

ID: 2014-08-8-A-4082

Клинический случай

Мялина Ю.Н., Тихонова Т.А.

Целиакия: насколько сложно поставить диагноз?

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра терапии педиатрического и стоматологического факультетов

Научный руководитель: д.м.н., профессор Козлова И.В.

Резюме

Представлен клинический случай целиакии взрослых. Особенность случая заключается в неспецифичности клинической картины данного заболевания у взрослых, наличии разнообразных масок, в т.ч. онкологической, и отсутствии объективных методов верификации патологии тонкой кишки.

Ключевые слова: целиакия, болезнь Крона, тонкокишечная лимфома**Введение**

Целиакия – глютенчувствительная хроническая иммуноопосредованная энтеропатия, характеризующаяся стойкой непереносимостью специфических белков эндосперма зерна некоторых злаковых культур с развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции [1]. Распространенность целиакии во взрослой популяции составляет 1:100 – 1:250 [6, 9], но у подавляющего большинства болезнь протекает латентно, имитируя различные функциональные расстройства пищеварительной, нервной, эндокринной, костно-мышечной систем. При этом сохраняется высокий риск малигнизации, который трудно оценить. По многолетним наблюдениям Freeman H.J., у каждого 8-10-го пациента с выраженными гистологическими изменениями развивается тонкокишечная лимфома [2, 3].

Наиболее типичные клинические признаки целиакии (диарея, боль в животе, кахексия) [7, 10], а также ее внекишечные проявления (афтозный стоматит, глоссит, остеопороз, железодефицитная анемия и др.) неспецифичны, что обуславливает многообразие масок данного заболевания и затрудняет диагностику [4, 5, 8].

В качестве примера дифференциальной диагностики приводим клинический разбор пациентки с подозрением на онкологическое заболевание тонкой кишки.

Описание клинического случая

Пациентка К.Е.А., 32 года, менеджер, обратилась в ГКБ № 5 г. Саратова 10.01.14 г. с жалобами на немотивированное похудание на 5-7 кг, боли разнообразного характера без четкой локализации, субфебрильную лихорадку, склонность к запорам до 2-3 дней, бледность кожных покровов. Наблюдался астенический синдром. Из анамнеза заболевания известно, что вышеуказанные симптомы появились год назад на фоне относительного физического благополучия. Наблюдалась амбулаторно у участкового терапевта с диагнозом «Синдром раздраженного кишечника». Принимала спазмолитики, ферментные препараты с незначительным эффектом. При появлении признаков анемии, лихорадки и потери массы тела пациентка с целью верификации диагноза и принятия решения о дальнейшей тактике ведения была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение ГКБ № 5.

Из анамнеза жизни известно, что в детстве росла и развивалась соответственно возрасту, однако отмечала низкую массу тела. Менструации с 14 лет, скудные, нерегулярные. Беременностей две (2008, 2010 гг.), которые закончились благополучным родоразрешением. Наследственность по заболеваниям ЖКТ не отягощена. Мать больна аутоиммунным тиреоидитом, сестра – сахарным диабетом 1 типа.

При объективном осмотре состояние средней степени тяжести. Отмечен дефицит массы тела (ИМТ = 16,3), бледность кожного покрова, атрофия сосочков языка. Кожный покров бледный, без высыпаний. Дыхание в легких везикулярное. ЧСС увеличена до 105 в 1 минуту, тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90 и 60 мм. рт. ст. Живот напряженный, умеренно болезненный при глубокой пальпации в околопупочной и правой подвздошной областях.

В ОАК (11.01.14г.): RBC $2,0 \cdot 10^{12}$ L; HGB 82г/л; микроцитоз; MCH 20 pg; PLT $350 \cdot 10^9$ L; WBC $12,2 \cdot 10^9$ L; ESR 25 мм/ч; ЦП 0,5. Концентрация железа в сыворотке крови 7,8 мкмоль/л; ОЖСС 80,6 мкмоль/л, т.е., имеются признаки железодефицитной анемии.

АТ к ВИЧ, маркеры вирусных гепатитов не найдены.

Серологические маркеры кишечных гельминтозов отрицательные.

Проведен алгоритм при длительно текущей лихорадке.

В БАК (11.01.14г.): альбумины 30г/л; СРБ 8 мг/л

В ОАМ (11.01.14г.) патологических изменений не выявлено.

По УЗИ органов брюшной полости (16.06.14г.) незначительные диффузные изменения ткани поджелудочной железы, деформация желчного пузыря, наличие взвеси в его просвете. В мезогастральной области (больше слева) определяются множественные мезентериальные лимфоузлы – обычной формы и эхоструктуры размерами от 0,8 до 2,2 см.

ФЭГДС (20.01.14 г.): эндоскопическая картина недостаточности кардии, поверхностного гастрита (Н. pylori – позитивный). Осмотрен дистальный отдел 12-перстной кишки и дуоденальный сосочек, патологии не выявлено. Биопсия не взята.

Рентгеноскопия органов грудной клетки (21.01.14): Инфильтративных и очаговых изменений не выявлено. Сердечная тень в пределах нормы.

ЭХО-КГ (21.01.14): ЭХО-данных за воспалительные и иные изменения сердечной мышцы и клапанного аппарата выявлено не было.

Проведены консультации хирурга, гинеколога, эндокринолога. Специалисты свою патологию исключили.

На основании жалоб, данных УЗИ органов брюшной полости возникло предположение о наличии у пациентки болезни Крона, в связи с чем была проведена фиброколоноскопия (21.01.14г.). При исследовании были обнаружены долихосигма и хронический

атонический колит с явлениями гипокинезии. Гистологическое исследование биопсийного материала позволило исключить патологию толстой кишки.

С целью уточнения патологии органов брюшной полости выполнялась МРТ (1.02.14): перегиб желчного пузыря. Умеренно выраженные признаки внепеченочной портальной гипертензии. Петли тонкой и толстой кишок утолщены. Просвет расширен. Suspicio cancer тонкой кишки.

Пациентка была переведена в хирургическое отделение ГKB №2 с целью продолжения диагностического поиска. При диагностической лапароскопии данных за неопластических процесс получено не было.

Пациентку выписали в относительно удовлетворительном состоянии, показатели крови достигали уровня легкой анемии, болевой синдром купировался, но сохранялась астения, появился жидкий стул до 2-3 раз в сутки без видимых патологических примесей. При повторном обращении к гастроэнтерологу ГKB №5, назначены копрологическое исследование, определение онкомаркеров пищеварительного тракта, фекального кальпротектина, антитела к глиадину, тканевой трансглутаминазе, эндомизию.

Результаты серологического исследования (21.03.14г.): антитела IgG к глиадину отрицательные; обнаружены антитела к тканевой трансглутаминазе и антиэндомизальные антитела в количествах, значительно превышающих референтные значения. Для подтверждения диагноза была выполнена эндоскопическая биопсия дистальных отделов двенадцатиперстной кишки с последующим гистологическим исследованием.

Заключение (25.04.14 г.): хронический дуоденит, обильная лимфоцитарная инфильтрация слизистой. Регенераторная гипоплазия покровного эпителия.

Сложности диагностики и лечения данного заболевания состоят в следующем:

- неспецифичная клиническая картина заболевания у взрослых;
- отсутствие объективных методов верификации патологии тонкой кишки;
- неспецифичность патоморфологической картины дистальных отделов 12-перстной кишки.

Литература

1. Bai J.C., Fried M., Corazza G.R., et al. World Gastroenterology Organization. World Gastroenterology Organisation global guidelines on celiac disease. *J Clin Gastroenterol* 2013; 47: 121–126.
2. Freeman H.J. Malignancy in adult celiac disease. *World J Gastroenterol* 2009; 15(13): 1581-1583.
3. Freeman H.J. Neoplastic disorders in 100 patients with adult celiac disease. *Can J Gastroenterol* 1996; 10: 163-166.
4. Jackson J.R., Eaton W.W., Cascella N.G., et al. Neurologic and psychiatric manifestations of celiac disease and gluten sensitivity. *Psychiatr Q* 2012; 83: 91–102.
5. Krishnareddy S., Lewis S.K., Green P.H. Dermatitis herpetiformis: clinical presentations are independent of manifestations of celiac disease. *Am J Clin Dermatol* 2014; 15(1): 51-56.
6. Mustalahti K.C., Catassi C., Reunanen C., et al. The prevalence of celiac disease in Europe: results of a centralized, international mass screening project. *Ann Med* 2010; 42: 587–595.
7. Pelkowski T.D., Viera A.J. Celiac disease: diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2014; 89(2): 99-105.
8. Rashid M., Zarkadas M., Anca A., Limeback H. Oral manifestations of celiac disease: a clinical guide for dentists. *J Can Dent Assoc* 2011; 77: b39.
9. Rubio-Tapia A., Ludvigsson J.F., Branger T.L., et al. The Prevalence of Celiac Disease in the United States. *Gastroenterology* 2012; 142: S181-S182.
10. Козлова И.В., Сафонова М.В., Мясина Ю.Н. и др. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения: учебное пособие. Саратов: Изд-во СГМУ, 2010; 195 с.