

Пациент с синдромом раздраженного кишечника, как группа риска развития целиакии. Клинический случай

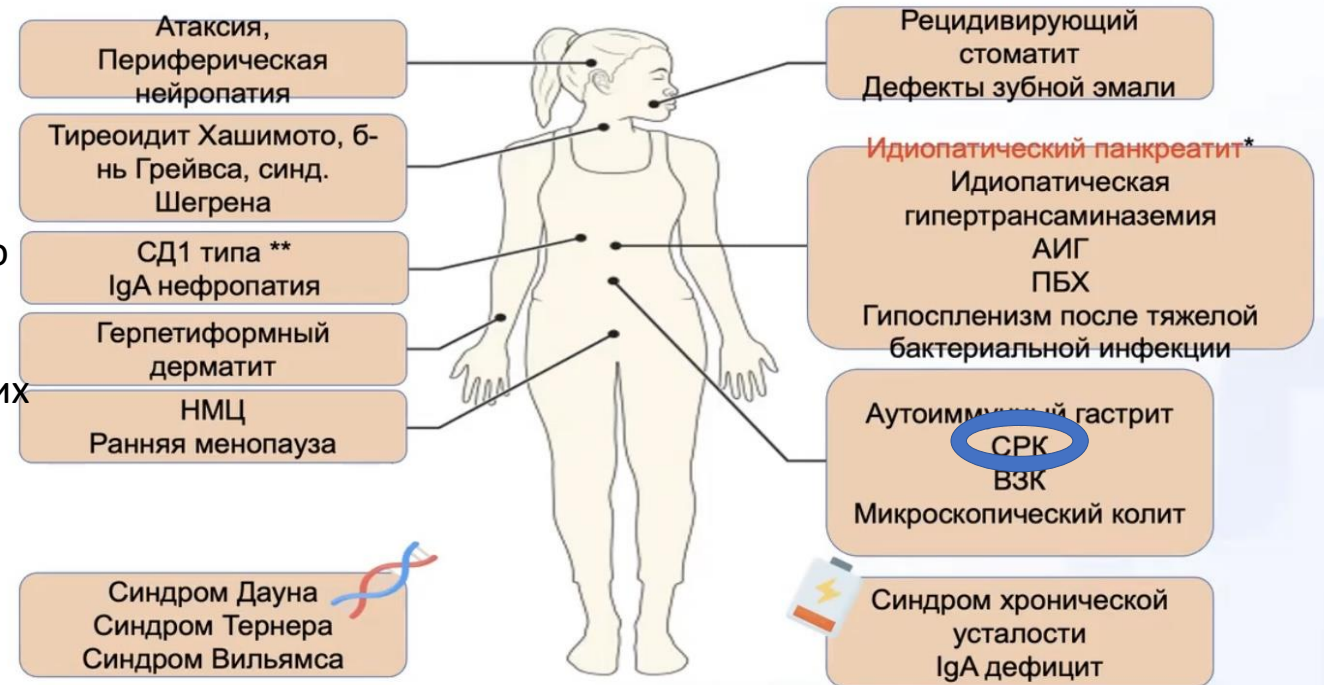


Лурье Гульназ Радиковна, ассистент кафедры Госпитальной терапии №2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, врач-гастроэнтеролог

Семенова Елена Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса

Целиакия – хроническое иммуноопосредованное заболевание мультифакториальной природы, облигатным фактором для развития которого является алиментарный контакт с глютенем

- Манифестация возможна в любом возрасте и характеризуется различными клиническими фенотипами от стертых до типичных кишечных форм с развитием синдрома мальабсорбции
- Среднее время до диагноза при симптомах со стороны желудочно-кишечного тракта – 2.3 мес
- Без ЖКТ-симптомов – 42 мес
- остается широко обсуждаемым вопрос о возможно нераспознанных случаях глютеневой энтеропатии, скрывающихся «**под маской**» диагноза СРК, если последний установлен только на основании Римских критериев и исключения «симптомов тревоги»



Пациентка А., 2001 г.р.,
25 лет
20.02.2026 - Первичный
амбулаторный прием



Жалобы на вздутие живота независимо от употребляемых продуктов и блюд, к вечеру усиление симптомов, боли в околопупочной области и по ходу кишечника, уменьшающиеся после дефекации, неоформленный нерегулярный стул до 5 раз в день по Бристольской шкале кала тип 6-7 (без примеси крови).

Жалобы беспокоят в течении **последнего года**, связывает со стрессом, погрешностями в питании. Отмечает, что впервые появились жалобы после смены работы – работает тренером (новый коллектив, другая обстановка), однако после ухода – симптомы сохранялись. Ведет активный образ жизни, уровень физической активности соответствует требованиям ВОЗ; Проходила обследования в течении года, обращалась к гастроэнтерологу и нутрициологу, по назначению принимала спазмолитики, ферменты, кишечные антибиотики, БАДы, витамины – без эффекта; Самостоятельно пробовала соблюдать гиполактозную и не строгую безглютеновую диету без последующего улучшения самочувствия

Анамнез заболевания



Анамнез жизни



Ранее выполненные обследования:
ОАК от 19.01.2025 г: лимфоциты – 4.3 на 10^9 л; эозинофилы – 9.1%; лейкоциты – 10.7 на 10^9 л;
БХ от 19.01.2025 г: без отклонений;
ФГДС от 10.03.2025 г: признаки поверхностного гастрита;
УЗИ ОБП от 10.03.2025 г: без органической патологии
Ig G к описторхам - отрицательно



В детстве часто болела, в первый год жизни по назначению педиатра принимала антибиотики. В последний год так же часто отмечала частые ОРВИ. Семейный анамнез не отягощен
Год назад выявлена железодефицитная анемия, консультирована гематологом (уровень Hb 96 г/л, ферритин – 10.7, железо – 1.7 мкмоль/л) – проведена парентеральная терапия препаратом железа с достижением целевого уровня гемоглобина, однако через 6 месяцев отмечала вновь снижение уровня гемоглобина и ферритина



На основании длительности симптомов и клинической картины проводился дифференциальный диагноз: Синдром избыточного бактериального роста? Синдром раздраженного кишечника с диареей? Целиакия?

Изображение
сгенерировано ИИ



Первичная диагностика

Водородно-метановый дыхательный тест с лактулозой (СИБР)

Положительный с преобладанием водород-продуцирующей флоры

Анализ кала на скрытую кровь

Отрицательный

Анализ кала на фекальный кальпротектин

635.8 мкг/г

Уровень антител к эндомизию Ig A (anti-EMA)

Менее 5 (норма <5)

Уровень антител к тканевой трансглутаминазе Ig A (anti-tTG)

0.00

Общий уровень Ig A

Менее 10 мг/дл

Второй этап диагностики

- **ФГДС с биопсией из луковицы** (2 биоптата) и постбульбарного пространства (5 биоптатов): поверхностный гастродуоденит.
Заключение: Катаральный дистальный эзофагит. **Заключение биопсии:** Целиакия IIb-IIIc стадия по Marsh. Соотношение ворсина/крип частично 1:1, очаговая полная атрофия, крипты удлинены, содержание межэпителиальных лимфоцитов более 50 на 100 эпителиоцитов.
- **Фиброколоноскопия** **Заключение:** Катаральный илеит, катаральный колит. **Заключение биопсии:** Морфологическая картина хронического умеренно выраженного неактивного колита
- **Антитела к тканевой трансглутаминазе IgG** - 3.34 (норма <1)
- **Антитела к деамидированным пептидам глина (Anti-DPG) Ig G** - >100.0 Ед/мл (норма <10)
- **Ig G** – общий - 2358 мг/дл (норма 700-1600)
- Анализ на витамины **B9, B12**

Дальнейшие рекомендации

Консультация иммунолога
Контроль соблюдения БГД - антитела к тканевой трансглутаминазе IgG и антитела к деаминированным пептидам IgG через 3 мес.
Контроль ФГДС с биопсией из залуковичного пространства через 1 год соблюдения БГД

Диагноз

Основное заболевание: Целиакия, симптомная форма, серопозитивная, активный период (дебют). Хронический атрофический дуоденит III b – III c March от 18.02.2025. Инициация безглютеновой диеты от 19.02.2025 г

Осложнение основного заболевания: Латентный дефицит железа

Сопутствующее заболевание: Селективный дефицит иммуноглобулина А (IgA).

Синдром избыточного бактериального роста (СИБР)



Лечение

Пожизненная безглютеновая диета (БГД)
Капс. Рифаксимин 400 мг 3 раза в день – 14 дней
Курсы витаминов группы В по 1 месяцу 2 раза в год
Прием витамина Д в профилактической дозе 2000 МЕ - длительно

Заключение

- Группу особого интереса для скрининга целиакии представляют пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК), что связано с повышенным уровнем распространенности заболевания в данной когорте пациентов (до 31.8%).
- Таким образом, дифференциальная диагностика данных патологий является неотъемлемой частью диагностического алгоритма, что иллюстрирует данный клинический случай

