

ставило у студентов курильщиков уменьшилось на 36 % ($p < 0,05$). Время задержки на выдохе — на 26 % ($p < 0,05$).

При оценке комбинированной пробы Серкина у студентов-курильщиков (опытная группа) во 2-ю фазу проведения пробы (после 20 приседаний) задержка дыхания у 32 % студентов составила менее 30 %. В 3-ю фазу пробы Серкина (через 1 мин отдыха после приседаний) у 70 % курящих студентов продолжительность задержки вдоха составила менее 70 %, что свидетельствует о наличии у них скрытой недостаточности дыхания и кровообращения. У студентов контрольной группы показатель задержка дыхания в 3-ю фазу пробы соответствовал здоровым тренированным лицам (у 60 %), у 40 % — здоровым нетренированным лицам. В проведенных спирометрических и пневмотахометрических исследованиях у студентов мужского пола отмечалось снижение статических показателей вентиляционной функции легких (ДО — на 36 %, $PO_{вд}$ — на 14 %, $PO_{выд}$ — на 33 %, ЖЕЛ — на 12 %) и динамических объемов и потоков, регистрируемых при форсированных маневрах пневмотахографическим методом путем регистрации кривой «поток-объем» (МОД) на 15 %, форсированной объемной скорости при выдохе 25 %, 50 % от ФЖЕЛ на 19 и 12 %, соответственно).

Данные показатели свидетельствуют о наличии изменений как обструктивного характера и рестриктивного характера. Снижение МВЛ и ЖЕЛ свидетельствует о развитии скрытой стадии недостаточности функции внешнего дыхания у курящих юношей.

Выводы

Итак, у студентов-медиков 3 курса со стажем курения 2–3 года выявлены изменения показателей дыхательной системы в виде нарушения обструктивного и рестриктивного характера, свидетельствующие о развитии начальной стадии дыхательной недостаточности, а также снижения показателей функциональных проб (Штанге, Генчи, Серкина) у значительной части студентов, по сравнению с некурящими. Компоненты табачного дыма, являются причиной гиперреактивности бронхов, избыточной продукции слизи, воспаления бронхов с развитием их отека и гипертрофии, что приводит к явлениям бронхо- и бронхиолообструкции, что, в свою очередь, способствует нарушению вентиляционной функции легких. Влияние табачного дыма на слизистую оболочку дыхательного тракта уменьшает неспецифическую защиту со стороны органов дыхания, способствует заболеваниям со стороны органов дыхания инфекционного генеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Томащук, Е. А. Функциональные пробы в клинике и спорте: метод. пособие / Е. А. Томащук, Л. А. Пирогова. — Гродно, 1993. — 37 с.
2. Организация работы по исследованию функционального состояния легких методами спирографии и пневмотахографии и применение этих методов в клинической практике: метод. указания / О. И. Турина [и др.]. — Минск, 2002. — 73 с.
3. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimations from national vital statistics / R. Peto [et al.] // Lancet. — 1992. — Vol. 339. — P. 1268–1278.

УДК 616.34 – 07] – 053.2

ДИАГНОСТИКА ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ)

Малолетникова И. М.

**Научные руководители: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина,
ассистент С. К. Лозовик**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Целиакия — хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная энтеропатия, характеризующаяся стойкой непереносимостью специфических белков эндосперма злаковых культур с развитием обратимой гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и синдромом мальабсорбции.

Многообразие вариантов клинического течения у детей и подростков создает значительные сложности для ранней диагностики целиакии, а несвоевременное назначение адекватного этиотропного лечения ухудшает прогноз заболевания, а также увеличивает частоту бесплодия, остеопороза, аутоиммунных и онкологических заболеваний [1].

Этиология патогенез. В реализации заболевания имеют значение комплекс экзогенных, генетических, иммунологических факторов, а также особенности регуляции местной воспалительной реакции. Ключевым фактором внешней среды, лежащим в основе патогенеза целиакии, является повреждение слизистой оболочки тонкой кишки глютеном. Без контакта с глютеном возникновение целиакии невозможно [1]. Клиническая картина. В зависимости от сочетания клинических, сероиммунологических и гистологических характеристик выделяют несколько основных клинических форм заболевания: типичную, атипичную, латентную.

Манифестация типичной целиакии происходит через 1,5–2 месяца после введения прикорма в виде каш (геркулесовой, манной и т. п.). Провоцирующим фактором могут выступать инфекционные заболевания (кишечная инфекция, ОРВИ, оперативные вмешательства, стрессовые ситуации и т. п.).

Целиакию можно заподозрить при появлении эмоциональной лабильности, снижении аппетита, замедлении темпов прибавки массы тела. Если клинически преобладает какой-либо отдельный симптом при отсутствии прочих — в этом случае выделяют атипичную целиакию [1].

Диагностика. По рекомендациям Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов критериями диагностики целиакии (ESPGHAN- критерии) являются клиническая картина, положительные серологические маркеры, характерные морфологические изменения слизистой тонкой кишки, а также нормализация перечисленной симптоматики на фоне аглиадиновой диеты [2].

Лечение. Единственным методом лечения целиакии и профилактики ее осложнений является строгая и пожизненная безглютеновая диета.

Диспансерное наблюдение. Срок наблюдения: пожизненно.

Случай из клинической практики.

Мальчик М, 8 лет. Диагноз: целиакия, типичная форма, активная стадия, Марш 3 с.

Мальчик родился в срок, от первой неотягощенной беременности, с массой 3000 г, ростом 52 см. В возрасте 2-х лет появились жалобы на частые боли в животе. Неоднократно обследовался по месту жительства: УЗИ органов брюшной полости — реактивный панкреатит, панкреатопатия, гипотония желчного пузыря. В сентябре 2006 г. обследован в педиатрическом отделении № 1 ГОДКБ, выставлен диагноз: «функциональное заболевание желудка».

Аллергоанамнез ребенка: пищевая аллергия.

Из перенесенных заболеваний: ОРИ (фарингит, ларингит, бронхит, грипп в 2007 г.), тонзиллит, острый средний отит. Наследственность: проблемы с ЖКТ у матери, диагноз не уточнен, не обследована.

В сентябре 2012 г. — оперативное лечение по поводу пластики мочеточника слева, с последующим длительным (сентябрь-октябрь) приемом антибиотиков и уросептиков.

Заболел 20.10.12 г., когда появилось снижение аппетита, рвота, вздутие живота, боли в животе, диарея. В связи с ухудшением состояния в ноябре 2012 г. был госпитализирован в инфекционное отделение по месту жительства. Анализ кала на кишечную группу многократно отрицательный. Неоднократно осматривался хирургом: острая хирургическая патология брюшной полости исключена.

В конце ноября 2012 г. ребенок поступает в педиатрическом отделении ГОДКБ с жалобами на боль в животе (в области пупка), снижение аппетита (отказывается от мяса, хлеба, выпечки, макаронных изделий), неустойчивый характер стула, отрыжку, вздутие живота, чувство тяжести в животе после приема пищи, обильные порции стула.

Состояние при поступлении средней степени тяжести за счет болевого абдоминального, диспепсического, интоксикационного синдромов. В сознании, пассивный. Ребенок эмоционально лабилен. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистая полости рта чистая, розовая, суховата; язык сухой, обложен белым налетом. В легких перкуторно-легочной звук, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧД 20/мин, хрипов нет. Тоны сердца звучные, сокращения ритмичные ЧСС 90 уд./мин. Живот увеличен в объеме, вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии, околопупочной области. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Стул обильными порциями, количество каловых масс превышает количество съеденной пищи за этот день. Масса тела — 21 кг, рост — 124 см. Физическое развитие низкое, дисгармоничное.

Учитывая жалобы на боль, вздутие, чувство тяжести, после приема пищи, в животе, снижение аппетита (отказывается от приема некоторых продуктов), отрыжку, неустойчивый характер стула (обильные порции), был назначен ряд клинических обследований с целью исключения хронического гастродуоденита, синдрома нарушенного кишечного всасывания (целиакия?).

Результаты клинико-лабораторных обследований: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на цисты лямблий, анализ кала на дисбактериоз, копрограмма, анализ крови на гормоны щитовидной железы, анализ мочи на амилазу — показатели без особенностей, биохимический анализ крови: снижение показателей железа, увеличение ОЖСС.

УЗИ органов брюшной полости, заключение: гепатомегалия, незначительное количество выпота в брюшной полости.

Осмотр узких специалистов: невролог: астеновегетативный синдром; стоматолог: полость рта санирована; офтальмолог: глазное дно в норме; генетик: в плане диф. диагноза синдром Малиброй. Рекомендовано: исключить целиакию, муковисцидоз (потовый тест), нарушение обмена веществ (моча и кровь — сухие пробы).

Ребенок был направлен в УЗ «3-я городская детская клиническая больница», Республиканский детский центр целиакии, с целью уточнения диагноза.

Проведены следующие методы обследования: серологический скрининг на целиакию: АТ к глиадину Ig G 93,8 МЕ/ml (норма до 25 МЕ/ml), АТ к глиадину Ig A 390,7 МЕ/ml (норма до 25 МЕ/ml), АТ к тканевой трансглутаминазе Ig A 365,0 МЕ/ml (норма до 20 МЕ/ml), АТ к тканевой трансглутаминазе Ig G положительная (качественная); исследование иммунологического статуса: Ig A 2,2 г/л (норма 0,6–2,6 г/л), Ig M 0,7 г/л (норма 0,5–2,1 г/л), Ig G 6,8 г/л (норма 4,7–16,2 г/л); патогистологическое исследование, заключение: хронический атрофический дуоденит интраэпиталиальный лимфоцитозом. Данная морфологическая картина может наблюдаться при глютеновой или аутоиммунной энтеропатии. Marsh IIIc. Хронический умеренный 1 степени активный антральный гастрит. Введенная глютеновая диета, проведена коррекция нутритивного статуса (препараты железа, поливитамины, биопрепараты). Купированы основные клинические синдромы, улучшился психологический статус, получена положительная динамика массы тела.

Таким образом, на сегодняшний день в Республике Беларусь есть все возможности для диагностики целиакии у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Саванович, И. И. Целиакия у детей и подростков: пособие для врачей / И. И. Саванович. — Минск: ДокторДизайн, 2010. — 40 с.
2. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ-OMGE). Целиакия; февраль, 2005. — <http://www.omge.org>.