

Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Министерство здравоохранения Российской Федерации

*VII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ЗИМНЯЯ ШКОЛА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА»*

Дивертикулярная болезнь толстой кишки под маской ВЗК. Клинический случай.

Кирсанова Наталья Алексеевна, ординатор 2-го года обучения по специальности гастроэнтерология.

Петренко Валентин Валерьевич, к.м.н., врач-терапевт, врач гастроэнтеролог.

Журавлева Мария Сергеевна, к.м.н., врач-терапевт, врач-гастроэнтеролог.

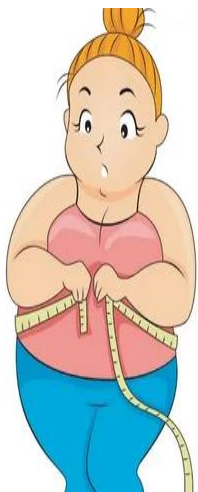


Санкт-Петербург, 2024 г.

Жалобы при госпитализации:

Запоры до 4 суток, тип 2 по Бристольской шкале, без видимых патологических примесей (на фоне приема псиллиума стул регулярный, тип 4 по Бристольской шкале)

При погрешностях в питании - спастическая боль в левой подвздошной области (2-3 балла по ВАШ)



Anamnesis vitae

- Профессиональные вредности: отрицает. Работает супервайзером.
- Аллергологический анамнез: не отягощен.
- Привычные интоксикации: в течение 10 лет курила по 7 сигарет в день (не курит последние 2 месяца), 1 раз в 3 месяца употребляет 400 мл вина.
- Наследственность: у матери и у бабушки по материнской линии - дивертикулярная болезнь.
- Перенесенные заболевания: ЖКБ, Холецистэктомия в 2021г. Миома матки.
- Лекарственный анамнез: принимает 10 гр/сут псиллиум, курсами УДКХ 250мг/сут.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Т 36.5 С. Рост 170 см. Вес 93 кг. ИМТ=32.18 кг/м². Кожный покров физиологической окраски. Ps= ЧСС= 88 ритмичный, симметричный. АД 130 и 80 мм. рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня языка. Живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12*11*10 см. Селезенка не пальпируется.

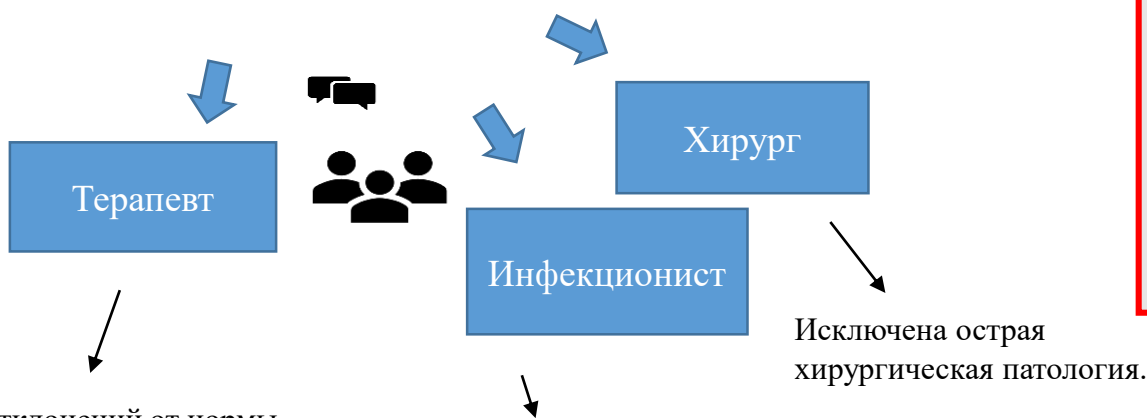
2016 г. После родов возникли запоры до 7 суток
Самостоятельно начала прием Лактулозы 10 мл/сут с положительным эффектом.

2022 г. Периодически язвочки в ротовой полости.
Местная терапия антисептиками с положительным эффектом.

2023 г. 09.2023 г.: впервые болезненность в левой подвздошной области (5-6 по ВАШ), повышение температуры тела до 37.4 С.

Гастроэнтеролог

- Фекальный кальпротектин 86 мкг/г.
-ВКС (10.2023г): в дистальном отделе сигмовидной кишки выявлен участок инфильтративной слизистой, с эрозированной поверхностью и налетом фибрина. Эпителиальное образование ободочной кишки. Внутренний геморрой. На всем протяжении толстой кишки множественные дивертикулы 0,3-1,2 см без признаков воспаления.
- Гистологическая картина: **хронический сегментарный эрозивно-язвенный сигмоидит** с фокальным умеренным воспалительным компонентом, изъязвлением, формированием грануляционной ткани, участками эпителия регенераторного типа, без нозологической принадлежности.
- ЭГДС без патологических изменений.



Амбулаторный приём гастроэнтеролога (ноябрь 2023 г):
Диагностическое представление:
Болезнь Крона, колит, впервые установленный?
Сегментарный колит, ассоциированный с дивертикулезом?
Острый дивертикулит?

Гемограмма – без отклонений от норм.
СРБ 34 мг/л.
Кал на скрытую кровь (ИХА) «+».

Исключены вирусные и бактериальные кишечные инфекции.

Исключена острая хирургическая патология.

- Рекомендовано:
1. Псиллиум 5 г по 1-2 пак. 2 раза в день, длительно.
 2. Рифаксимин-альфа 400 мг 3 раза в день - 2 недели.
 3. Плановая госпитализация на отделение гастроэнтерологии.

Диагноз при поступлении(13.12.2023):

- **Основной диагноз:** Болезнь Крона, колит, острое течение, клиническая ремиссия (CDAI 89 баллов), умеренная эндоскопическая активность. **Внекишечные проявления:** афтозный стоматит (анамнестически).
- **Сопутствующий диагноз:** Симптоматическая неосложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки. Внутренний геморрой, вне обострения. Миома матки. ЖКБ. Холецистэктомия от 2021г.
- **Фоновый:** Ожирение 1 степени (ИМТ 32.18 кг/м*2).

Индукция ремиссии Болезни Крона (13.12.2023)

Преднизолон
60 мг/сут

Азатиоприн
50мг/сут

-Анализы крови при поступлении: WBC $6.34 \cdot 10^9/\text{л}$; PLT $300 \cdot 10^9/\text{л}$; RBC $5.37 \cdot 10^{12}/\text{л}$; HGB 121 г/л; СОЭ 7 мм/ч. СРБ 1.43 мг/л; общий белок 76 г/л.

-УЗИ ОБП(14.12.23):стенки сигмовидной кишки утолщены до 4мм. По ходу сигмовидной кишки множественные дивертикулы без признаков воспаления.

-ВКС (на фоне инициированной стероидной терапии) (18.12.23) Слизистая оболочка терминального отдела подвздошной кишки не изменена. Слизистая сигмовидной кишки розовая, отечная, с 20 см от ануса до 30 см- участками слабо гиперемирована, резко отечная, сосудистый рисунок смазан. В левых отделах толстой кишки, преимущественно в сигмовидной, определяются множественные дивертикулы ф от 0,3 до 1,2 см. устья единичных дивертикул - с признаками воспаления. В восходящей кишке определяется подслизистое образование, размером до 0,6 * 0,3 см, покрытое неизменной слизистой. **Заключение: Дивертикулез левых отделов толстой кишки с признаками дивертикулита. Очаговый сигмоидит.**

-Гистологическая картина: В слизистой сигмовидной кишки признаки умеренного хронического неактивного воспаления без нозологической принадлежности. В остальных отделах толстой кишки слизистая обычного строения.

Боле ~~X~~ Крона

Учитывая быструю положительную динамику, воспалительные изменения расцениваются как дивертикулит, а не как Болезнь Крона.

Основной диагноз: Симптоматическая осложненная дивертикулярная болезнь толстой кишки. Осложнение: острый дивертикулит от сентября 2023.

Отмена азатиоприна и преднизолона по схеме.

Метронидазол
500 мг. 3 раза в день.
Ципрофлоксацин
500 мг. 2 раза в день.

Рекомендации при выписке: Диета богатая пищевыми волокнами. Модификация образа жизни (увеличение физических нагрузок , увеличение пищевых волокон и клетчатки в рационе под наблюдением общего самочувствие и характера частоты стула, наблюдением гастроэнтеролога). Плановое снижение массы тела (целевое ИМТ менее 25 кг/м2). Водный режим до 1.5 л/сут. Консультация стоматолога. Псиллиум (Мукофальк) 2 ст.л. 2 раза в день, длительно. Месалазин 500 мг 3 раза в день, 10 дней каждого месяца в течение года. Колоноскопия через 1 год.

Заключение

- Данный клинический случай демонстрирует трудности дифференциальной диагностики и ВЗК и дивертикулярной болезни толстой кишки у пациентки молодого возраста, которые обусловлены:
 - Нетипичным для дивертикулярной болезни толстой кишки молодым возрастом пациентки;
 - Схожей клинической симптоматикой заболеваний (абдоминальный болевой синдром, интоксикационные проявления);
 - Схожими эндоскопическими признаками заболеваний (воспалительные изменения слизистой оболочки);
 - Схожими лабораторными признаками СВО (повышение СРБ, СОЭ);
 - Возможностью сочетания данных заболеваний.
- Необходимо помнить, что при дивертикулите воспалительные изменения слизистой локализуются внутри дивертикулов, при сегментарном колите, ассоциированном с дивертикулезом – вне дивертикулов, при язвенном колите – затрагивают слизистую внутри дивертикулов и между ними.

Для правильной дифференциальной диагностики и выбора дальнейшей тактики терапии, опытным эндоскопистом необходимо тщательно оценить изменения слизистой толстой кишки, а также выполнить УЗИ органов брюшной полости с осмотром кишечника или КТ органов брюшной полости для исключения микроперфорации толстой кишки и других осложнений дивертикулярной болезни толстой кишки.