

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И.Мечникова»

Минздрава России

Кафедра внутренних болезней, нефрологии и клинической
фармакологии



Пациент с диарейным синдромом: мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению

Пономаренко Виктория Александровна, ординатор 2-го года обучения по специальности «Терапия» кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Ершова Анастасия Дмитриевна, ординатор 2-го года обучения по специальности «Терапия» кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Топалова Юлия Геннадьевна, аспирант 2-го года обучения кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова topalova.julias@yandex.ru

Тихонов Сергей Викторович, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Бакулина Наталья Валерьевна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней, клинической фармакологии и нефрологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Санкт-Петербург, 2022

Роды в срок, вес- 3350г.
Кефалогематома,
обвитие пуповиной,
родовая травма.

Диагноз: Перинатальная
энцефалопатия. ПМР с
задержкой.

1987

ЗЧМТ, ушиб
головного мозга с
субдуральной
гематомой.

1998

Перенес
инфекционный
моноклеоз,
вызванный
ВЭБ.

2010

Диагноз: Симптоматическая
фокальная эпилепсия с единичным
генерализованным судорожным
синдромом. Терапия: карбамазепин ->
окскарбазепин.

В КАК: ЖДА легкой степени тяжести
(Нв 105 г/л), в б/х анализе крови -
↑ **амилазы до 529,3 Ед/л.** Терапия:
Панкреатин 25000Ед по 1 табл.*3 р/д.

2016 (1)

КТ ОБП и забрюшинного пространства с контрастом:
**выраженная брыжеечная и забрюшинная
лимфоаденопатия.** Наблюдался у онколога с диагнозом :
Неходжскинская лимфома. **ПЭТ КТ:** картина гиперплазии
лимфоидной ткани с гиперфиксацией РФП в
лимфоглоточном кольце Пирогова, метаболически
активных ЛУ шеи, БП, забрюшинного пространства,
участка гиперфиксации РФП в селезенке без структурных
изменений по КТ лимфопролиферативного характера.
Гиперфиксация РФП в кишечнике.

2016 (2)

Лимфоаденэктомия слева.
**Иммуногистохимия:
неспецифическая
фолликулярная
гиперплазия.** Диагноз
Неходжскинская лимфома
был снят.

2017 (1)

Отметил послабление
стула (по БШ 6 тип), без
примесей, боли в
эпигастральной области.
Терапия: спазмолитики
(до 3 р/д) + ферменты.

2017

(2)

Последний
приступ
эпилепсии,
закончил прием
терапии
самостоятельно.
С 2020 стал
отмечать
периодические
головные боли, в
связи с чем
принимает НПВП

2020



2022
ГОД

Жалобы на:


Ощущение учащенного сердцебиения, одышку при умеренной физической нагрузке, постоянные головные боли в лобной области (по ВАШ 5-6 баллов) преимущественно в вечернее время, боли в поясничной области ноющего характера, боли жгучего характера в эпигастральной области после приема пищи, периодическая тошнота, снижение массы тела на 5 кг за 6 месяцев, склонность к послаблению стула.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Темп мышления несколько замедленный. Мышление корректное. Примитивен, инфантилен. Интеллектуально-мнестические функции, память значительно снижена. Внимание быстро иссекаемое. Кожные покровы обычной бледные. *ИМТ = 18 кг/м²*

Увеличены лимфоузлы – поднижечелюстные, переднешейные с двух сторон, заднешейные слева - безболезненные, подвижные, в диаметре около 3,0 см, не спаяны между собой и кожей, кожа над ними не изменена.

Пищеварительная система: Выраженное кариозное поражение зубной эмали. Живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастральной области при пальпации. Стул со слов кашицеобразный, по БШ 5-6 тип, без примесей.



Лабораторные данные

Клинический анализ крови	Гипохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести (RBC – 3,82 10^{12} /л, Hb – 99 г/л, MCV- 79 фл, MCH - 25,8 пг, PLT - 204 10^9 /л, WBC – 5,4 $\cdot 10^9$ /л)
Биохимический анализ крови	Гипопротеинемия (общий белок 48 г/л), ЩФ – 86 ед/л; ГГТП – 13 ед/л; АЛТ-10 ед/л; АСТ – 21 ед/л; Общий билирубин – 4,2 мкмоль/л; снижение креатинина – 56 мкмоль/л; С-реактивный белок – 4,87 мг/л; калий- 4,3 ммоль/л; натрий- 140 ммоль/л; холестерин -3,8 ммоль/л, глюкоза 4,7 ммоль/л, ЛПВП 0,62 ммоль/л ; ЛПНП- 2,43 ммоль/л
Кал на скрытую кровь (иммунохроматография FOB)	Положительно
Копрограмма	Амилло-, креато-, стеаторея
Аутоиммунные маркеры	Экспресс-тест на целиакию - отрицательно АТ к трансглутаминазе и глиадину – отрицательно
Генетическое исследование	Мутация в гене MCM6, генотип CC (лактозная непереносимость) Типирование HLA DQ2/DQ8 – гаплотип риска не выявлен (исключена целиакия)

Динамика

2017 год	2022 год
<p><u>УЗИ ОБП:</u> УЗ- признаки диффузных изменений поджелудочной железы, косвенные признаки дисфункции сфинктера Одди по панкреатическому типу.</p>	<p><u>УЗИ ОБП:</u> Диффузные изменения поджелудочной железы.</p>
<p><u>ЭГДС:</u> Эндоскопическая картина эритематозной гастропатии.</p>	<p><u>ЭГДС:</u> Эрозивная гастропатия, эрозивная бульбопатия, эритематозная дуоденопатия. Нельзя исключить целиакию и болезнь Крона.</p>
<p>ФКС не выполнено в связи с плохой подготовкой к исследованию.</p>	<p><u>ФКС:</u> Эндоскопическая картина ВЗК, илеоколита, нельзя исключить болезнь Крона. <u>Морфологическое исследование:</u> Хронический терминальный илеит, обострение, с выраженной степенью воспаления. Хронический неспецифический колит, субтотальное поражение, неактивный, с умеренной степенью воспаления.</p>

Диагноз:

Основное заболевание:	Хронический НПВП-ассоциированный гастрит с эрозиями, бульбит с эрозиями, илеоколит с эрозиями, умеренное обострение
Конкурирующее заболевание:	Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью.
Фоновое заболевание:	Резидуально-органическое поражение головного мозга сочетанной этиологии (перинатальное, посттравматическое). Симптоматическая фокальная эпилепсия с единичным генерализованным судорожным синдромом. Легкая степень умственной отсталости с нарушение поведением. Логоневроз с дизартрия.
Сопутствующие заболевания:	Кариес зубной эмали. Лактазная недостаточность (генетическое исследование-мутация в гене MCM6, генотип CC от 03.05.2022) Хроническая гипохромная, нормоцитарная анемия (алиментарная, железодефицитная), легкой степени. Дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому типу. Липоматоз поджелудочной железы. БЭН, легкой степени.

План дообследования на амбулаторном этапе:

Для исключения синдрома Золлингера-Эллисона: уровень сывороточного гастрина после отмены ИПП, суточная внутрижелудочная рН-метрия, ПЭТ КТ ОБП и забрюшинного пространства/Сцинтиграфия соматостатиновых рецепторов.

Для исключения ВЗК: Фекальный кальпротектин, ГидроМРТ

Комплексное серологическое исследование на маркеры воспалительных заболеваний кишечника:

1. Антитела к цитоплазме нейтрофилов, IgG (с определением типа свечения):
2. Антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) классов IgG
3. Антитела к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) классов IgA
4. Антитела к цитоплазме нейтрофилов класса IgA (АНЦА)
5. Антитела к бокаловидным клеткам кишечника