



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И.И. Мечникова»



Х Международный научно-практический конгресс
«Мультидисциплинарный подход в гастроэнтерологии»
11–12 сентября 2026 год

Болезнь Уиппла или Синдром вечного голода

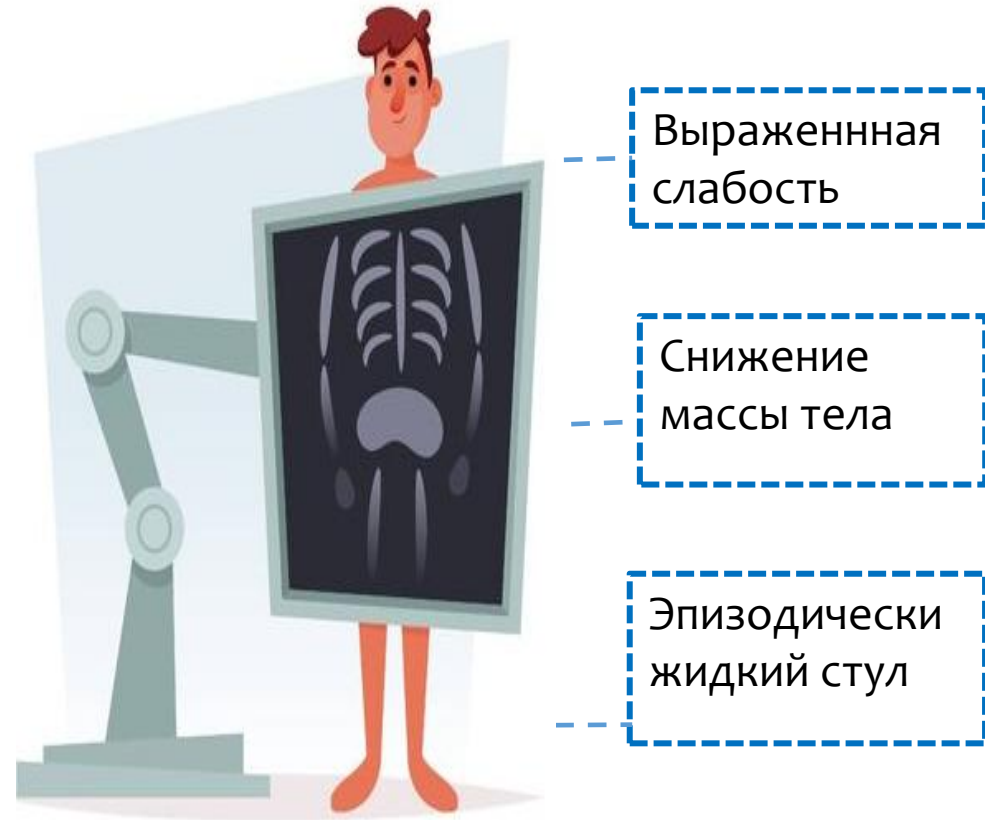
Кондратюк Ксения Михайловна, ординатор по специальности «гастроэнтерология» кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Белоусова Лия Николаевна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии им. С.М. Рысса СЗГМУ им. И.И.Мечникова

Егорова Татьяна Александровна, лечащий врач, гастроэнтерологическое отделение, Ленинградская областная клиническая больница.

Пациент Т., 53 год., июль 2026 год.

Жалобы при поступлении:



Anamnesis morbi:

С августа 2025 г. отмечает снижение массы тела на 12 кг в течение 4 мес., эпизодически жидкий стул, выраженная слабость. Лихорадку и ночную потливость отрицает.

Впервые обратился к врачу в ноябре 2025 г. выявлена анемия, в б\х - снижение общего белка (50 г/л), повышение СРБ (40 мг/л). Выявлены токсины *C. difficile* (диарея расценена как ассоциированная, терапия ванкомицином). МСКТ: Выраженная спленомегалия (селезенка ~128x72x119 мм), парааортальная лимфаденопатия.

В декабре 2025 г. консультирован гематологом с подозрением на лимфопролиферативное заболевание.

В мае 2026 г. госпитализирован в ЛОКБ на гематологическое отделение с выраженной слабостью, диареей, кахексией, субфебрильной лихорадкой, вероятно, Болезнь Уиппла.

Госпитализирован в ЛОКБ на гастроэнтерологическое отделение.

Болезнь Уиппла - заболевание тонкой кишки инфекционного происхождения, характеризующееся закупоркой лимфатических сосудов тонкой кишки и других органов глюкозамино-гликановыми (мукополисахаридными) комплексами бактериального происхождения, что приводит к формированию полисистемных поражений - экссудативной энтеропатии, синдрому мальабсорбции, артралгиям, полисерозитам и неврологическим нарушениям. Заболевание начинается постепенно и имеет хроническое течение со склонностью к рецидивам (возникают в 40% случаев).



Эпидемиология:

Возраст: преимущественно старше 30 лет.

В 80% случаев заболевание наблюдалось у мужчин с белой кожей в возрасте 40-50 (по некоторым данным 30-60) лет.

В настоящий момент всего в мире было зарегистрировано примерно 1000 случаев болезни Уиппла. В основном заболевание встречалось среди жителей Южной Америки и Западной Европы.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ
АНАМНЕЗ пациента Т.:**

**За 1 месяц до появления первых симптомов
(июль 2025 г.) посещал Тайланд, Монако.**



1. Логинов А.С. и др., 1998, <https://diseases.medelement.com/disease/другие-нарушения-всасывания-в-кишечнике-k90-8-болезнь-уиппла/4889>

2. Куприянова Инесса Николаевна, Стафилова Мария Валерьевна Болезнь Уиппла: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение // ЭИКГ. 2023. №9 (217). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-uippla-etiology-patogenez-klinika-diagnostics-i-lechenie> (дата обращения: 24.08.2026).

Ведущим в клинике являются:

- Выраженный синдром мальабсорбции (потеря 30 кг за 10 мес, периодическая диарея, фолатный дефицит, холестерин 1,81 л, гипоальбуминемия, снижение ЛДГ;
- Стойкая лимфопения (АЧЛ 41-43 000/мкл);
- Иммунологический профиль в виде снижения IgG и IgM при повышении IgA без парапротеина.

Результаты диагностического поиска:

Исследование	Результат	Значение
КТ органов брюшной полости	Абдоминальные лимфоузлы субтотально жировой плотности.	Высокоспецифичный признак для болезни Уиппла (накопление нейтрального жира в макрофагах).
ПЭТ-КТ	Множественные увеличенные ЛУ (надключичные, медиастинальные, парааортальные). SUVmax 2,13–2,45 (низкий уровень накопления).	Высокоспецифичный признак для болезни Уиппла (характерно для липид-нагруженных макрофагов, а не для злокачественного процесса)
Миелограмма	Плазматические клетки 2.6% , среди которых наблюдаются клетки с неровными контурами ядер. Гипоклеточный костный мозг. Эритроидный росток с признаками дизэритропоэза (эритрокариоциты 25%).	Возможно при болезни Уиппла, как проявления реактивного поражение костного мозга - в том числе в случаях, первоначально расцененных как префибротический миелофиброз.
Биопсия (лимфоузел и ДПК):	- Гранулематозное воспаление - Пенистые гистиоциты (макрофаги) - PAS-окраска: Положительная (грануляционное окрашивание).	Высокоспецифичный признак для болезни Уиппла.
ЭхоКГ	Трикуспидальная недостаточность 3 степени без кардиологического анамнеза.	Возможно при болезни Уиппла

Дифференциальная диагностика

- ✓ **Лимфома / Лимфопролиферативное заболевание:**

Исключено: ИГХ биоптатов отрицательна (CD3, CD20, CD30, CD68, Ki67 3-8%). Нет клональной популяции.

- ✓ **Туберкулез:**

Исключен: T-SPOT.TB отрицательный, окраска по Цилю-Нильсену отрицательная.

- ✓ **Грибковая инфекция:**

Исключена: Двукратной окраской биоптатов ДПК по Грокотту.

- ✓ **Саркоидоз:**

Исключен: Нормальный уровень АПФ, нет типичного легочного поражения на ПЭТ-КТ, атипичная гистология л/у (олеогранулёмы, жировая плотность ЛУ).

- ✓ **Метастатическая саркома:**

Исключена: Низкий SUVmax на ПЭТ-КТ несовместим с агрессивной саркомой.

- ✓ **Миелома и иные плазмоклеточные дискразии:**

Исключены по данным миелограммы и трепанобиопсии костного мозга



Диагностическое представление:

**Диагноз: Энтеропатия
(Болезнь Уиппла?)**



Важным диагностическим критерием является **положительный результат ПЦР на T. Whipplei** – не выполнен по техническим причинам.

**Терапия: Цефтриаксон 2г/сут x 1 раз в день,
внутривенно.**

**Оценка эффективности через 2 недели: купирование
диарейного синдрома.**

Наблюдение врача-гастроэнтеролога



1. Логинов А.С. и др., 1998, <https://diseases.medelement.com/disease/другие-нарушения-всасывания-в-кишечнике-k90-8-болезнь-уиппла/4889>

2. Куприянова Инесса Николаевна, Стафилова Мария Валерьевна Болезнь Уиппла: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение // ЭИЖ. 2023. №9 (217). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolezni-uippla-etiologya-patogenez-klinika-diagnostics-i-lechenie> (дата обращения: 24.08.2026).

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!