

УДК 616.34-002:616-07-08	UDC 616.34-002:616-07-08
<b>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ У ВЗРОСЛЫХ</b>	<b>PECULIARITIES OF CLINIC FINDINGS AND DIAGNOSTICS OF CELIAC DISEASE IN ADULTS</b>
Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н., профессор <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия</i>	Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD, professor <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»; SBEA HPE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia</i>
Гольфанд Ирина Сергеевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Golfand Irina Serheevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Абовян Мариам Геворговна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	Abovyan Mariam Hevorgovna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
В статье на примере разбора клинического случая продемонстрированы особенности вариантов течения целиакии у взрослых, а также сложности диагностики при атипичной форме заболевания.	The article presents the clinic case of celiac disease in adult patients, the peculiarities of the disease and diagnostic complications in atypical form of the disease.
Ключевые слова: ЦЕЛИАКИЯ, АТИПИЧНАЯ ФОРМА ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ	Key words: CELIAC DISEASE, ATYPICAL FORM OF CLINIC COURSE, DIAGNOSTICS OF CELIAC DISEASE

## **Особенности клинических проявлений и диагностики целиакии у взрослых**

На сегодняшний день, несмотря на высокие достижения в диагностике целиакии, остается актуальным вопрос поздней диагностики этого заболевания, связанной с высокой частотой встречаемости скрытых форм целиакии, ложноотрицательными и ложноположительными результатами исследования. Это обусловлено тем, что довольно часто диагноз целиакии устанавливается на поздних стадиях заболевания при наличии таких осложнений, как остеопороз, бесплодие, онкологические заболевания органов пищеварительной системы и др.

У большинства пациентов время от начала заболевания до постановки диагноза может варьировать от нескольких месяцев до десятки лет, что подтверждает позднюю манифестацию заболевания. Поэтому у таких пациентов диагноз целиакии устанавливается, например, не в детском возрасте, а уже во взрослой жизни [2]. Немаловажным является то, что пациенты до обращения к гастроэнтерологу нередко длительное время наблюдаются у гематологов по поводу анемии и гинекологов с нарушением репродуктивной функции организма. Наглядным примером такого течения заболевания является клинический случай, описанный ниже.

Пациентка, 30 лет.

С февраля 2017 г. пациентку стали беспокоить послабление стула, сильная слабость и головокружения. Она была обследована по месту жительства, где после постановки диагноза «Анемия смешанного генеза (В12-дефицитная + железодефицитная) и проведения гемотрансфузии была выписана в удовлетворительном состоянии. Однако через две недели ее состояние снова ухудшилось, и пациентка была госпитализирована с подозрением на опухоль в брюшной полости в хирургическое отделение № 3 ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2».

Во время госпитализации пациентке были выполнены следующие исследования:

– УЗИ органов брюшной полости (признаки расширенных петель тонкой кишки и ободочной кишки без видимых препятствий для пассажа содержимого, множественной лимфаденопатии в брыжейке тонкой кишки, неоднородного содержимого в полости желчного пузыря); фиброколоноскопия (ФКС) под наркозом (катаральный колит), рентгенография ЖКТ с пассажем (деформация луковицы ДПК, признаки хронического энтерита, пассаж контраста по тонкому кишечнику замедлен, по толстому кишечнику сохранен), ФГДС под наркозом (язва лДПК, эрозивный бульбодуоденит), из постбульбарных отделов ДПК была взята биопсия. Для проведения дифференциальной диагностики между туберкулезом брюшной полости, ВИЧ, болезнью Крона, целиакией пациентка была консультирована гастроэнтерологом. В результате выставлен диагноз «Язвенная болезнь ДПК (язва лДПК, эрозивный бульбит)», впервые выявленная в фазе обострения.

Энтеропатия неуточненного генеза (целиакия? болезнь Крона?), проводилась симптоматическая терапия. После получения результатов ПГИ (лимфоцитарная инфильтрация, атрофия ворсин, морфологическая картина не противоречит диагнозу целиакия) руководителем гастроэнтерологического центра Н. В. Корочанской и заведующим отделением ГЭТО ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» С. В. Червяковым пациентке был выставлен диагноз – «Целиакия тяжелое течение. Вторичная гипопротеинемия». Пациентке были рекомендованы аглютеновая диета, преднизолон – 40 мг/сут с постепенным снижением дозы + ИПП, коррекция гипопротеинемии по м/ж, сдать амбулаторно анализ крови на глютеносвязывающую способность. Пациентке в условиях аглютеновой диеты и преднизолона было проведено лечение препаратами альбумин и Феррум Лек. На фоне лечения

отметила улучшение самочувствия, анализ крови на глютеную энтеропатию положительный.

В сентябре 2017 г. пациентка была повторно госпитализирована в ГЭТО ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» в плановом порядке для обследования и определения дальнейшей тактики ведения.

По данным УЗИ органической патологии выявлено не было.

Общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, гемостаз – без особенностей.

Во время госпитализации пациентке было проведено следующее лечение – аглютеновая диета, инфузионная терапия, антисекреторные и ферментные препараты.

Пациентка была выписана из отделения, самочувствие удовлетворительное, она получила следующие рекомендации:

Дробное питание, аглютеновая диета. Продолжить прием преднизолона – 1 т в сутки + Пантопразол (нольпаза, контролок) – 20 мг – один раз в день утром за 20 мин до еды в течение 4–6 месяцев, курсовой прием препаратов кальция.

Повторный анализ крови на глютеную энтеропатию через 4 месяца (антитела к глиадину IgA, антитела к глиадину IgG, антитела к тканевой трансглутаминазе IgG, антитела к эндомизию IgA).

Повторная госпитализация пациентки в ГЭТО ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» была назначена через 4 месяца для обследования и определения дальнейшей тактики ведения.

## **Заключение**

1. В настоящее время диагноз целиакии все чаще устанавливается среди взрослого населения, что связано с распространением атипичной формы проявления и длительным латентным течением заболевания.

2. Истинная распространенность целиакии остается неизвестной в связи с частотой встречаемостью скрытых форм этого заболевания. В настоящее время распространенность целиакии во взрослой популяции большинства стран мира составляет приблизительно 0,5–1,0 %. Предполагаемая частота заболевания в России может составлять 1:100–1:250. Скрытая форма целиакии выявляется у 1 % населения (А. И. Парфенов, 2009). Так, на один случай симптомной целиакии приходится 6 случаев скрытого течения заболевания [1].

3. Манифест заболевания может быть в любом возрасте. Различают типичную целиакию, проявляющуюся симптомами мальабсорбции, и атипичную, когда в клинической картине преобладают внекишечные проявления, такие как анемия, бесплодие, остеопороз и другие. Вторая форма встречается чаще, чем первая. По характеру течения выделяют симптомную форму (с клиническими проявлениями) и бессимптомную, которая обнаруживается случайно при обследовании. Целиакия может иметь следующие периоды: латентный (от момента введения глютена до клинических проявлений), с появлением симптомов начинается активный период, исходом которого может быть неполная или полная ремиссия. В первом случае отмечается улучшение клинической симптоматики на фоне безглютеновой диеты, в то время как при полной ремиссии, кроме уменьшения выраженности симптомов, наблюдается отсутствие антител к глютену и улучшение морфологической картины слизистой кишечника. Если пациенты не соблюдают безглютеновую диету, то заболевание прогрессирует с развитием декомпенсации [3].

4. Для диагностики целиакии необходимо комплексное обследование, включающее серологическое, эндоскопическое с биопсией и генетическое исследования.

Серологическое исследование – анти-тТГ(к трансаминазе), анти-ДПГ (к дезаминированным пептидам глиаина), анти-ЕМА( к эндомизию).

Последний крайне редко используется, так как для выполнения исследования необходим биологический материал. Однако серологические маркеры не являются основанием для постановки диагноза, так как они могут встречаться при воспалительном заболевании кишечника (ВЗК), и нередко бывают ложноположительные или ложноотрицательные результаты. Так, например, в 22 % случаев встречается серонегативная целиакия, когда при наличии симптомов отсутствуют серологические маркеры. В таких случаях необходимо выполнение гистологического исследования тонкой кишки и генетического анализа HLA-DQ.

Эндоскопическое исследование – при выполнении ЭФГДС можно обнаружить такие макроскопические изменения, как исчезновение циркулярных складок, микронодулярные изменения слизистой, но это не всегда встречается. Поэтому для постановки диагноза необходимо гистологическое исследование биоптата, при котором выявляются атрофия ворсинок, увеличение количества межэпителиальных ворсинок и гипертрофия крипт. Именно по этим критериям различают три вида повреждения СОТК: инфильтративный (межэпителиальная инфильтрация), гиперпластический (межэпителиальная инфильтрация + гипертрофия крипт) и деструктивный (межэпителиальная инфильтрация + гипертрофия крипт + атрофия ворсинок). На фоне аглютеновой диеты эти изменения могут исчезнуть, и при гистологическом исследовании будет обнаруживаться нормальная картина слизистой, поэтому исследование следует проводить при употреблении в рационе глютена.

Генетическое исследование предусмотрено при наличии у пациентов HLA-DQ2/DQ8 .

DQ2 встречается в популяции до 40 %, DQ8 – до 20 %. Однако их сочетание повышает риск развития целиакии, и они бывают в 100 % случаев у больных с целиакией [1].

5. Основным методом лечения целиакии является соблюдение строгой аглютеновой диеты. При этом прогноз благоприятный, снижается риск развития онкологических заболеваний, однако риск развития аутоиммунных заболеваний остается высоким, поэтому эти пациенты подлежат пожизненному диспансерному наблюдению. Контрольное серологическое исследование в течение первого года проводится через 6 месяцев соблюдения аглютеновой диеты, в дальнейшем – один раз в год. ЭФГДС выполняется один раз в год при сохранении клиники. Повторная биопсия – через 2–5 лет от начала терапии.

#### Список литературы

1. *Парфенов А. И.* Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых (Принят на 42-й научной сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии / А. И. Парфенов, И. В. Маев, А. А. Баранов. – М., 2016.
2. Рекомендации по диагностике и лечению целиакии взрослых. Приняты XIV съездом НОГР (Санкт-Петербург, 11 марта 2014 года), утверждены в окончательной редакции XVI Международным Славяно-Балтийским научным форумом «Санкт-Петербург – Гастро-2014» (Санкт-Петербург, 19 мая 2014 года).
3. *Баранов А. А.* Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с целиакией от 2015 г.
4. *Вахмянина Н. В.* Лабораторная диагностика целиакии: принципы и алгоритм: дисс... д-ра мед наук / Н. В. Вахмянина. – СПб., 2016.