

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

© Сорокина Л.Д.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской терапии им. профессора В.А. Вальдмана Успенский Ю.П.

Кафедра факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Контактная информация:** Сорокина Лина Дмитриевна — студентка 4 курса Педиатрического факультета.

E-mail: li\_nadmtrvn@mail.ru.

**Ключевые слова:** целиакия, глютенная энтеропатия.

**Актуальность исследования:** недостаточная осведомленность о целиакии врачей различных специальностей.

**Цель исследования:** продемонстрировать трудности постановки диагноза целиакии и возможные ошибки в ведении таких пациентов.

**Материалы и методы:** 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 полугода 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 ФГДС без биопсии, выявлены атрофические изменения в слизистой оболочке желудка, двенадцатиперстной кишке. Серологическое обследование: антиглютеиновые антитела в норме.

**Результаты:** объективно: рост — 134,0 см, вес — 47,0 кг, ИМТ — 26,1 кг/м, 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 трансаминазам — положительные; в копрограмме — мыла+. 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 анемизирована. Гистология биоптатов: хронический атрофический дуоденит с межэпителиальными лимфоцитами. Морфологическая картина соответствует 3 стадии целиакии по М. Marsh. Формулировка диагноза: «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.

**Выводы:** позднее установление диагноза 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 трансаминазам.

### Литература

1. Клинические рекомендации. Целиакия.2020. 58 с.