

УДК: 616.34-008.314.4

Целиакия - клинический случай

И.А. Иськова

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: целиакия, аглутеновая диета

Целиакия (глутеновая энтеропатия) долгое время считалась редким заболеванием, манифестирующем в детском возрасте, и имеющим определенную связь с употреблением в пищу глютена - белка злаковых. Теперь известно, что целиакия гораздо чаще проявляется в более зрелом возрасте, имеет много клинических форм и не всегда четко устанавливается связь между употреблением в пищу глютена и манифестацией симптомов заболевания [1-3]. Спектр клинических проявлений целиакии многообразен и в настоящее время преобладают внекишечные формы данного заболевания. Кишечные симптомы при глутеновой энтеропатии зависят от патологических изменений слизистой оболочки тонкой кишки и могут варьировать от тяжелых нарушений всасывания с истощением и гипопро-теинемическими отеками до скрытых форм. В таких случаях заболевание манифестирует внекишечными симптомами, наиболее распространенными из которых являются железодефицитная анемия, сахарный диабет I типа, артралгии, бесплодие, задержка полового развития, герпетический дерматит и др. [5-8]

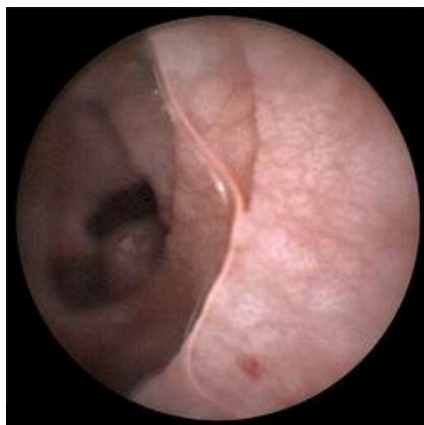


Рис. 1: Видеокапсульная эндоскопия. Больная К.

Вашему вниманию представляется клинический случай заболевания больной К., 47 лет, длительно наблюдавшейся у гематолога по поводу железодефицитной анемии (ЖДА). При обследовании больных с ЖДА проводят эндоскопическое исследование желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки для исключения опухолевого процесса или источника кровотечения. Гистологическое исследование тонкой кишки в таких случаях, к сожалению практически никогда не проводится.

Больная К., 47 лет, впервые обратилась 05. 10. 2007 г с жалобами на жидкий стул (от водянистого до кашицеобразного) до 6 - 7 раз в сутки, боли в околопупочной области, урчание в животе, метеоризм. В детстве периодически беспокоили послабления стула. По достижении подросткового возраста поносы прекратились и до 2006 г пациентка чувствовала себя удовлетворительно. С 25 летнего возраста больная Т., наблюдалась у гематолога по поводу железодефицитной анемии, принимала препараты железа с временным положительным эффектом.

Ухудшение наступило в марте 2006 г., когда появился частый жидкий стул до 3 - 4 раз в сутки, метеоризм и боли в околопупочной области. Больная была госпитализирована по месту жительства с диагнозом: «Синдром раздраженного кишечника с преобладанием болей и метеоризма». В стационаре прошла обследование: ОАК - гемоглобин - 94 г/л, эр. - 3,7x10¹²/л, лейкоциты - 7,5x10⁹/л (п - 2%, сег. - 68%, эоз. - 0%, лимф. - 22%, мон. - 8%), СОЭ - 3,5x10¹²/л, ЦП - 0,8, тромбоциты - 220 - 10 мм/ч. Сывороточное железо - 7,2 мкг/л, лейкоциты 4,7x10⁹/л, СОЭ - 15 мм/ч. Отмечались анизоцитоз, пойкилоцитоз и гипохромия эритроцитов. Общий белок, глюкоза, билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза и другие биохимические показатели находились в пределах нормы. ФГС от 12.03.2006 г.- Хронический гастрит, умеренный бульбит. Взят биоптат на Н. pylori. Н. Pylori - положит. Фиброколоноскопия от 14.03.2006 г. - Дискине-

зия по гипертоническому типу, хронический умеренный сигмоидит. Биопсия от 16.03.2006 г.:

1. Участок слизистой кишечника с воспалительной инфильтрацией в строме.

2. Хронический гастрит с умеренно выраженной воспалительной инфильтрацией в строме.

Было назначено лечение: мосид, мезим-форте, седасен. Состояние больной немного улучшилось: стул стал 1-2 раза в сутки, гемоглобин повысился до 110 г/л, эритроциты до 3,8x10¹²/л, ц.п. - 0,9. Больная была выписана из стационара с диагнозом: Синдром раздраженного кишечника с преобладанием болей и метеоризма. Хронический геликобактерный гастрит. Железодефицитная анемия.

При обращении 05. 10. 2007 г состояние больной средней степени тяжести. Рост - 165 см, вес - 49 кг, ИМТ = 18 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС - 78 уд в мин. АД - 130/60 мм.рт.ст. Язык влажный обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Отмечалось урчание в мезогастррии. Селезенка и печень не увеличены.

При лабораторном обследовании: ОАК: гемоглобин - 96 г/л. Эр. - 3,7x10¹²/л, лейкоциты - 7,5x10⁹/л (п - 2%, сег. - 68%, эоз. - 0%, лимф. - 22%, мон. - 8%), СОЭ - 10 мм/ч. Сывороточное железо - 7,2 мкмоль/л. Сахар крови - 5,0 ммоль/л. Анти-тела к тканевой трансглутаминазе: Ig A - 56 ед/мл, Ig G - 64 ед/мл. Билирубин общ.- 13,8, прям.-3,8, непр.- 10 мкмоль/л. АЛТ - 0,14, АСТ - 0,28, ЩФ - 809 ммоль/л. Амилаза 21,4 г х ч/л. Фекальная эластаза - 150 мкг/г. Общ. Белок - 84 г/л, альбумины - 63%, глобулины А-13%, В-10%,Г-14%. Калий - 4,7 ммоль/л, натрий - 142 ммоль/л.

Динамика клинко-лабораторных показателей

	Ab tTg IgA/Ig G	Эр.х10 ¹²	Нв	Л.х10 ⁹	СОЭ мм/ч	ФЭ Мкг/г	Поносы
1 поступление (Март 2006)	Не опред.	3,5	94 г/л	4,7	15	Не опред.	3-4р/сут
2 поступление (октябрь 2007) При выписке	56Ед/мл/ 64 Ед/мл	3,7 4,2	96 г/л 115г/л	7,5 7,6	10 10	150 -	6-7 р/сут Отсутствуют
Контроль через 7 мес. (май 2008г)	12Ед/мл/ 14Ед/мл	4,5	118г/л	7,8	8	170	Отсутствуют

ФЭГДС (08.10.2007) – Хронический гастрит, бульбит. Биоптат на целиакию из 12-перстной кишки

Биопсия. Ворсинки широкие, часть укорочена, энтероциты не утолщены. Крипты глубокие. Собственная пластинка диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками и эозинофилами. Заключение: выраженный дуоденит с субтотальной атрофией.

Видеокапсульная эндоскопия (10.10.2007). Дуоденум – без особенностей. В тощей и подвздошной кишке слизистая незначительно гиперемирована, ворсинчатый рельеф умеренно сглажен, высота ворсинок местами меньше либо больше нормы, они менее густые, наблюдаются участки сильно сглаженных ворсинок. Заключение: Целиакия?

На основании данных морфологического исследования и повышения концентрации антител к тканевой трансглутаминазе, данных видеокапсульной эндоскопии установлен диагноз глютеновая чувствительная целиакия, железодефицитная анемия.

Назначено лечение: строгая пожизненная аглютеновая диета, креон, сорбифер, бифидформ.

Состояние больной улучшилось, на мо-

мент выписки прекратились поносы, гемоглобин повысился до 115 г/л, эритроциты – 4,2х10¹²л.

После выписки из стационара больная К. строго соблюдала аглютеновую диету.

При контрольном исследовании через 7 месяцев состояние больной удовлетворительное, поносы отсутствуют, набрала в весе 6 кг. Антитела к тканевой трансглутаминазе в низком титре (Ig A – 12 Ед/мл, IgG – 14 Ед/мл), ОАК (06.05.2008) – Эр – 4,5 х 10¹², Нв -118 г/л, Л – 7,8 х 10⁹, ФЭ – 170мкг/г, при гистологическом исследовании: большинство ворсинок высокие, собственная пластинка умеренно диффузно инфильтрирована лимфоцитами и эозинофилами. Заключение: умеренно выраженный дуоденит без атрофии.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует целиакию, длительно протекавшую скрыто и манифестировавшую с развитием клинических симптомов в зрелом возрасте. Единственным проявлением целиакии у данной больной с 25 лет была железодефицитная анемия. Железодефицитная анемия может быть единственным клиническим признаком целиакии и ее отличительной особенностью является резистентность к лечению препаратами железа. Что обусловлено

плохим всасыванием железа в проксимальных отделах тонкого кишечника, которые в основном подвержены повреждающему действию глютена. Поэтому в каждом неустановленном случае анемии или при рефрактерной к лечению анемии необходимо исключать целиакию.

Литература

1. Передерий В.Г., Ткач С.М., Перекрестова Е.А. Доля больных с целиакией среди пациентов с предположительным СПК
2. Руководство по синдрому раздраженного кишечника // *Therapia* – 2006 - №4 – С.14-16
3. Celiac disease. WHO- OMGE: Practice guidelines // *World Gastroenterology News, Vol.10, Issue 2, 2005, Suppl.1-8- P.1-8*
4. Craig D., Robins G., Howdle P. *Advanced in Celiac Disease* // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2007 (23 (2)) – P.142-148
5. Spiegel BM, DeRosa VP, Gralnek IM et al. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis // *Gastroenterology*.- 2004. – 126(7) – P.1721-1732
6. Wabschaffe UR, Riecken EO, Schulzke JD Celiac disease-like abnormalities in a subgroup of patients with irritable bowel syndrome // *Gastroenterology*. – 2001, 121 – P.1329-1338
7. William L., Hasler M Celiac sprue as a possible cause of symptoms in pd irritable bowel syndrome. // *Gastroenterology* – 2001, 122- P. 2086-2087
8. O'Leary C, Wieneke P, Buckley S et al. Celiac disease and irritable bowel-type symptoms // *Am J Gastroenterol.*- 2002 – 97(6).- P.1463-1467

Целиакия - клінічний випадок

I.A. Іськова.

Ключові слова: целиакия, аглютенова дієта

У статті наведено клінічний випадок захворювання целиакією хворої К., який протікає приховано і манифестує у зрілому віці.

Celiac disease, a case report

I. A. Iskova

Keywords: celiac disease, gluten free diet

In the article the clinical case of celiac disease to the patient K., flowing it is hidden and demonstrating in mature age.

Умови публікації в «Кримському терапевтичному журналі»

Вельмишановні автори!

Редакція Кримського терапевтичного журналу просить Вас неухильно дотримуватися приведених нижче вимог до статей, що направляються в наш журнал. Це дозволить випускати журнал в строк і з високою якістю.

Статті публікуються на російській, українській і англійській мовах. Оригінальні статті, що містять результати експериментальних і клінічних досліджень авторів, повинні бути написані українською мовою.

Стаття повинна супроводжуватися офіційним напрямом установи, в якій проведена дана робота, рецензією, візую наукового керівника (на першій сторінці), звіренним круглою печаткою (на першій сторінці) та рецензією.

Авторський оригінал статті складається з двох екземплярів: одного — на папері, іншого — в електронній формі. Текст набирається у форматі MS Word (*.doc), RTF або OpenOffice (*.odt) без ручних перенесень, шрифтом Times New Roman. Розмір шрифту — 12 пт, через 2 інтервали з полями зліва 2,5 см, справа 2 см, вгорі і внизу по 2 см.

Об'єм тексту публікованих матеріалів не повинен перевищувати: оригінальні дослідження — 6 с. огляд чи лекція — 12 с., коротка інформація або випадок з практики — 3 с. Надмірний текст буде скорочено.

В електронній формі стаття повинна бути представлена на CD, DVD або окремій дискеті 3,5". Для надійності рекомендується зберігати на носії дві копії файлу однієї статті.

В початку першої сторінки указується УДК, повна назва статті, ініціали і прізвище авторів, установа, з якої вийшла робота, місто.

Ключові слова обов'язкові.

До статей додаються короткі резюме на англійській, українській і російській мовах (повна назва статті, ініціали і прізвища авторів до резюме на кожній мові і текст не більше 1 /3 сторінки). Резюме повинне доповнювати мову оригіналу. Наприклад, для статті російською мовою, резюме повинне бути на українській і англійській мовах.

Оригінальні статті повинні мати наступні розділи: «Мета роботи», «Матеріал і методи» «Результати і обговорення» «Висновки».

На першій сторінці указуються дані в наступному порядку: УДК, назва статті, прізвища і ініціали авторів установа, де працюють автори, місто країна (для іноземців), ключові слова.

Фотографії, графіки і інші ілюстрації повинні бути тільки в чорно-білому варіанті або градаціях сірого кольору. Всі малюнки представляються тільки у форматі

TIFF, JPEG з якістю не менше 600 dpi, або CorelDraw!-12 чи SVG.

Графіки і діаграми подаються у форматі MS Excel (*.xls) або OpenOffice (*.ods) і розміщуються безпосередньо в тексті.

В тексті оригінальної статті може бути не більше 2 таблиць або ілюстрацій, що відображають найбільш важливі дані.

В лекційній або оглядовій статті об'єм таблиць і ілюстрацій сумарно не може перевищувати 10% об'єму тексту. Надмірні малюнки і таблиці будуть видалені.

Таблиці повинні містити необхідні дані. Текст таблиці набирається шрифтом Arial 10 пт. Кожна таблиця повинна мати номер. Таблиці розташовуються прямо в тексті. Таблиці, виконані за допомогою табуляторів, розглядатися не будуть.

Математичні формули подаються тільки у вигляді малюнків. TIFF, JPEG, з якістю не менше 600 dpi, або OpenOffice (*.odf) чи SVG. Формули, виконані у вигляді тексту, будуть видалені.

Посилання на літературу в тексті даються під номерами в квадратних дужках. Список літератури оригінальних робіт не повинен перевищувати 15 джерел, лекцій, оглядових статей — 40 джерел, що розташовуються за абеткою відповідно до сучасних вимог до цитування. У списку літератури джерела приводяться спочатку на російській і українській мовах, після — іноземні в оригінальній транскрипції. Якщо у джерела, що приводиться, 4 і більш за авторів, указують 3 перших автора і потім пишеться «і др.».

Роздруковка статті підписується автором, наводяться дані про автора (авторах), номер контактного телефону та адреса e-mail.

В статтях слід використовувати систему СІ і міжнародні назви фармакологічних препаратів. Торгові назви препаратів приводяться в розділі «Матеріал і методи».

Редакція залишає за собою право скорочення і виправлення присланих статей, а також їх публікації у вигляді коротких повідомлень і анотацій.

Направлення у редакцію робіт, надрукованих в інших виданнях або відісланих в інші редакції не допускається. Автори несуть відповідальність за науковий і літературний зміст поданого матеріалу, цитат, посилань.

Рукописи, дискети, малюнки, фотографії і інші матеріали, прислані в редакцію, не повертаються.

Матеріали, не відповідні вказаним вимогам публікацій, в журналі, не розглядаються і не повертаються.

Редакція КТЖ