

биохимических маркеров позволяет весьма успешно выявлять данную патологию.

Список литературы:

1. Recognizing COVID-19-related myocarditis: The possible pathophysiology and proposed guideline for diagnosis and management. / Cooper LT Jr, Chahal CAA, Deo R, Khanji MY, Muser D, Nazarian S, Santangeli P, Siripanthong B // Heart Rhythm. – 2020. - 17(9). - 1463-1471.
2. Pirzada A COVID-19 and Myocarditis: What Do We Know So Far? / Moeller AD, Mokhtar AT, Pirzada A // CJC Open. – 2020. - 2(4). - 278-285.
3. Update on COVID-19 Myocarditis. / Agdamag ACC, Alexy T, Charpentier V, Chowdhury M, Edmiston JB, Fraser M, Francis GS, Maharaj VR // Medicina (Kaunas). – 2020. - 56(12). - 678.
4. Systematic Review of COVID-19 Related Myocarditis: Insights on Management and Outcome. / Abozenah M, Al-Akchar M, Battisha A, Hernandez-Montfort J, Islam AM, Kadado AJ, Salerno C, Sawalha K // Cardiovasc Revasc Med. – 2021. – 23. - 107-113.
5. COVID-19 and acute myocarditis: current literature review and diagnostic challenges. / Çınar T, Çiçek V, Hayiroğlu Mİ, Orhan AL, Uzun M // Rev Assoc Med Bras (1992) – 2020. - 66Suppl 2(Suppl 2). - 48-54.
6. SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development. / Cao JM, Gao LJ, Gao XF Wang MY, Wang DP, Zhao R // Front Cell Infect Microbiol. – 2020. – 10.
7. A Systematic Review of COVID-19 and Myocarditis. / Aurora L, Chandrakumar HP, Goldman SA, Grewal E, Jayarangaiah A, Kariyanna PT, McFarlane IM, Salifu MO, Singh KP, Smith L, Sutarjono B. // Am J Med Case Rep. – 2020. - 8(9). - 299-305.

УДК 61:616.3

Галиуллина Н.С., Федотова Л.В., Попов А.А.

ЦЕЛИАКИЯ: ИЗВЕСТНОЕ И НЕИЗВЕСТНОЕ

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Galiullina N. S., Fedotova L. V., Popov A. A.

CELIAC DISEASE: KNOWN AND UNKNOWN

Department of Hospital Therapy and Emergency Medicine
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: galiullinadezda@gmail.com

Аннотация. В статье описаны клинические варианты, особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения целиакии.

Annotation. The article describes the clinical patterns, etiology, features of pathogenesis, diagnosis and treatment of celiac disease.

Ключевые слова: целиакия, глютенная энтеропатия, глютен

Key words: celiac disease, gluten enteropathy, gluten

Введение

Целиакия – хроническое аутоиммунное Е-клеточно-опосредованное полисиндромное заболевание, поражающее тонкую кишку, возникающее при употреблении глютенсодержащей пищи у генетически предрасположенных лиц с генотипом HLA-DQ2 или HLA-DQ8. Истинная распространенность целиакии в популяции не известна. Мультицентровое исследование в Европе подтвердило 1%-ную распространенность целиакии, с небольшими вариациями в разных странах [1]. Предполагаемая пораженность населения различными вариантами глютенной энтеропатии составляет от 1 : 100 до 1 : 300 . Ввиду не одинаковой доступности ресурсов для диагностики и лечения целиакии особенно часто остаются вне поля зрения клинициста неклассическая и бессимптомная формы целиакии. Среди отдаленных последствий недиагностированной глютенной энтеропатии находятся онкологические процессы, женское и мужское бесплодие, остеопороз, аутоиммунная патология. Целиакия не соответствует достаточному числу критериев Всемирной Организации Здравоохранения для проведения массового скрининга, поэтому в настоящее время избрана стратегия превентивного выявления целиакии в группах высокого риска. Целиакия считается полиморфным, потенциально курируемым заболеванием, поскольку соблюдение безглютеновой диеты (не более 50 мг глютенсодержащих продуктов в день) позволяет достичь улучшения качества жизни и ремиссии.

Цель исследования – демонстрация сложности диагностики глютенной энтеропатии.

Материалы и методы исследования

Термин «глютен» - общее название различных белков эндосперма (клейковины) некоторых злаковых культур, таких как глиадины пшеницы, секалины ржи и хордеины ячменя. Глютен является этиологическим фактором целиакии, но запускает «ненормальный» иммунный ответ слизистой оболочки тонкой кишки только у генетически предрасположенных лиц. Доказана связь глютенной энтеропатии с главным комплексом гистосовместимости человека.

Гаплотип HLA-DQ2 выявляется в 90-95% случаев, HLA-DQ8 у 10-15% [2]. Главное событие в патогенезе целиакии представлено связыванием глиадинов с молекулами HLA-DQ2/8, в дальнейшем под воздействием тканевой транслутаминазы в глиадине происходит замена глутамина на глутаминовую кислоту в результате чего глиадин приобретает отрицательно заряженные эпитопы. Так в свою очередь укрепляется связь между HLA-DQ2/8 и глиадином, и облегчается презентация глиадинов специфическому CD4+ Т-лимфоциту. После

активации CD4+ Т-лимфоциты начинают продуцировать целый спектр провоспалительных цитокинов. В-лимфоциты продуцируют антитела к эндомиозию, тканевой трансглутаминазе и непосредственно к глиадину, которые мигрируют в головной мозг, лимфатические узлы, печень, почки и другие органы. Серологические маркеры становятся доступны к определению в системном кровотоке.

Идея R.Logan относительно «айсберга» целиакии на сегодняшний день применима ко всем континентам, хотя «ватерлиния», разделяющая симптомные от бессимптомных форм целиакии, может быть выше или ниже [5] (Рис.1). Выделяют 3 клинические формы целиакии: классическая целиакия, неклассическая целиакия и бессимптомная. У взрослых классическая форма целиакии проявляется преимущественно в виде хронической диареи, потери веса, вздутия живота, слабости. У детей – в виде задержки развития, потери веса и мышечной массы, рвоты, хронической диареи, раздражительности. Неклассическая целиакия у взрослых и детей распространена достаточно широко и чаще имеет неспецифическую картину желудочно-кишечного поражения без признаков мальабсорбции либо ряд внекишечных признаков, таких как абдоминальная боль, хроническая мигрень, дерматозы, необъяснимое бесплодие, дефекты зубной эмали, депрессия, дефицит железа или витамина B12, гипертрансаминаземия и прочее.

Предполагается, что у половины недиагностированной популяции глютенная энтеропатия течет бессимптомно, но при соблюдении безглютеновой диеты пациенты отмечают положительные изменения в общем состоянии здоровья.

«Золотым» стандартом диагностики целиакии является проведение клинической оценки, исследования высокочувствительных и специфичных антител и биопсии слизистой оболочки кишечника. Серологические тесты первой линии включают определение IgA анти-tTG и общего IgA. При пограничных титрах дополнительно исследуют уровень IgA anti-EMA, IgA anti-DGP. Исследование IgA anti-tTG и IgG anti-DGP более эффективно, чем проведение двух анализов одного и того же аутоантигена (IgA anti-tTG и IgA anti-EMA) [6].

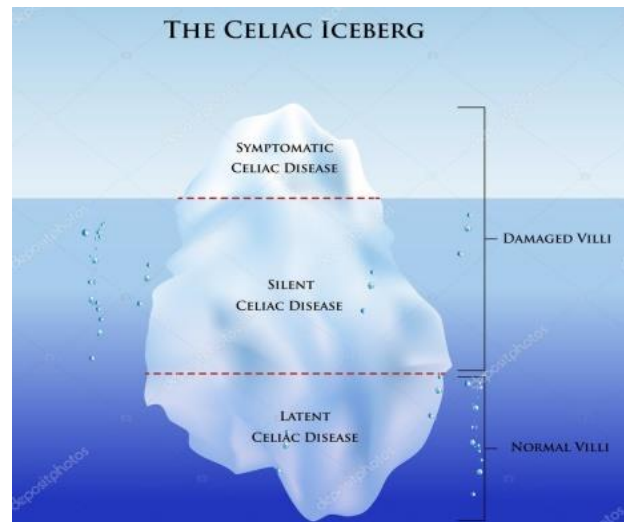


Рис. 1. «Айсберг» целиакии (1991 г, R. Logan)

Гистология биоптата слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки либо верхних отделов тощей кишки оценивается по модифицированной классификации Марша. Несмотря на характерность гистологических изменений слизистой оболочки кишки, они не являются патогномоничными и могут встречаться при тропическом спру, энтеропатии при вирусе иммунодефицита человека, лекарственном или пищевом поражении.

Эндоскопические находки, такие как фестончатость дуоденальных складок, уплощение складок, отсутствие ворсинок при увеличении, также не достаточно чувствительны и специфичны. Притупление и атрофия ворсин, повышение плотности интраэпителиальных лимфоцитов ($>25/100$ эпителиальных клеток), криптовая гиперплазия, повышенное отношение ворсинки/крипты являются самыми характерными гистологическими изменениями у пациентов, получающих глютенсодержащую диету [6].

Всемирная гастроэнтерологическая организация предложила ресурсо- и контекст-чувствительный подход к диагностике и лечению целиакии, благодаря чему иерархический каскад диагностических и терапевтических вариантов устраняет зависимость стран от степени их развития. Каскады призваны стать глобальным дополнением, но не заменой практическим рекомендациям «золотого» стандарта. Не рекомендуется устанавливать диагноз при улучшении на безглютеновой диете, так как возможна диагностическая ошибка у пациентов с неглютеновой энтеропатией, синдромом раздраженного кишечника. Предтестовая вероятность целиакии у пациентов с симптомами, соответствующими синдрому раздраженного кишечника равна 4,67% [3]. Рандомизированные клинические испытания не подтвердили предположение об уменьшении риска при раннем и позднем контакте детей с глютенем [6].

Сегодня для лечения целиакии предлагается строгое соблюдение безглютеновой диеты в течение длительного срока. Большинство пациентов отмечают уменьшение желудочно-кишечных симптомов уже спустя 2 недели соблюдения строгой безглютеновой диеты. Серологические показатели возвращаются в норму при строгой приверженности безглютеновой диете.

Результаты исследования и их обсуждение

Для достижения гистологической ремиссии могут потребоваться годы, при условии, что пациент строго соблюдает диету. Однако в связи со «скрытым» глютенем в составе ряда продуктов, таких как соусы, колбасные изделия, рыбные и мясные консервы, имитация морепродуктов, йогурты, чипсы, маргарин, шоколад, определен безопасный уровень глютена, который варьируется у разных пациентов, и может составлять от 10 до 100 мг в день. Запрещены к употреблению такие крупы как ячмень, пшеница, рожь, и у малого числа пациентов - дополнительно овес. Больным с целиакией рекомендуются специализированные безглютеновые продукты-заменители хлебобулочных, макаронных и кондитерских изделий [4]. В тяжелых случаях заболевания может потребоваться госпитализация, инфузионная терапия, внутривенное питание, лечение анемии, гиповитаминоза. Приблизительно у 2/3 детей раннего возраста с целиакией в активном периоде наряду с глютенем требуется исключение молочных продуктов и смесей [2]. Безглютеновая диета бедна в отношении клетчатки. Пациентов необходимо побуждать к употреблению продуктов, богатых железом и фолатами.

Серологические тесты не выявляют минимальное потребление глютена, в таких случаях требуется консультирование диетологом, терапевтом. Повторная биопсия слизистой оболочки тонкой кишки не рекомендована в случаях положительного ответа при соблюдении строгой безглютеновой диеты. В случаях, когда наблюдаются персистирующие симптомы на фоне соблюдения безглютеновой диеты, оправдано повторное проведение гистологического исследования.

Клиническая оценка особенно интенсивно проводится в первый год установления диагноза, и включает в себя проверку наличия симптомов, проведение лабораторного комплекса обследований, таких как клинический анализ крови, железо крови, витамин B12, кальций, витамин D, повтор количественного определения anti-tTG класса IgA и anti-DGP класса IgA [6]. Приветствуется вступление пациента в группы поддержки, имеющие опыт борьбы с целиакией. Консультирование диетологом особенно интенсивно проводится в первый год после установления диагноза целиакия, и в дальнейшем на протяжении всей жизни пациента.

Выводы:

1. Целиакия распространена в популяции гораздо шире, чем было принято считать.
2. Разработанные каскады диагностических и тактических алгоритмов, призваны облегчить своевременную и широкую диагностику глютенной энтеропатии в странах с разным экономическим уровнем.
3. Безглютеновая диета – уникальный инструмент преодоления бремени многочисленных последствий недиагностированной глютенной энтеропатии.

Список литературы:

1. Барановский А.Ю. Диетология. Руководство, 4-е издание / под ред. А.Ю. Барановского – СПб.: Питер, 2012. – 1024 с.
2. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с целиакией [Электронный ресурс]// А.А. Баранов – Москва.- 2015. -22с. URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/index.php> (дата обращения 01.03.2021)
3. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных синдромом раздраженного кишечника [Электронный ресурс]// Шелыгин Ю.А., Белоусова Е.А., Васильев С.В.[и др.]; 2005. – 18 с. URL: https://dzhmao.ru/spez/poryadki-okazaniya-meditsinskoj-pomoshchi/files/Sindrom_razdrazhennogo_kishechnika_18042014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf (дата обращения 01.03.2021)
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Целиакия у детей [Электронный ресурс], 2016. -43 с. <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-tseliakija-u-detei-utv-minzdravom-rossii/> (дата обращения 01.03.2021)
5. WGO Practice Guideline - Celiac Disease [Электронный ресурс]// Bai J., Zeballos E., Fried M. [и др.]; 2005. – 18 с. URL: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/celiac-disease-russian-2005.pdf> (дата обращения 12.03.2021)
6. WGO Practice Guideline - Celiac Disease [Электронный ресурс]// J. Bai, C. Ciacci, G. Corazza [и др.]; 2016. – 38 с. URL: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/celiac-disease/celiac-disease-russian#> (дата обращения 10.03.2021)

УДК 616-06

**Гамбарян Д.М., Женихова Н.С., Злобин С.И., Веденский В.А.,
Клячина Е.С., Смоленская О.Г.**

**РИСК КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ COVID-19 У
ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии
и иммунологии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**Gambaryan D.M., Zhenikhova N.S., Zlobin S.I., Vedenskiy V. A.,
Klyachina E.S., Smolenskaya O.G.**

**RISK OF CARDIAC COMPLICATIONS IN COVID-19 IN PATIENTS
WITH CONCOMITANT CARDIOVASCULAR DISEASE**

Department of faculty therapy, endocrinology, allergology and immunology
Ural state medical university