

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Шохтобов Х. Оптимизация ведения больных с острыми респираторными инфекциями на педиатрическом участке. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1990; 20.
2. Стеколыщикова И.А. Диагностические подходы и терапевтическая тактика на разных этапах течения острых респираторных заболеваний у детей. Автореф. дисс.... канд. мед. наук. М., 1993; 17.
3. Таточенко В.К., Федоров А.М., Зубович А.И. и др. О тактике антибактериальной терапии у детей на поликлиническом участке. Вопросы современной педиатрии 2002; 1(5): 11-5.
4. Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика Научно-практическая программа. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002.
5. Taverner D., Bickford L, Draper M. Nasal decongestants for the common cold (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Gwaltney J.M. Acute community-acquired sinusitis. Clin Infect Dis 1996; 23: 1209-25.
7. Brofeldt S., Mygind N., Sorensen C.H., et al. Biochemical analysis of nasal secretions induced by metacholine, histamine, and allergen provocations. Am Rev Respir Dis 1986; 133:1138-42.
8. Lukes D., Anderson M.R. Antihistamines and the common cold. A review and critique of the literature. J General Int Med 1996; 11 (4): 240-4.
9. Eccles R., Van Cauwenberge P., Tetzloff W., Borum P. A clinical study to evaluate the efficacy of the antihistamine doxilamine succinate in the relief of runny nose and sneezing associated with upper respiratory tract infection. J Pharmacy Pharmacol 1995; 47(12A): 990-3.
10. Turner R.B., Sperber S.J., Sorrentino J.V., et al. Effectiveness of clemastine fumarate for treatment of rhinorrhea and sneezing associated with the common cold. Clin Infect Dis 1997; 25(4): 824-30.
11. De Sutler AIM, Lemiengre M., Campbell H., Mackinnon H.F. Antihistamines for the common cold (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
12. Paton D., Webster D.R. Clinical pharmacokinetics of H<sub>1</sub>-receptor antagonists (the antihistamines) Clin Pharmacokinetics 1985; 10: 77-97.

## **СЛУЧАЙ ЦЕЛИАКИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С СОЧЕТАННОЙ ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**М.Н.Шарипова**

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава РК, г.Алматы

Целиакия - хроническое генетически детерминированное заболевание, характеризующееся стойкой непереносимостью глютена с развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки. Актуальность проблемы целиакии обусловлена ростом заболеваемости, преимущественным распространением среди детей раннего возраста, серьезными осложнениями, приводящими к инвалидности и росту детской смертности [1].

Введение в практику новых серологических методов диагностики с применением антиглиадиновых и эндомизальных антител, позволило улучшить выявляемость данной патологии и коренным образом изменило существовавшее ранее представление о редкой распространенности данного заболевания. По современной статистике в странах Европы целиакия в среднем встречается в соотношении 1 случай на 200-300

населения [2]. Исследования, проведенные НЦ педиатрии и детской хирургии МЗ РК, установили распространенность целиакии среди детей г.Алматы равную 1:262 [3,4].

Манифестация типичной формы заболевания характерна для детей раннего возраста, в анамнезе которых имело место раннее введение в рацион питания продуктов из глютеносодержащих злаковых (пшеница, рожь, ячмень и овес). Часто провоцирующим фактором является инфекционное заболевание (ОРВИ, кишечная инфекция). Сроки манифестации связаны со степенью выраженности основного дефекта и, следовательно, с компенсаторными возможностями кишечника.

Диагноз целиакии при наличии типичных проявлений, таких как диарея, полифекалия, стеаторея, увеличение размеров живота, метеоризм, плохая прибавка массы тела и роста, раз-



вившиеся через 1,5 – 2 месяца после введения в рацион питания ребенка глютенсодержащих продуктов, не вызывает значительных затруднений. Тогда как в случаях атипичного и стертого течения целиакии трудно ее заподозрить из-за полиморфизма клинических проявлений. Практически не имеется ни одного симптома, который бы встречался у 100% больных целиакией, а имеющиеся симптомы выражены в разной степени, что ведет к множеству диагностических ошибок и часто годами болезнь скрывается под маской других заболеваний. У пациентов с целиакией повышен риск развития аутоиммунных заболеваний. Некоторые авторы выделяют, так называемый, «аутоиммунный полигландулярный синдром», который встречается у больных целиакией и включает в себя аутоиммунное поражение надпочечников, поджелудочной железы, половых желез, гипофиза, щитовидной и паращитовидных желез. Клиническим выражением их могут быть, например, сахарный диабет I типа, аутоиммунный тиреоидит, бесплодие, болезнь Аддисона, синдром Шегрена, гиперпаратиреоз, аутоиммунный гипофизит, алопеция. Установлено, что своевременная диагностика целиакии и строгая безглютеновая диета способствует восстановлению или улучшению функции пораженных желез [5]. В связи с чем среди больных из этой группы риска с целью ранней диагностики рекомендуется проводить массовые скрининговые исследования на целиакию [6].

Ниже приводим клинический случай целиакии, ассоциированной с сочетанной эндокринной патологией (сахарным диабетом I типа и аутоиммунным тиреоидитом).

Девочка М., 2г. 6 мес. от III беременности и III срочных родов, при рождении масса составляла 3700г, по шкале Апгар 7-8 баллов. Была на естественном вскармливании до года, фруктово-овощные прикормы получала с 6 месяцев, манную и овсяную каши - с 7-8 месяцев. В годовалом возрасте весила 11кг, в физическом и психическом развитии не отставала от сверстников. Привита по календарному плану. Детскими инфекциями не болела. Острые респираторные заболевания перенесла дважды – без осложнений. К 1,5 годам мама обратила внимание на вздутие живота, начали беспокоить периодическая рвота, разжижение стула, перестала прибавлять в весе и росте, появилась общая слабость. Неоднократно лечилась в ЦРБ по месту жительства по поводу ОКИ, ферментопатии - без эффекта. Впервые диагноз целиакия был заподозрен в ОДБ за месяц до данной госпитализации. На безглютеновой диете отмечалось незначительное улучшение – прекратилась рвота, уменьшились вздутие жи-

вота и кратность стула. Однако, нарастала общая слабость, снизился аппетит, присоединились жажда и полидипсия. Несмотря на проводимую терапию (безглютеновая диета, парентеральное введение белковых препаратов, коррекция электролитных нарушений, дезинтоксикационная и заместительная ферментотерапия), состояние прогрессивно ухудшалось и девочка направлена в отделение гастроэнтерологии НЦ педиатрии и детской хирургии с диагнозом: целиакия типичная форма, период обострения; соматогенный нанизм.

При госпитализации ребенка имелись жалобы на выраженную слабость, сниженный аппетит, вздутие живота, учащенный и разжиженный стул, отставание в массе тела, кашель, постоянное чувство жажды. Состояние было тяжелым за счет общей интоксикации, обменных нарушений. Сонливая, на вопросы отвечала односложно, ощущался запах ацетона изо рта. Правильного телосложения, пониженного питания (масса=10 кг., рост=80см.). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Тургор тканей и тонус мышц снижены, подкожно-жирового слой равномерно истончен. Пальпировались подчелюстные, задние шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы увеличенные до II размеров, плотно-эластичной консистенции, безболезненные и подвижные. Симптомы дыхательной недостаточности не отмечалось. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком и притупленным в нижних отделах справа, здесь же аускультативно отмечалось ослабление дыхания, хрипы не выслушивались. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, учащен до 100 ударов в минуту, систолический шум на верхушке. Живот значительно увеличен в размере за счет метеоризма, мягкий и безболезненный при пальпации; перистальтика активная. Печень ниже края реберной дуги на 1,5 см., эластичная. Селезенка не пальпировалась. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неоформленный, пенистый, обильный, зловонный, до 3-4 раз в день. Диурез безболезненный, учащенный, объемом 150 -200мл.

При обследовании: в общем анализе крови - нормохромная анемия 1ст (Hb 96 г/л), ускорение СОЭ до 50мм/час, без патологических изменений в лейкограмме. В биохимическом анализе крови - гипокальциемия (Ca 1,86 ммоль/л), гипонатриемия (126 ммоль/л), гипохлоремия (96ммоль/л), умеренная гипопроотеинемия (общий белок 63 г/л), показатели калия (4,78 ммоль/л), мочевины (7,9ммоль/л), АлТ в пределах нормы при двукратном повышении АсТ. Повышение уровней щелочной фосфатазы до 883 ед/л при норме до 500 ед/л, глюкозы до 27ммоль/л.



В общих анализах мочи – отн. плотность 1035, глюкоза 300 ммоль/л, белок 0,033 г/л, кетон 50 ммоль/л, лейкоциты 3-4 в поле зрения, слизь +.

Копрограмма – нейтральный жир ++, жирные кислоты +++, непереваренная клетчатка ++.

УЗИ органов брюшной полости – диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

УЗИ щитовидной железы – диффузные изменения в структуре железы при нормальных ее размерах.

Анализ крови на гормоны щитовидной железы – повышение ТТГ до 100 мкЕд/мл (норма 2-2,5 мкЕд/мл), снижение Т3 до 0,9 пг/мл (норма 1,45-3,48) и Т4 до 0,6 нг/дл (норма 0,71-1,85).

ФЭГДС – пищевод, желудок, 12 перстная кишка не изменены. Слизистая тощей кишки пастозная, фрагментирована. Заключение: еунит. Взята биопсия со слизистой оболочки тощей кишки.

При серологическом исследовании с определением уровня специфических антител выявлено повышение уровня антиглиадиновых антител Ig G до 27,8 U/ml, при норме 10 – 12 U/ml.

Морфологическое исследование биоптата СОТК: атрофия сосочкового слоя слизистой тонкой кишки гиперрегенераторного типа. Картина соответствует целиакии.

На рентгенографии органов грудной клетки выявлена правосторонняя пневмония; миокардит?

ЭхоКГ установила дополнительную хорду в левом желудочке, признаки кардита и экссудативного перикардита.

Исследованы биоматериалы на ВИЧ, зоонозные инфекции, маркеры вирусных гепатитов – результаты отрицательные.

Учитывая полиаденопатию консультирована фтизиатром – туберкулез исключен.

На основании вышеизложенных данных, консультаций эндокринолога, кардиолога, пульмонолога больной был выставлен клинический диагноз: Целиакия, типичная форма. Сахарный

диабет 1-го типа, тяжелая форма. Кетоацидоз. Аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Пневмония правосторонняя, очагово-сливная, острое течение; ДНО. Вторичный кардит, экссудативный перикардит, Н1-2. Железодефицитная анемия I ст., смешанного генеза. Белково-энергетическая недостаточность II степени, смешанного генеза. Реактивный панкреатит.

Больной назначена аглиадиновая диета с разъяснением важности ее строгого соблюдения. Проводилось интенсивное лечение – дезинтоксикационное, антибактериальное, противовоспалительное, кардиотрофическое, микросферические ферменты поджелудочной железы, L-тироксин. Под контролем уровня гликемии проводилась дробная комбинированная инсулинотерапия протофаном 4 ЕД с актропидом по 7-9 ЕД (соответственно в 2 и 4 инъекциях).

Состояние в динамике начало улучшаться – уменьшились симптомы интоксикации, исчезли симптомы кетоацидоза, нормализовался аппетит, уменьшились проявления метеоризма, кратность и объем стула. СОЭ снизилась до 33 мм/час. Однако, при исключении из рациона легко усвояемых углеводов, уровень гликемии колебался от 18 до 27 ммоль/л.

В дополнительной беседе с мамой ребенка выяснилось, что девочка употребляет колбасные изделия, тем самым нарушая аглиадиновую диету.

После строгого соблюдения предписанного лечебного стола в течение недели удалось стабилизировать уровень гликемии натощак до 9,5 ммоль/л, постпрандиальных показателей — до 12 ммоль/л.

Ребенок выписан с рекомендациями по жизни строгого соблюдения аглиадиновой диеты и наблюдения эндокринолога по месту жительства.

Таким образом, данный случай демонстрирует многообразие клинических проявлений целиакии, значение ранней диагностики и строгого соблюдения безглютеновой диеты.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Мухина Ю.Г. Особенности целиакии у детей. Лечащий врач. 1999; 6: 64-67.
2. Greco L.. Epidemiology of coeliac disease// Coeliac disease. Proceeding of the 7-th International Symposium on Coeliac disease.- Tampere,-1996.-P.9-14
3. Машкеев А.К., Карсыбекова Л.М., Шарипова М.Н. Целиакия у детей. Алматы, 2008; 200.
4. Исабекова Т.К. Клинико-эпидемиологические особенности и организация лечения целиакии у детей. Дисс... к.м.н., 2008, 87с.
5. Collin P., Maki M. Associated disorders in coeliac disease: Clinical aspects review// Scand. J. Gastroenterol.-1994.- Vol. 29.-P.769-775.
6. Valentino R., Savastano S. Markers of potential celiac disease in patients with Hashimoto's thyroiditis // Eur J Endocrinol. – Toscano, 2002. 146:479-83.