

ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНЫЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ СРЕДНЕЙ АКТИВНОСТИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Бабенко А.А., Турмора Д.С.

Научные руководители: проф. Т.В. Заболотских,
доцент Г.В. Григоренко

Амурская государственная медицинская академия
Минздрава России, Благовещенск, Россия

Ключевые слова: *клинический случай; дети; язвенный колит; течение; диагностика; лечение*

Актуальность. Язвенный колит (ЯК) — хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание толстой кишки с распространением поражения непрерывно от прямой кишки в проксимальном направлении. Дифференциальный диагноз ЯК проводится с различными заболеваниями, в том числе с кишечными инфекциями.

Описание клинического случая. Больная Д., 15 лет, поступила в отделение в октябре 2023 г. с жалобами на кашицеобразный стул с примесью крови в течение длительного времени, потерю массы тела на 10 кг (за последние 3 мес). Ребёнок от 3-й беременности, протекавшей без особенностей. Впервые разжиженный стул появился в июле 2023 г. В сентябре 2023 г. было отмечено ухудшение состояния, появился разжиженный стул до 6 раз в сутки, тошнота, рвота двукратно. Обратились к педиатру по месту жительства, вновь направлена на госпитализацию в инфекционную больницу. Через 3 мес от начала заболевания самостоятельно обратились в приёмное отделение областной детской клинической больницы, госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение с диагнозом гастродуоденит, воспалительное заболевание кишечника. Консилиумом врачей принято решение о проведении фиброколоноскопии в срочном порядке. При фиброколоноскопии выявлены признаки тяжёлого течения ЯК, псевдополипы нисходящего отдела толстой кишки. Взята биопсия. При КТ органов брюшной полости с контрастированием: признаки ЯК. Анализ на антинейтрофильные антитела (АНЦА) IgG в крови титр 1:320, АНЦА IgA титр < 1:40. Уровень фекального кальпротектина > 1800 мкг/г. Назначена иммуносупрессивная терапия. На 39-й день болезни поступила в РДКБ. Выставлен диагноз: ЯК, тотальный, гормонорезистентный, средней степени активности (PUCAI 40 баллов), манифестация. На 53-й день болезни проведено первое введение инфликсимаба в дозе 250 мг внутривенно капельно. Рекомендовано продолжить антицитокиновую терапию инфликсимабом в дозе 5 мг/кг по схеме 0-2-6, далее каждые 8 нед. Второе введение инфликсимаба (ремикейд) 250 мг проведено на 67-й день болезни. Перенесла удовлетворительно. 09.01.2024 проведено плановое введение инфликсимаба в гастроэнтерологическом отделении. Лабораторно анемии нет, воспалительной активности нет. Уровень кальпротектина до 200 мкг/г. С 28.02.2024 по 05.03.2024 девочка повторно обследована в гастроэнтерологическом отделении РДКБ с целью оценки эффективности индукционного курса инфликсимаба. По данным фиброколоноскопии с лестничной биопсией кишечника отмечается ограниченный колит с преимущественным поражением ободочной, нисходящей, сигмовидной прямой кишки. По данным гистологического анализа биоптата: выраженное хроническое воспаление, небольшая гиперплазия слизистой оболочки, ЯК.

Заключение. У больной отмечается положительная динамика на фоне проводимой терапии. Однако пока эффект ле-

чения недостаточный, показано сокращение интервалов введения инфликсимаба до 1 раза в 6 нед в дозе 5 мг/кг. Учитывая повышение массо-ростовых показателей, рекомендовано увеличение дозировки противовоспалительной терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты (месалазин) до 75 мг/кг в сутки, иммуносупрессивной терапии азатиоприном до 1,2 мг/кг в сутки. Назначена также антибактериальная терапия альфанормиксом. Представленный клинический случай отражает значимость ранней диагностики и назначения своевременной терапии для купирования обострения и увеличения периода ремиссии ЯК.
