

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

Юрий Павлович Успенский^{1, 2}, Ольга Александровна Башкина³, Лина Дмитриевна Сорокина¹, Кямаля Низамитдиновна Наджафова¹, Наида Адалат кызы Иманвердиева³

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

³ Астраханский государственный медицинский университет. 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

E-mail: li_nadmtrvn@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: целиакия; глютенная энтеропатия; аглютенная диета; антитела к трансглутаминазе.

Введение. На сегодняшний день в повседневной практике клинициста чаще встречается разнообразная атипичная клиническая картина целиакии, в то время как классические проявления данного заболевания обнаруживаются у небольшого числа пациентов. Вследствие недостаточной информированности практикующих врачей о глютенной энтеропатии даже при типичном течении диагноз устанавливается поздно.

Клинический случай. Пациентка, 18 лет, обратилась к гастроэнтерологу для дообследования с диагнозом: «Низкорослость. Хронический гастрит. Хронический дуоденит с атрофией. Железодефицитная анемия».

Жалобы: на постоянные тупые боли в области мезогастрия, запоры, низкий рост, избыточную массу тела, повышенную утомляемость, слабость.

Анамнез: в возрасте полугодия перенесла респираторную инфекцию, после появились частая беспричинная рвота, запоры; с 6 лет — анемия средней степени тяжести; с 8 лет — низкорослость; с 10 лет — избыточная масса тела; с 11 лет — запоры. Обследовалась эндокринологом, диагноз установлен не был. Ранее выполнялась фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) без биопсии, выявлены атрофические изменения в слизистой оболочке желудка, двенадцатиперстной кишке. Серологическое обследование: антиглиадиновые антитела в норме.

Объективно: рост — 134,0 см, вес — 47,0 кг, индекс массы тела — 26,1 кг/м², болезненность при пальпации в околопупочной области, щитовидная железа увеличена в размерах.

Лабораторное исследование крови: эритроциты — $2,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин — 91 г/л, анизоцитоз; холестерин — 6,3 ммоль/л, тиреотропный гормон — 10,52 мЕд/л, свободный тироксин — 6,9 пмоль/л, антитела к тиреопероксидазе — 90 Ед/мл, дефицит соматотропного гормона исключен. Антитела к трансглутаминазе — положительные; в копрограмме — мыла +.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости: гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей; щитовидная железа по УЗИ увеличена, гипоехогенной структуры. Денситометрия пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов: пониженная плотность костной ткани, умеренный риск переломов.

ФГДС: атрофические изменения желудка и двенадцатиперстной кишки, слизистая оболочка анемизирована. Гистология биоптатов: хронический атрофический дуоденит с межэпителиальными лимфоцитами. Морфологическая картина соответствует III стадии целиакии по М. Marsh.

Сформулирован диагноз: «Целиакия, типичная форма, обстипационный вариант. Дисфункция сфинктера Одди. Синдром нарушенного всасывания. Остеопороз. Железодефицитная анемия. Аутоиммунный тиреоидит, субклинический гипотиреоз».

Пациентке были назначены: строгая аглютенная диета; препараты кальция, железа, поликомпонентный пробиотик. На фоне терапии самочувствие пациентки улучшилось, исчезли проявления болевого абдоминального и астенического синдрома, нормализовался стул.

Заключение. Нелеченная целиакия вызывает многочисленные серьезные медицинские осложнения, негативно влияет на психосоциальное благополучие и качество жизни. Позднее установление диагноза данной больной обусловлено тем, что при ФГДС не был выполнен забор биопсийного материала из тонкой кишки. Для серологической диагностики больше подходит метод с высокой специфичностью и чувствительностью — определение антител к трансглутаминазе.