

*Голуб М., Калашиников Д.*

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С НЯК: СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Харьковский национальный медицинский университет  
Кафедра внутренней медицины №3 и эндокринологии  
Научный руководитель: к.мед.н., асс. Шеховцова Ю.А.

**Актуальность:** Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое заболевание, при котором поражается только толстый кишечник. Характеризуется иммунным воспалением слизистой оболочки диффузного типа. На сегодняшний день зарегистрировано от 21 до 268 случаев на 100 тыс. населения.

**Материалы и методы исследования:** клинический анализ истории болезни пациента.

**Результаты исследования:** Больной С., 58 лет был госпитализирован в гастроэнтерологическое отделение Харьковской областной клинической больницы с жалобами на постоянные боли в животе с левосторонней локализацией, тупого характера, вздутие и урчание в животе, тенезмы, диарею с примесью крови и слизи, общую слабость, субфебрильную температуру. Из анамнеза: считает себя больным в течение года, причиной начала заболевания считает перенесенный стресс, за медицинской помощью не обращался. При опросе наличие НЯК у родственников первой линии и прием ЛС (антибиотики, слабительные и т.д.) отрицает. При осмотре: язык обложен густым налетом, кожа бледная. При пальпации живот мягкий, болезненный в подложечной, мезогастральной области, по ходу кишечника, петли кишечника спазмированы, урчащие. При лабораторном обследовании выявлены анемия (Hb – 100 г/л, эр. –  $3,5 \times 10^{12}$  /л, ЦП 0,82), тромбоцитоз ( $350 \times 10^9$  /л), ускорение СОЭ (25 мм/ч); количество СРБ выше нормы (6,0 мг/л). Кoproграмма: коричневый цвет, полужидкой консистенции. Данные колоноскопии: Неспецифический язвенный колит (Е3), средняя степень активности (биопсия). Согласно МКБ 10 поставлен диагноз: K51.Тотальный неспецифический язвенный колит средней степени тяжести.

Дифференциальная диагностика НЯК проводилась с болезнью Крона (БК). БК может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта, а 166 язвенный колит (ЯК) ограничивается поражением только толстой кишки. Морфологически ЯК ограничивается поражением слизистой оболочки стенки кишки, в то время как при БК поражаются все слои. Также мы должны исключить острые кишечные инфекции (ОКИ). Общие симптомы: боли в нижних отделах живота, учащение актов дефекации, тенезмы. При эндоскопии определяются отёк, гиперемия и кровоточивость слизистой оболочки.

Позволили исключить диагноз ОКИ такие критерии: 1. При сборе эпиданамеза не было указано употребление потенциально-инфицированных продуктов, контакт с больными кишечной инфекцией также отрицает. 2. При проведении бактериологического исследования – нет нарушений микробного состава. Верификация НЯК с колоректальным раком проводится при возрасте старше 50 лет. Картина при колоноскопии в случае изъязвленной карциномы: край крупных блюдцеобразных язв возвышается над уровнем слизистой оболочки, кровоточит. У нашего же пациента слизистая прямого и ободочного кишечника гиперемирована, рыхлая, кровоточит только контактно, множественные эрозии диаметром 2-3 мм (при биопсии признаков дисплазии не обнаружено). На фоне проводимой терапии (фармакотерапия по схеме №4 по протоколу лечения НЯК и диета №4) была достигнута клиническая ремиссия.

Заключение: В данном клиническом случае отражены особенности течения и трудности диагностики НЯК, которые должны рассматриваться в дифференциальной диагностике больных с болями в животе, сопровождающиеся частыми актами дефекации (более 5 раз/сутки) и тенезмами.