

слабость, нормализовалась температура тела, появился аппетит, пациентка перестала задыхаться по ночам. Было зафиксировано снижение уровня СОЭ до 25 мм/час. Рекомендовали продолжить терапию метилпреднизолоном в амбулаторных условиях под наблюдением пульмонолога с постепенным уменьшением дозы до полной отмены.

Заключение. В приведенном клиническом случае анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных позволил выявить редкое сочетание ПТГ-зависимой и ПТГ-независимой форм гиперкальциемии. У пациентки Д., 74 года, был диагностирован ПГПТ и саркоидоз с поражением медиастинальных и шейных лимфатических узлов. Обсуждаемый случай демонстрирует возможные сложности ведения пациентов с впервые выявленной гиперкальциемией. Пациенты с верифицированным диагнозом ПГПТ в случае принятия решения о консервативной тактике ведения нуждаются в динамическом наблюдении и контроле параметров кальциемии. Сохранение гиперкальциемии после хирургического лечения определяет целесообразность исключения как полигландулярного варианта ПГПТ, так и иных причин.

Жарская О.М., Адаменко Е.И., Панес О.Н., Бурло А.С., Стахивич В.А., Карасева Г.А., Василевская С.А., Корженевская Н.Г., Иванова Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь
10-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНЫМ КОЛИТОМ

Введение. К хроническим воспалительным заболеваниям кишечника (ХВЗК) относятся язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК) и промежуточные случаи с чертами обоих указанных вариантов, обозначаемые как неопределенный или неклассифицируемый колит. ХВЗК входят в топ-20 наиболее часто встречаемых аутоиммунных заболеваний в мире. ЯК и БК обычно начинаются в молодом возрасте и нередко приводят к развитию осложнений, инвалидности, а иногда и к летальному исходу. Большинству пациентов с ВЗК требуется пожизненная медикаментозная терапия, у части из них применяется хирургическое лечение. Сопутствующий ВЗК цитомегаловирусный колит (ЦМВ-колит) ассоциирован с неблагоприятными исходами, в том числе с частыми госпитализациями, большей частотой обострений заболевания, изменением дозы или схемы иммуносупрессивной терапии, развитием токсического мегаколона и перфорацией кишки, необходимостью в колэктомии и даже летальностью.

Собственный опыт. На базе УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска располагается Республиканский специализированный центр гастроэнтерологии, куда направляются пациенты в сложных для диагностики и лечения случаях.

Клинический случай. Пациентка К., 44 года. Диагноз язвенный колит, тотальное поражение установлен 17 лет назад. Лечение и обследования нерегулярные, последняя колоноскопия 7 лет назад (в 2017 г.). После госпитализации в 2017 г. пациентка периодически принимала месалазин внутрь, самостоятельно его отменяла, категорически отказалась от приема азатиоприна. Начала регулярный прием месалазина около 1,5–2 месяцев назад, когда появилась кровавая диарея до 20 раз в сутки и стала терять вес (10 кг за 1 месяц).

Во время настоящей госпитализации выявлена инфекция *Cl. difficile*, затяжное течение, угрожающий токсический мегаколон. При колоноскопии кишка осмотрена до дистальной части сигмовидного отдела. На всем протяжении слизистая диффузно ярко гиперемирована, инфильтрирована, контактно активно кровоточит, диффузно с глубокими обширными изъязвлениями, рельеф и сосудистый рисунок не прослеживается. Исследование остановлено ввиду высокого риска перфорации кишки и кровотечения.

До получения результатов гистологического исследования биопсийного материала помимо терапии язвенного колита пациентка принимала ванкомицин внутрь и ректально, затем тейкопланин внутрь для лечения инфекции *Cl. difficile*.

По данным гистологического заключения, выявлена картина хронического непрерывного диффузного активного колита (прококсигмоидита) с эрозированием поверхностного эпителия, нарушением строения крипт, ассоциированного с ЦМВ-инфекцией (в биоптатах ПЦР ДНК цитомегаловируса «+» (обнаружена)).

Принимая во внимание полученные результаты, для лечения ЦМВ-колита пациентке назначен ганцикловир 5 мг/кг массы тела внутривенно капельно каждые 12 часов 3 недели, далее перевод на пероральный прием валганцикловира 900 мг в сутки.

Через 4 недели лечения ЦМВ-колита проведена контрольная колоноскопия. Отмечена выраженная положительная динамика: толстая кишка осмотрена до купола слепого отдела, далее аппарат проведен в терминальный отдел подвздошной кишки, где визуально патологии не выявлено. Слизистая толстой кишки во всех, кроме восходящего отдела, гиперемирована, сосудистый рисунок сглажен, диффузно линейные рубцы, псевдополипы.

На фоне противовирусной терапии с продолжающимся лечением язвенного колита у пациентки отмечена полная клиническая, лабораторная, эндоскопическая ремиссия.

Выводы. При ведении пациентов с ХВЗК необходимо учитывать риск присоединения оппортунистических инфекций, в том числе развитие ЦМВ-колита, подлежащего обязательному лечению. Отсутствие специфических клинических признаков, позволяющих дифференцировать ЦМВ-колит и обострение ХВЗК, диктует необходимость исследования биоптатов слизистой оболочки кишечника иммуногистохимическим методом или выявления в них ДНК ЦМВ методом полимеразно-цепной реакции при быстром прогрессировании заболевания, включая системные признаки воспаления, резистентном к базисной терапии течения ХВЗК, рефрактерности к глюкокортикостероидам, большой площади и глубине эрозивно-язвенного поражения слизистой

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025