



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Н.А. ДАНИЛОВА, Р.А. АБДУЛХАКОВ, А.Х. ОДИНЦОВА, Н.А. ЧЕРЕМИНА, С.Г. ГЛЕБАШЕВА

Казанский государственный медицинский университет

Республиканская клиническая больница МЗ РТ

УДК 616.31-07:616.34-002

Клинический случай поздней диагностики целиакии

Абдулхаков Рустем Аббасович

доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. (843) 261-51-99, e-mail: rustemabdul@mail.ru

В статье представлены результаты клинического наблюдения случая несвоевременной диагностики целиакии и позднего назначения аглютеновой диеты. Своевременное назначение лечения позволяет добиться регрессии клинических проявлений энтеропатии и приводит к восстановлению нормальной структуры слизистой оболочки тонкой кишки, предотвращает развитие тяжелых осложнений.

Ключевые слова: целиакия, диагностика, лечение.

N.A. DANILOVA, R.A. ABDULHAKOV, A.CH. ODINTSOVA, N.A. CHEREMINA, S.G. GLEBASHEVA

Kazan State Medical University

Republican clinical hospital at the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan

A clinical case of late diagnosis of celiac disease

The paper presents the results of clinical observation of delayed diagnosis of celiac disease case and the late appointment of a gluten-free diet. Timely treatment allows for the appointment of the regression of clinical manifestations of celiac disease and leads to the restoration of the normal structure of the mucous membrane of the small intestine and prevents the development of serious complications.

Keywords: celiac disease, diagnosis and treatment.

Целиакия — энтеропатия, поражающая тонкую кишку у генетически предрасположенных детей и взрослых, проявляющаяся при употреблении пищи, содержащей глютен [1]. Диагностическим критерием целиакии является атрофия слизистой оболочки тонкой кишки, при которой укорочены ворсинки и значительно удлинены крипты, происходит замещение поврежденных зрелых энтероцитов малодифференцированными. Принципиальной особенностью гиперрегенераторной атрофии при глютенной энтеропатии является способность к восстановлению структуры после исключения глютена из пищевого рациона. Длительное лечение аглютеновой диетой приводит к восстановлению нормального строения слизистой оболочки, улучшению всасывания и выздоровлению большинства больных. У остальных ворсинки остаются частично атрофированными, но эпителий становится высокодифференцированным, симптомы мальабсорбции становятся менее выраженными.

Распространенность целиакии в большинстве районов мира среди здорового населения варьирует с частотой 1:100 — 1:200 [2]. Отношение диагностируемых случаев целиакии к недиагностированным в Европе составляет 1:5 — 1:13.

Больная N, 27 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение РКБ 08.11.2011 по направлению из ЦРБ с жалобами на боли в левой подвздошной и околопупочной областях, не связанные с приемом пищи и физической нагрузкой, усиливающиеся при акте дефекации, на диарею от двух до шести раз в сутки (стул водянистого или кашицеобразного характера без патологических примесей, объемом 1000 мл). Беспокоило вздутие живота через 5-10 минут после еды, периодическая рвота, возникающая сразу после приема пищи (максимум до трех раз в день), которая приносила облегчение, снижение массы тела (похудела на 10 кг за 3 месяца), на плохой аппетит, слабость, ломкость ногтей, выпадение волос.

Пациентка считает себя больной с 2008 года, когда впервые через 2 месяца после родов появился жидкий стул до 3 раз в сутки, продолжительностью около 2 недель, который купировался самостоятельно (к врачу не обращалась). В августе 2011 года вновь появился жидкий стул до двух раз в день, присоединилась боль внизу живота, ноющего характера, вздутие живота, чувство тошноты при запахе еды, рвота съеденной

пищей, которая приносила облегчение. Больная принимала лоперамид, но эффекта не было. 17 августа обратилась к участковому терапевту, который поставил диагноз: хронический панкреатит, дисбактериоз кишечника. Врачом было назначено лечение: панкреатин, дротаверин, омепразол. На фоне лечения прекратилась рвота, боль внизу живота, диарея. Через три дня снова обратилась к терапевту с жалобами на жидкий стул, тошноту, отеки на голенях по утрам, вздутие живота. В конце августа больная была госпитализирована в ЦРБ города Нижнекамска. После обследования был выставлен диагноз: хронический колит с синдромом диареи. Анализ крови: Hb — 102 г/л, эритроциты — $4,43 \times 10^{12}$, ЦП — 0,69, общий белок — 52 г/л, альбумины — 52%. Данные ирригографии: заполняются все отделы толстого кишечника, контраст проникает в тонкий кишечник. Гаустрация снижена, стенки эластичны. Стойких сужений, дефектов не выявлено. Данные фиброколоноскопии: толстая кишка осмотрена тотально, терминальный отдел подвздошной кишки на 15 см без воспалительных изменений. Было назначено лечение: фуросемид, пентоксифиллин, железа сульфат с аскорбиновой кислотой. После проведенного лечения больная была выписана с улучшением. В конце сентября вновь появилась диарея до четырех раз в сутки, тошнота, вздутие и сильные боли внизу живота. Терапия положительного результата не принесла. В середине октября повторно была госпитализирована в ЦРБ с жалобами на диарею, где впервые была заподозрена целиакия. Для уточнения диагноза была направлена в РКБ.

Объективно при поступлении в РКБ: общее состояние удовлетворительное, рост — 158 см, вес — 38 кг, ИМТ — 15,22. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски, отмечается ломкость ногтей. Легкие и сердце без патологических изменений. Живот значительно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Результаты обследования

В клиническом анализе крови гипохромная анемия (гемоглобин 100 г/л, эритроциты $4,43 \times 10^{12}$, ЦП — 0,67). При биохимическом исследовании крови выявлена гипоальбуминемия (общий белок — 50 г/л, ПТИ — 44%). При копроскопии — стеаторея (кристаллы жирных кислот+++), единичные капли жира в поле зрения). В иммунограмме ЦИК 304 ус.ед. При эзофагогастродуоденоскопии выявлено: луковица 12-п.к. не деформирована, слизистая крупнозернистая, залуковичный отдел свободно проходим, слизистая с нерезко выраженной мелкой исчерченностью на складках, что характерно для целиакии.

Гистология слизистой оболочки кишки из залуковичного отдела 12-перстной кишки: кусочки слизистой тонкой кишки с выраженной лимфоидной инфильтрацией, истончение слизистой, субатрофия эпителия.

Тест на антиглиадиновые антитела положительный (антитела к тканевой трансглутаминазе IgA больше 200 Ме/мл, антитела к глиадину IgA — 115,4 Ме/мл, антитела к тканевой трансглутаминазе IgG обнаружены).

На основании данных ФГДС, результатов морфологического исследования, данных серологического исследования, железодефицитной анемии был установлен диагноз глютеновой энтеропатии. Было назначено: аглютеновая диета, панкреатин, аминоклазмал, сорбифер, витамины. Через неделю больная стала отмечать улучшение самочувствия, состояние нормализовалось: исчезли рвота, диарея, боль в животе. Больная была выписана домой в удовлетворительном состоянии с рекомендацией последующего наблюдения по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ-OMGE), февраль 2005 года.
2. Одинцова А.Х. Особенности течения глютеновой энтеропатии у взрослых. — Практическая медицина. — 2006. — № 4 (18). — С. 11-12.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ВЛИЯНИЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ *HELICOBACTER PYLORI* НА РАЗВИТИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

С целью определения роли эрадикационной терапии *H. pylori* в снижении риска развития рака желудка ученые из Болонского университета (Италия) выполнили мета-анализ имеющихся публикаций по данной проблеме. Поиск исследований проводился в базах данных Национальной медицинской библиотеки США MEDLINE, EMBASE, Кокрановской библиотеки, поисковой системы Google Scholar, а также в online-версии регистра клинических исследований вплоть до 31 января 2009 г. без языковых ограничений. В ходе поиска двумя независимыми экспертами отбирались и оценивались рандомизированные контролируемые исследования, в которых проводилось сравнение эрадикационной терапии у *H. pylori*-положительных пациентов, и в которых оценивалось возникновение рака желудка или прогрессирование предраковых очагов в ходе периода последующего наблюдения.

Все исследования были выполнены в регионах с высокой частотой встречаемости рака желудка (в большинстве случаев в Азии).

Как оказалось, рак желудка развился у 37 из 3388 пациентов (1,1%), получавших эрадикационное лечение *H. pylori* в сравнении с 56 из 3397 нелеченных пациентов (1,7%), составивших группу контроля. При проведении объединенного анализа 6 клинических исследований с общим числом участников 6695, находившихся под наблюдением в течение 4-10 лет, оказалось, что относительный риск развития рака желудка составил 0,65 (95% доверительный интервал 0,43-0,98). Ограничениями данного обзора является то, что все исследования (за исключением одного) были проведены в Азии, только в 2 оценивалась частота развития рака желудка и только два исследования были двойными слепыми.

Источник <http://www.antibiotic.ru>