

О.Д. Поплевина, М.С. Шафаева, С.Н. Лагутина, О.С. Скуратова
**Острый дебют язвенного колита у пациента молодого возраста:
клинический случай**

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Резюме. Язвенный колит является хроническим рецидивирующим заболеванием с аутоиммунным типом поражения слизистой оболочки толстой кишки. Его распространенность в популяции с каждым годом возрастает и составляет, по последним данным, 6,8 миллионов человек во всем мире. Данное патологическое состояние требует от врачей – клиницистов повышенной настороженности в отношении своевременной диагностической и лечебной тактики на амбулаторном этапе. В статье продемонстрирован клинический случай ЯК у пациента молодого возраста с нетипично острым для его возраста началом заболевания. Описанный случай обращает внимание на роль внешних факторов в дебюте заболевания, важность своевременной диагностики, рационального подхода к лечению, комплаентности пациента врачебным рекомендациям.

Ключевые слова: язвенный колит, рецидивирующее течение, воспалительные заболевания кишечника, амбулаторный этап

Актуальность. Согласно глобальному многоцентровому исследованию, охватывающему статистические данные за период с 1990 по 2017 год в 195 странах мира, распространенность язвенного колита (ЯК) возросла с 79,5 человек на 100000 населения до 84,3 человек на 100000 населения. При этом общемировая распространенность на 2017 год составляет 6,8 миллионов человек [5]. В Российской Федерации (РФ) также наблюдается неуклонный рост частоты встречаемости в популяции данной нозологии и ориентировочно составляет в настоящее время 16,6 на 100000 населения [4]. Средний возраст пациентов в национальном регистре РФ – 40,6 ± 13,1, возраст дебюта составляет в среднем 35,3 года, это свидетельствует о том, что язвенный колит поражает людей молодого возраста, являющихся активным звеном социально-экономических отношений, приводя к снижению качества их жизни, увеличению сроков пребывания в стационаре и последующей инвалидизации, что приносит косвенный экономический ущерб [2].

Несмотря на выраженный научный интерес к проблеме воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), этиология язвенного колита на сегодняшний день остаётся неустановленной, но среди предрасполагающих факторов выделяются генетическая предрасположенность, особенности микробиоты кишечника, дисбаланс системы иммунного ответа [1]. В последние годы вышеперечисленные аспекты оказывают всё более возрастающее влияние на молодёжь, заставляя врачей-клиницистов проявлять повышенную настороженность в отношении ВЗК у молодых лиц. Также внимание к проблеме привлекает вероятность развития кишечных осложнений, наиболее грозным из которых выступает колоректальный рак [3].

Клинический случай. Пациент Р., 21 год, обратился в октябре 2023 года в поликлинику по месту жительства к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на тяжесть внизу живота.

Из анамнеза известно, что пациент страдает язвенным колитом в течение последних 6 месяцев, начало заболевания связывает с перенесенным стрессом, что привело к развитию симптомов. В связи с развитием жалоб на выраженный диарейный

синдром, появление крови в кале, был отправлен в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр высоких медицинских технологий им. А.В. Вишневского» Минобороны России, где находился на лечении на протяжении трех недель.

По результатам обследования, был верифицирован диагноз: язвенный колит, атака средней степени тяжести. Был пролечен 2 линией терапии (Салофальк внутрь 3 г/сут + Салофальк суспензия ректальная 4 г/сут 6-8 недель, Преднизолон 40 мг/сут внутрь, 1 неделю, далее снижение дозировки на 5 мг/сут каждые 7 дней до полной отмены), отмечалась положительная динамика. На момент обращения к гастроэнтерологу принимал Салофальк (500 мг 3 р/день внутрь, 2 р/д в суппозитории).

Анамнез жизни: не работает. Аллергологический анамнез не отягощен. Наследственный анамнез по ВЗК – отмечает болезнь Крона у двоюродных родственников. Вредные привычки отрицает.

Общий осмотр врачом-гастроэнтерологом: при пальпации живот мягкий, правильной формы, болезненный в нижних отделах. Стул, со слов пациента (на момент осмотра), регулярный, оформленный, светло-коричневого цвета, без патологических примесей.

На момент приёма пациента был произведен ряд лабораторно-инструментальных исследований:

Кал на фекальный кальпротектин от 18.09.2023: 1,5 мкг/г

Компьютерная томография органов брюшной полости от 27.06.2023: КТ-признаков инфильтративных изменений органов брюшной полости не выявлено.

Колоноскопия от 18.09.2023: язвенный колит, ремиссия.

Биопсия от 05.06.2023: гистологическая картина хронического язвенного колита.

На основании данных анамнеза, общего осмотра и лабораторно-инструментальных исследований врачом-гастроэнтерологом был выставлен следующий диагноз: Язвенный колит, тотальное поражение, ремиссия.

Назначено следующее лечение: диета с ограничением жирной, жареной пищи. Салофальк 500 мг внутрь 3 раза в сутки, суппозитории 2 раза в день. Продолжить длительно. На фоне лечения отмечалось поддержание удовлетворительного состояния пациента, обострений не наблюдалось.

Спустя 10 месяцев, в июле 2024 года, пациент снова отметил ухудшение состояния, которое связывает с повторным перенесением стресса, на фоне напряжённой обстановки в семье. Вновь обратился к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на учащение числа актов дефекации до 5-7 раз в сутки, общую слабость, утомляемость, боли в животе, появление примеси крови в каловых массах. Принимал Энтеролакис, Креон, Преднизолон 20 мг/сут, суппозитории Салофальк 1 г/сут, Сульфасалазин 3 г/сут, на фоне приема препаратов самочувствие улучшалось.

По данным общего осмотра патологии выявлено не было. Пальпаторно – живот мягкий, определялась болезненность в нижних отделах. Стул, со слов пациента, учащённый, до 5-7 раз в сутки, неоформленный, светло-коричневого цвета, с примесью крови. Вновь был выполнен ряд лабораторно-инструментальных

исследований. Динамика общего анализа крови с 22.07.2024 по 05.11.2024 представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Динамика общего анализа крови с 22.07.2024 по 05.11.2024

Общий анализ крови					
Наименования показателя	Референсный интервал	Результаты от 22.07.2024	Результаты от 03.09.2024	Результаты от 08.10.2024	Результаты от 05.11.2024
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	4,00-10,00	8,74	10,74*	7,98	11,35*
Нейтрофилы, %	48-78	75	80*	68	81*
Лимфоциты, %	19-37	21	13*	23	15*
Эозинофилы, %	0-5	1	2	3	-
Моноциты, %	3-11	3	5	6	4
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,8-5,8	5,31	5,51	5,33	4,35
Гемоглобин, г/л	110-165	148	146	136	104*
Средний объём эритроцитов, фемтолитр	80,00-99,00	79,5*	75,6*	79,8*	76,3*
Цветовой показатель	0,85-1,05	0,9	0,9	0,76*	0,76*
Насыщение эритроцитов гемоглобином, г/дл	320,00-360,00	349	349	321	313*
Гематокрит, %	35,00-50,00	42,2	41,6	42,5	33,2*
Среднее содержание гемоглобина в эритроците, пг	26,5-33,5	27,8	26,4*	25,6	23,9*
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	100,00-300,00	366*	332*	364*	601*
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	1-10	3	4	11*	25*
Средний объём тромбоцитов, фемтолитр	7,00-11,00	6,7*	7,0	6,5*	6,2*

Примечание: * - значения показателя, выходящие за пределы референсных значений

Результаты биохимического анализа крови от 22.07.2024 представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты биохимического анализа крови от 22.07.2024

Наименование показателя	Референсный интервал	Результаты
Аланинаминотрансфераза, Ед/л	4-41	10
Аспартатаминотрансфераза, Ед/л	4-37	15
Щелочная фосфатаза, Ед/л	5-270	166
Мочевина, ммоль/л	1,70-8,30	4,05
Амилаза, Ед/л	28-100	45
Липопротеины низкой плотности, ммоль/л	2,59-3,37	2,43*
Липопротеины высокой плотности, ммоль/л	0,90-1,45	0,71*
Лактатдегидрогеназа, Ед/л	240-480	275
Креатинфосфокиназа-МВ, Ед/л	0-25	12
Общий холестерин, ммоль/л	2,50-6,10	3,79
Креатинин, мкмоль/л	44,00-116,00	77
Глюкоза, ммоль/л	4,20-6,10	6,63*
Общий белок, г/л	66,00-87,00	69,62
Креатинфосфокиназа, Ед/л	0-195	83
Мочевая кислота, мкмоль/л	202,3-416,5	200,7
Ионизированный кальций, ммоль/л	2,15-2,55	2,55
Магний, ммоль/л	0,80-1,00	0,75*
Железо, мкмоль/л	8,1-28,6	14,1

Фекальный кальпротектин от 08.08.2024 – повышен до 16 норм и составляет 800 мкг/гр, что свидетельствует о высокой активности воспалительного процесса в кишечнике.

По результатам данных обследования был выставлен следующий диагноз: Язвенный колит, тотальный, атака средней степени тяжести согласно критериям Truelove-Witts, индекс активности Мейо – 8 баллов. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.

В соответствии с установленным диагнозом было назначено следующее лечение: диета с ограничением жирной, жареной пищи. Медикаментозная терапия: продолжить Салофальк 3 г/сут 7 дней, затем 1 г/сут 7 дней, затем отменить; суппозитории Салофальк 500 мг 2 р/сут длительно; Преднизолон 20 мг/сут в течение 7 дней, затем 10 мг/сут 7 дней, затем отменить; Энтерол по 1 таблетке 2 раза в день 14 дней; Феррум лек 100 мг 1 раз в день 2 месяца (под контролем ОАК).

На фоне несоблюдения диетических рекомендаций с конца октября 2024 года пациент отмечает возобновление симптоматики язвенного колита, что соответствует повторному обострению. Обратился за специализированной медицинской помощью, был повторно обследован.

05.11.2024 был выполнен ОАК (результаты представлены в таблице 1).

08.11.2024 проведена видеокколоноскопия: Эндоскоп проведен в терминальный отдел подвздошной кишки, слизистая её бледно-розовая, бархатистая. Илеоцекальный клапан обычной формы, устье губовидное. Слизистая всех отделов толстой кишки гиперемирована, отёчна, с наличием множественных точечных эрозий с наложением фибрина, контактно кровоточива. Также во всех отделах толстого кишечника (кроме прямой кишки) определяется наличие псевдополипов от 0,1 до 0,4 см в диаметре. Заключение: Язвенный колит умеренной степени активности, тотальное поражение. Псевдополипоз толстого кишечника.

Была назначена 2 линия медикаментозной терапии (Салофальк внутрь 3 г/сут + Салофальк суспензия ректальная 4 г/сут 6-8 недель, Преднизолон 20 мг/сут внутрь, 4 недели, снижая дозировку на 5 мг/сут каждые 7 дней до полной отмены). На фоне лечения положительной динамики клинической симптоматики не отмечалось. На настоящий момент специалистами рассматривается возможность назначения пациенту генно-инженерных биологических препаратов.

Выводы. Вышеизложенный клинический случай хронического рецидивирующего течения язвенного колита в молодом возрасте у пациента с отсутствием явной установленной этиологии демонстрирует существенное влияние на развитие заболевания пусковых факторов внешней среды, в данном случае – психоэмоционального стресса. Это заболевание в активном возрасте является существенной причиной ограничения повседневной активности из-за дискомфортной симптоматики, что заставляет лечащего врача тонко анализировать клинические данные для ранней верификации диагноза, а также своевременно корректировать терапию для ещё большего контроля за течением заболевания. Поэтому

фундаментальные и практические знания врачей в области ВЗК позволяют улучшить качество жизни не только описанному, но и тысячам других пациентов. Кроме того, важным аспектом благоприятного течения болезни является приверженность больного к здоровому образу жизни, отказ от вредных привычек, тщательное соблюдение рекомендаций по диетическому и медикаментозному лечению.

Литература / References.

1. Абдулганиева Д.Н., Алексеева О.П., Ачкасов С.И., Бакулин И.Г., Барышева О.Ю. [и др.]. Язвенный колит. Клинические рекомендации. – 2024. – С. 8-18.
2. Белоусова Е.А., Шельгин Ю.А., Ачкасов С.И., [и др.]. Клинико-демографические характеристики и лечебные подходы у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) в РФ. Первые результаты анализа национального Регистра. Колопроктология. 2023;22(1):65-82. DOI: 10.33878/2073-7556-2023-22-1-65-82.
3. Луговкина А. А., Рудакова Л. О., Крюкова Н. А., Бессонов А. А., Скворцов В. В. Особенности диагностики и лечения неспецифического язвенного колита. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019;164(4):10–16. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-164-4-10-16
4. Маев И.В., Бакулин И.Г., Скалинская М.И., Сказыбаева Е.В. Воспалительные заболевания кишечника: трансформация представлений. Терапевтический архив. 2023;95(12):1064–1074. DOI: 10.26442/00403660.2023.12.202507
5. GBD 2017 Inflammatory Bowel Disease Collaborators. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020 Jan;5(1):17-30. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30333-4.

Abstract.

*O.D. Poplevina, M.S. Shafaeva, S.N. Lagutina, O.S. Skuratova
Acute onset of ulcerative colitis in a young patient: a clinical case
Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko*

Ulcerative colitis is a chronic recurrent disease with an autoimmune type of lesion of the mucous membrane of the colon. Its prevalence in the population is increasing every year and, according to the latest data, amounts to 6.8 million people worldwide. This pathological condition requires clinicians to be more vigilant about timely diagnostic and therapeutic tactics at the outpatient stage. The article demonstrates a clinical case of UC in a young patient with an atypically acute onset of the disease for his age. The described case draws attention to the role of external factors in the onset of the disease, the importance of timely diagnosis, a rational approach to treatment, and patient compliance with medical recommendations.

Keywords: ulcerative colitis, recurrent course, inflammatory bowel diseases, outpatient stage

Сведения об авторах: Поплевина Олеся Дмитриевна – студентка ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, poplevinaOD@mail.ru; Шафаева Марианна Сергеевна – студентка ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, m.shafaeva@yandex.ru; Лагутина Светлана Николаевна – к.м.н., ассистент каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, svlagutina@mail.ru; Скуратова Ольга Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, prokorova15@mail.ru.