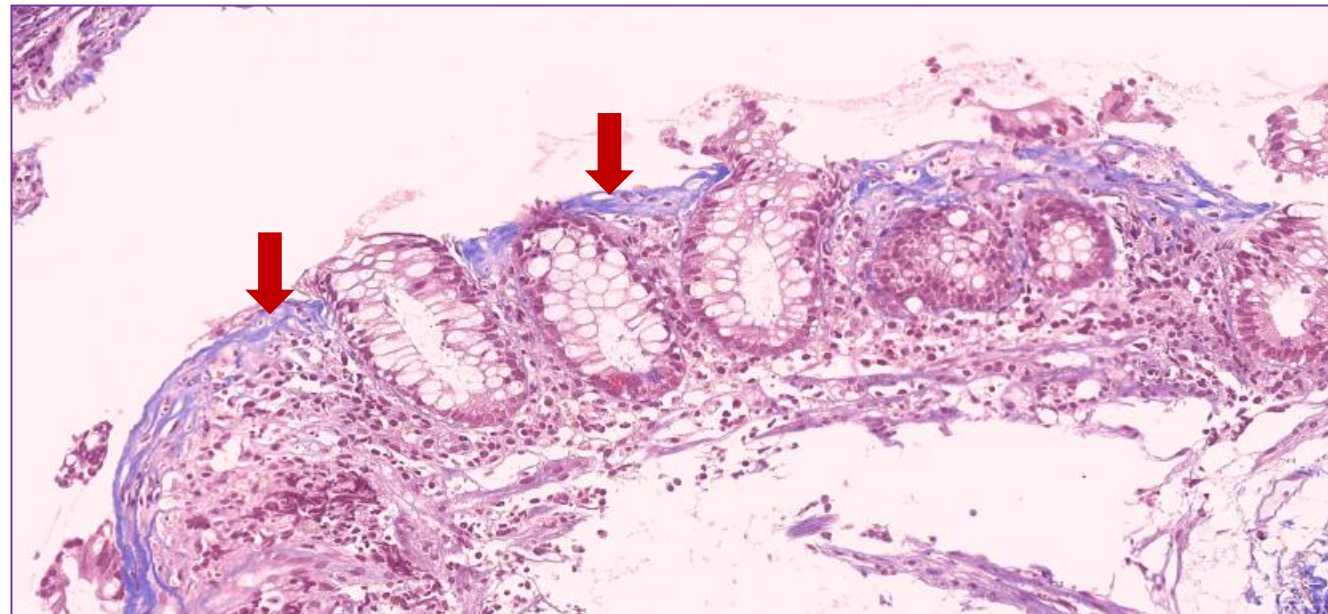
Учитывая отсутствие эндоскопической и МР-активности болезни Крона при отсутствии базисной противорецидивной терапии диагноз болезни Крона оказался сомнительным.

Продолжен диагностический поиск,
рекомендован пересмотр биопсийного материала слизистой оболочки толстой кишки.

Патогистологическое исследование биоптатов слизистой оболочки толстой кишки (12.01.2024)



Слизистая оболочка толстой кишки,
окраска гематоксилин-эозин, увеличение x 10.
**Значительно утолщенная базальная мембрана,
неспецифическая воспалительная инфильтрация
собственной пластинки.**



Слизистая оболочка толстой кишки,
окраска трихром по Массону, увеличение x 20.
Значительно утолщенная базальная мембрана

Заключение: Хронический распространенный колит со слабым субэпителиальным воспалительным компонентом, очаговой слабой активностью, поверхностным эпителием регенераторного вида, неравномерным распространенным утолщением базальной мембраны (толщина базальной мембраны от 25 до 60 мкм).

Подобная гистологическая картина соответствует микроскопическому коллагенозному колиту.

Заключение

- Мультидисциплинарный подход к ведению пациентки с хронической диареей с участием гастроэнтеролога, эндоскописта и морфолога позволил установить «невидимый» диагноз микроскопического коллагенозного колита с последующей инициацией терапии топическим стероидом (будесонид 9 мг в сутки per os).
- На фоне терапии в настоящее время пациентка отмечает улучшение самочувствия: купирование диареи (и даже появление запоров!), исчезновение абдоминальной боли и общей слабости, повышение массы тела на 1 кг.

