

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ/INTERNAL DISEASES

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2026.164.32>КОЛИТ И ЭНДОМЕТРИОЗ: ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ И ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Научная статья

Новоселя Н.В.^{1,*}, Мирзоева Р.К.², Чудиновских С.А.³¹ORCID : 0000-0003-1774-9125;^{1, 2, 3} Кубанский медицинский институт, Краснодар, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (ankvin[at]yandex.ru)

Аннотация

Диарея — достаточно частая жалоба современного человека. Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется около 1,7 млрд случаев диареи. Эта проблема может быть связана как с острыми, так и с хроническими заболеваниями. Хронической диареей считается, если она продолжается более 30 дней. В настоящее время известно большое количество причин диареи. Диарея делится на органическую и функциональную. Недифференцированный колит — понятие, которое объединяет в себя несколько диагнозов. Для пациентов с недифференцированным колитом характерны: диарея, ноющие и схваткообразные боли внизу живота, приступы тошноты или рвоты, снижение массы тела и т.д. Заболевание может поражать толстый и тонкий кишечник и вызывать трудности в диагностике.

Ключевые слова: диарея, недифференцированный колит, эндометриоз.

COLITIS AND ENDOMETRIOSIS: THE PROBLEM OF COMORBIDITY AND DIAGNOSTIC DIFFICULTIES. A
CLINICAL CASE STUDY

Research article

Novoselya N.V.^{1,*}, Mirzoeva R.K.², Chudinovskikh S.A.³¹ORCID : 0000-0003-1774-9125;^{1, 2, 3} Kuban medical institute, Krasnodar, Russian Federation

* Corresponding author (ankvin[at]yandex.ru)

Abstract

Diarrhoea is a fairly common complaint among modern people. According to WHO data, approximately 1.7 billion cases of diarrhoea are reported worldwide each year. This problem can be associated with both acute and chronic diseases. Diarrhoea is considered chronic if it lasts for more than 30 days. Currently, there are many known causes of diarrhoea. Diarrhoea is divided into organic and functional. Indeterminate colitis is a term that encompasses several diagnoses. Patients with undifferentiated colitis typically experience diarrhoea, aching and cramping pains in the lower abdomen, bouts of nausea or vomiting, weight loss, etc. The disease can affect the large and small intestines and cause difficulties in diagnosis.

Keywords: diarrhoea, indeterminate colitis, endometriosis.

Введение

Диарея — достаточно частая жалоба современного человека. Согласно данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется около 1,7 млрд. случаев диареи [11]. Эта проблема может быть связана как с острыми, так и с хроническими заболеваниями. Хронической диареей считается если она продолжается более 30 дней. В настоящее время известно большое количество причин расстройства стула. Условно диарею можно разделить на органическую и функциональную. Факторы риска, увеличивающие вероятность органической диареи:

- семейный анамнез: воспалительные заболевания кишечника, целиакия, предшествующие операции на кишечнике, холецистэктомия, перенесенное заболевание поджелудочной железы;
 - системные заболевания: тиреотоксикоз и гипопаратиреоз, сахарный диабет, заболевания надпочечников;
 - употребление алкоголя (прямое токсическое воздействие на эпителий кишечника, быстрый транзит по кишечнику, снижение активности кишечных дисахаридаз и снижение функции поджелудочной железы);
 - диета: кофеин (например, кофе, энергетические напитки), молоко у пациентов с дефицитом лактазы, пищевые добавки (например, сорбит), фруктоза и другие FODMAP;
 - лекарственные препараты (магний, иАПФ, нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики)
- Недавняя поездка за границу или другие потенциальные источники инфекционных желудочно-кишечных патогенов;
- антибиотикотерапия и инфекция *Cl. Difficile* [1].

Среди редких причин жидкого стула есть искусственная диарея (factitious diarrhea), связанная со скрытым употреблением лекарственных препаратов (главным образом, слабительных) или же симулирование жидкого стула за счет разведения водой, мочой или другой жидкостью. Чаще выявляется у женщин, профессия которых связана с медициной (90%).

К органическим причинам диареи также можно отнести нарушение стула при недифференцированном колите. Недифференцированный колит — понятие, которое объединяет в себя несколько диагнозов, такие как — язвенный колит, болезнь Крона, а также более редкие — микроскопический колит, коллагенозный колит, лимфоцитарный колит.

Часто точную нозологическую единицу установить трудно, даже при выполнении колоноскопии и биопсии. Такой колит может поражать как толстый, так и тонкий кишечник, что вызывает трудности с диагностикой, поскольку в настоящее время тонкий кишечник доступен для осмотра только с помощью видео капсулы. В патогенезе болезни Крона участвуют Т-клеток CD4, происходит инфильтрация кишечной ткани воспалительными Т-клетками,

Болезнь Крона — заболевание, обусловленное воспалительным процессом типа 1, характеризующееся активацией клеток Th1 и Th17, а также ростом продукцией их основных цитокинов: IL-12, IL-23, IFN- γ и IL-17. При этом, язвенный колит определяется как воспаление типа 2, с повышенным участием клеток Th2 и Th9 и их основных цитокинов: IL-13, IL-5 и IL-9 [2], [3].

Для пациентов с недифференцированным колитом характерны: диарея, ноющие и схваткообразные боли внизу живота, приступы тошноты или рвоты, снижение массы тела [4].

Цель клинического сообщения информировать врачей об особенностях течения и дифференциальной диагностики колита.

Основные результаты

Приводим описание клинического случая сложной диагностики недифференцированного колита сочетанного с эндометриозом. Получено информированное согласие пациента на публикацию клинического случая. Метод деперсонализации путем изменения состава или семантики.

Под нашим наблюдением находилась больная 32 лет, которая обратилась с жалобами на боли внизу живота, диарею 5 раз после нарушения диеты, потерю веса.

Анамнез: указанные жалобы на боли в животе и диарею более 5 лет. С 15 лет начались обильные и болезненные менструации. Была проведена гормональная терапия препаратами Джесс, потом Жанин, на фоне которой пациентка отмечала диарею. С 20 лет в течение 3 лет препараты дидрогестерона и другие без эффекта.

В 2021 г. по МРТ диагностируется киста правого яичника. Проведена резекция правого яичника, коагуляция очагов эндометриоза. Эндометриоз — патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки.

Одновременно пациентка констатирует потерю веса с 46 до 42 кг. После операции получала терапию эндометриоза бусерелином на фоне чего отмечала уменьшение симптомов дискомфорта в животе, в том числе диареи. Параллельно пациентка всесторонне обследовалась для выявления причин диареи.

В 2022 г. сдавала кровь на паразитозы (лямблии, шистосомы, аскариды, токсокары, описторхи). Результаты были отрицательные. Кровь на фекальный кальпротектин 109,4 мкг/г, что означает умеренно повышенный результат. В 2023г. кальпротектин фекальный 61 мкг/г, при норме ниже 80.

При обследовании в общем анализе крови от 10.2022 выявлено: гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $4,02 \times 10^9/\text{л}$, 34% нейтрофилов, 55% лимфоцитов, уровень тромбоцитов $165 \times 10^9/\text{л}$.

05.2023 г. кровь на АТ к сахаромидетам (ASCA) Ig — 5,37 U/ml, при норме 10 и менее. Высокая специфичность теста позволяет предположить болезнь Крона или другие заболевания кишечника.

С целью исключения целиакии 05.2022 определены антитела к тканевой трансглутаминазе IgA -3,14 U/ml, антитела к эндомизию IgA U/ml, IgG титр — 1:2,5, результат отрицательный. Проведено генотипирование на DQ2, DQ8 — не выявлены. 01.2022 эластаза кала в норме. 04.22 повышен IgE 930 Me/мл при норме до 87.

12.2023 выполнена колоноскопия. Аппарат проведен до купола слепой кишки и далее в терминальный отдел подвздошной кишки. Слизистая прямой кишки розового цвета. В просвете пусто. Ректосигмоидный переход без видимой патологии. Слизистая сигмовидной кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий. Гаустрация не нарушена. Слизистая нисходящей ободочной кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий. Гаустрация не нарушена. Просвет свободный. Слизистая поперечной ободочной кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий, гаустрация нарушена. В просвете светлая жидкость. Слизистая восходящей ободочной и слепой кишки розового цвета, сосудистый рисунок четкий. Гаустрация не нарушена. Баугиниева заслонка губовидной формы, сомкнута. Слизистая терминального отдела подвздошной кишки розового цвета. Подготовка 8 баллов по Бостонской шкале. Заключение: Грубой органической патологии не выявлено.

В 2023 г. по МРТ диагностируется ретроцервикальный эндометриоз с вовлечением тазовой брюшины, яичниковых ямок, обоих яичников. Назначен прием препарата Визанна. На фоне терапии отмечена диарея, тошнота, рвота.

В марте 2024 г. консультирована гастроэнтерологом в консультативно-диагностического отделения ГБУЗ «Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логинова», выставлен диагноз: эндометриоз брюшины с распространением на толстый кишечник, функциональное кишечное расстройство. Дисахаридазная недостаточность, хронический гастродуоденит, назначено дообследование.

В апреле 2024 г. консультирована в ГБУЗ МО «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» где предложено оперативное вмешательство в объеме: лапароскопия, коагуляция эндометриоза, иссечение очагов эндометриоидного инфильтрата ректовагинальной перегородки и ректосигмоидного отдела кишечника при необходимости расширение объема до дискоидной/циркулярной резекции с наложением аппаратного анастомоза конец в конец, от которого пациентка отказалась. 04.2024 г Консультация гастроэнтеролога, выставлен диагноз: синдром раздраженного кишечника, неуточненный колит левой половины толстой кишки, реактивный панкреатит, висцеральная форма эндометриоза инфильтративная форма, назначено дообследование: анализ кала на кальпротектин и назначено лечение: ферментные препараты, спазмолитики, глицин. На фоне проводимой терапии состояние без динамики.

В июне 2024 года госпитализирована в клиническую больницу в связи с отсутствием эффекта от консервативного лечения. Далее после диагностической лапароскопии выполнена лапаротомия экстирпация матки с придатками.

Адгезиолиз. Удаление и коагуляция позади шеечного эндометриоза. Течение послеоперационного периода: гладкое заживление швов первичным натяжением.

Однако после оперативного вмешательства у пациентки все так же сохранялись жалобы, отмечается диарея до 5 раз после нарушения диеты, на фоне чего больная самостоятельно принимала энтерофурил однократно, диарея прекращалась, отмечалась задержка стула до 5 дней, после чего стул возобновлялся. Отмечается потеря веса за последние 2 года с 42 до 37 кг, боли внизу живота продолжались.

В связи с имеющимися жалобами больная обратилась к гастроэнтерологу в марте 2025. Общее состояние относительно удовлетворительное. Вес 40 кг. Нормастенического телосложения ИМТ 15,6 кг/м².

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны ясные ритмичные. АД 120/80 мм рт ст, ЧСС 86 уд в минуту.

Язык влажный, умеренно обложен белым налетом у корня. Зубы санированы. Живот при пальпации мягкий, сильно болезненный в правой и левой подвздошной области, участвует в акте дыхания. Печень правая доля у края реберной дуги, селезенка не увеличена.

Щитовидная железа при пальпации подвижная, мягкая, безболезненная, 0 ст по ВОЗ.

Система мочеотделения: область почек визуально не изменена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Больной был назначен месалазин, от которого у пациентки улучшилось состояние, боли в животе уменьшились, стул уменьшился. Через 1 месяц больная обратилась на прием к гинекологу в связи с диуретическими явлениями. Гинеколог, учитывая анамнез, назначила комбинированную гормональную терапию, через 5 дней после начала которой пациентка отметила ухудшение своего состояния. После отмены гестагенов жалобы со стороны кишечника уменьшились. В 2025 году выполнено биопсия, заключение морфологическая картина соответствует критериям лимфоцитарного микроскопического колита. Назначен будесонид, через 1 месяц стул 1 раз в день, вес увеличился на 2 кг. Таким образом, у больной имеет место сложное сочетанное заболевание кишечника с эндометриозом.

Основные результаты: длительность диареи более 5 лет, имеется снижение массы тела, данные колоноскопии визуально всегда без патологии, уровень кальпротектина в норме, частичный эффект от месалазина. По результатам биопсии назначен будесонид.

Гендерные различия при синдроме раздраженного кишечника хорошо известны, женщины страдают им в 2 раза чаще. Такие данные указывают на роль половых гормонов в патогенезе этого синдрома. Однако публикаций, касающихся влияния половых гормонов на другие заболевания кишечника, не много. В экспериментальных исследованиях на крысах половые гормоны укрепляют эпителиальный барьер. Фармакологические уровни эстрогенов и прогестерона при приеме оральных контрацептивов и заместительной гормональной терапии в течение длительного периода времени, по-видимому, увеличивают риск ВЗК [5], [6].

В исследовании Weaver KR и соавт. (2021 г) показано, что у пациенток с СРК (n = 12) наблюдался более высокий уровень эстрадиола.

В норме в желудочно-кишечном тракте экспрессируются как эстрогеновые, так и прогестероновые рецепторы, с преобладанием эстрогенового рецептора β в толстой кишке, который в основном выявляется в эпителиальных клетках. Известно, что половые гормоны могут модулировать время транзита по толстой кишке, секрецию ионов хлора и формирование эпителия [7].

Авторы исследования, изучавшие микроскопический колит, в статье он подразделяется на лимфоцитарный и коллагенозный, пытались найти связь между факторами, влияющими на уровень половых гормонов (количество родов, возраст менархе и менопаузы, использование оральных контрацептивов и заместительной гормональной терапии). Хотя больные с лимфоцитарным колитом рожали детей реже, чем пациенты с коллагенозным колитом (ОШ = 0,20, 95% ДИ = 0,05–0,86), различий между пациентами с персистирующим или транзиторным заболеванием не выявлялось. В другом исследовании (227 766 женщин) менопаузальная гормональная терапия повышала риск развития микроскопического колита (коэффициент риска с поправкой на многофакторную величину 2,64; 95% доверительный интервал 1,78–3,90). Риск рос с увеличением длительности применения (Р для тенденции < 0,0001) и снижался после прекращения использования (Р для тенденции = 0,002) [8]. Аналогичная связь колита была выявлена и с применением оральных контрацептивов [9]. При этом ожирение и избыточный вес защищали от развития микроскопического колита [10].

Заключение

Таким образом, клинический случай, описанный, в статье представляется сложным по многим параметрам: сочетание нескольких заболеваний — эндометриоза и поражения кишечника, влияние половых гормонов на проблемы кишечника в целом недостаточно изучено. Кроме того, такое сочетание требует лечения командой из несколькими специалистами.

Недоучёт одной из основных жалоб — диареи и диагноза гастроэнтеролога, неуточненный колит левой половины толстой кишки и длительное отсутствие морфологической диагностики кишечника, привело к неполному результату лечения.

**Благодарности**

Моему учителю профессору Кокуевой О.В.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Acknowledgement

The article is dedicated to my teacher, Professor Kokueva O.V.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Keely S.J. Intestinal secretory mechanisms and diarrhea / S.J. Keely, K.E. Barrett // American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology. — 2022. — Vol. 322, № 4. — P. G405–G420. — DOI: 10.1152/ajpgi.00316.2021.
2. de Souza H.S. Immunopathogenesis of IBD: Current state of the art / H.S. de Souza, C. Fiocchi // Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. — 2016. — Vol. 13. — P. 13–27. — DOI: 10.1038/nrgastro.2015.186.
3. Gomez-Bris R. CD4 T-Cell Subsets and the Pathophysiology of Inflammatory Bowel Disease / R. Gomez-Bris, A. Saez, B. Herrero-Fernandez [et al.] // International Journal of Molecular Sciences. — 2023. — Vol. 24, № 3. — P. 2696. — DOI: 10.3390/ijms24032696.
4. Dolinger M. Crohn's disease / M. Dolinger, J. Torres, S. Vermeire // The Lancet. — 2024. — Vol. 403, № 10432. — P. 1177–1191. — DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02586-2.
5. Weaver K.R. Sex Hormones, BDNF, Leptin, and TGF- β 1 in Females With IBS: A Pilot Investigation / K.R. Weaver, C.M. Boulineaux, J.M. Robinson [et al.] // Biological Research for Nursing. — 2021. — Vol. 23, № 2. — P. 231–237. — DOI: 10.1177/1099800420948589.
6. Roth B. Microscopic colitis and reproductive factors related to exposure to estrogens and progesterone / B. Roth, J. Manjer, B. Ohlsson // Drug Target Insights. — 2013. — Vol. 7. — P. 53–62. — DOI: 10.4137/DTI.S12889.
7. Cornish J.A. The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease: a meta-analysis / J.A. Cornish, E. Tan, C. Simillis [et al.] // American Journal of Gastroenterology. — 2008. — Vol. 103, № 9. — P. 2394–2400. — DOI: 10.1111/j.1572-0241.2008.02064.x.
8. Khalili H. Hormone therapy increases risk of ulcerative colitis but not Crohn's disease / H. Khalili, L.M. Higuchi, A.N. Ananthakrishnan [et al.] // Gastroenterology. — 2012. — Vol. 143, № 5. — P. 1199–1206. — DOI: 10.1053/j.gastro.2012.07.096.
9. Burke K.E. Identification of Menopausal and Reproductive Risk Factors for Microscopic Colitis-Results From the Nurses' Health Study / K.E. Burke, A.N. Ananthakrishnan, P. Lochhead [et al.] // Gastroenterology. — 2018. — Vol. 155, № 6. — P. 1764–1775.e2. — DOI: 10.1053/j.gastro.2018.08.029.
10. Liu P.H. Obesity and Weight Gain Since Early Adulthood Are Associated With a Lower Risk of Microscopic Colitis / P.H. Liu, K.E. Burke, A.N. Ananthakrishnan [et al.] // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2019. — Vol. 17, № 12. — P. 2523–2532.e1. — DOI: 10.1016/j.cgh.2018.11.057.
11. Осадчук М.А. Диарея в терапевтической практике / М.А. Осадчук, А.А. Урюпин, М.М. Осадчук [и др.] // РМЖ. — 2014. — № 15. — С. 1112.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Keely S.J. Intestinal secretory mechanisms and diarrhea / S.J. Keely, K.E. Barrett // American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology. — 2022. — Vol. 322, № 4. — P. G405–G420. — DOI: 10.1152/ajpgi.00316.2021.
2. de Souza H.S. Immunopathogenesis of IBD: Current state of the art / H.S. de Souza, C. Fiocchi // Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. — 2016. — Vol. 13. — P. 13–27. — DOI: 10.1038/nrgastro.2015.186.
3. Gomez-Bris R. CD4 T-Cell Subsets and the Pathophysiology of Inflammatory Bowel Disease / R. Gomez-Bris, A. Saez, B. Herrero-Fernandez [et al.] // International Journal of Molecular Sciences. — 2023. — Vol. 24, № 3. — P. 2696. — DOI: 10.3390/ijms24032696.
4. Dolinger M. Crohn's disease / M. Dolinger, J. Torres, S. Vermeire // The Lancet. — 2024. — Vol. 403, № 10432. — P. 1177–1191. — DOI: 10.1016/S0140-6736(23)02586-2.
5. Weaver K.R. Sex Hormones, BDNF, Leptin, and TGF- β 1 in Females With IBS: A Pilot Investigation / K.R. Weaver, C.M. Boulineaux, J.M. Robinson [et al.] // Biological Research for Nursing. — 2021. — Vol. 23, № 2. — P. 231–237. — DOI: 10.1177/1099800420948589.
6. Roth B. Microscopic colitis and reproductive factors related to exposure to estrogens and progesterone / B. Roth, J. Manjer, B. Ohlsson // Drug Target Insights. — 2013. — Vol. 7. — P. 53–62. — DOI: 10.4137/DTI.S12889.
7. Cornish J.A. The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease: a meta-analysis / J.A. Cornish, E. Tan, C. Simillis [et al.] // American Journal of Gastroenterology. — 2008. — Vol. 103, № 9. — P. 2394–2400. — DOI: 10.1111/j.1572-0241.2008.02064.x.
8. Khalili H. Hormone therapy increases risk of ulcerative colitis but not Crohn's disease / H. Khalili, L.M. Higuchi, A.N. Ananthakrishnan [et al.] // Gastroenterology. — 2012. — Vol. 143, № 5. — P. 1199–1206. — DOI: 10.1053/j.gastro.2012.07.096.



9. Burke K.E. Identification of Menopausal and Reproductive Risk Factors for Microscopic Colitis-Results From the Nurses' Health Study / K.E. Burke, A.N. Ananthakrishnan, P. Lochhead [et al.] // *Gastroenterology*. — 2018. — Vol. 155, № 6. — P. 1764–1775.e2. — DOI: 10.1053/j.gastro.2018.08.029.
10. Liu P.H. Obesity and Weight Gain Since Early Adulthood Are Associated With a Lower Risk of Microscopic Colitis / P.H. Liu, K.E. Burke, A.N. Ananthakrishnan [et al.] // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. — 2019. — Vol. 17, № 12. — P. 2523–2532.e1. — DOI: 10.1016/j.cgh.2018.11.057.
11. Osadchuk M.A. Diareya v terapevticheskoj praktike [Diarrhea in Therapeutic Practice] / M.A. Osadchuk, A.A. Uryupin, M.M. Osadchuk [et al.] // *RMZh [Russian Medical Journal]*. — 2014. — № 15. — P. 1112. [in Russian]