

Анемия, антитела и желудок. Клинический случай

CASE
ТЕРАПИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

Яковлева П. О., Кузнецова И. В.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Представлена пациентка с синдромом диспепсии и анемией средней степени, с отсутствием сопутствующих аутоиммунных заболеваний (в частности, патологии щитовидной железы), продемонстрирован алгоритм диагностики аутоиммунного гастрита.

Ключевые слова: аутоиммунный гастрит, анемия, витамин B₁₂, гастропанель.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 10/05-2023

Рецензия получена 17/05-2023

Принята к публикации 09/06-2023



Для цитирования: Яковлева П. О., Кузнецова И. В. Анемия, антитела и желудок. Клинический случай. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7S):3638. doi:10.15829/1728-8800-2023-3638. EDN ZVXDBK

Anemia, antibodies and stomach. Case report

Yakovleva P. O., Kuznetsova I. V.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

A patient with dyspepsia and moderate anemia, without concomitant autoimmune diseases (in particular, thyroid pathology), is presented. An algorithm for diagnosing autoimmune gastritis is demonstrated.

Keywords: autoimmune gastritis, anemia, vitamin B₁₂, gastropanel.

Relationships and Activities: none.

Yakovleva P. O.* ORCID: 0000-0000-0536-9147, Kuznetsova I. V. ORCID: none.

*Corresponding author:
tukitukituf@gmail.com

Received: 10/05-2023

Revision Received: 17/05-2023

Accepted: 09/06-2023

For citation: Yakovleva P. O., Kuznetsova I. V. Anemia, antibodies and stomach. Case report. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(7S):3638. doi:10.15829/1728-8800-2023-3638. EDN ZVXDBK

АГ — аутоиммунный гастрит, ОБП — органы брюшной полости, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия.

Введение

Аутоиммунный гастрит (АГ) — трудно диагностируемое предраковое заболевание, характеризующееся прогрессирующей атрофией слизистой оболочки тела желудка [1]. Однако вовремя начатое лечение способно минимизировать риски осложнений и увеличить длительность жизни таких больных. Важно систематизировать имеющиеся данные о возможных клинических стигмах, ассоциированных с данным заболева-

нием для того, чтобы своевременно взять на контроль таких пациентов с целью профилактики нейроэндокринных опухолей и рака желудка.

В клинической демонстрации представлена пациентка с синдромом диспепсии и анемией средней степени, с отсутствием сопутствующих аутоиммунных заболеваний (в частности, патологии щитовидной железы), продемонстрирован алгоритм диагностики АГ.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: tukitukituf@gmail.com

[Яковлева П. О.* — ординатор 1 года по специальности терапия, ORCID: 0000-0000-0536-9147, Кузнецова И. В. — к.м.н., врач-терапевт, зав. отделением терапевтическим отделением, ORCID: нет].

Описание клинического случая

Женщина, 64 года. Согласно анамнезу, симптомы диспепсии беспокоят с 2017г (тошнота, изжога, дискомфорт в верхних отделах живота после приема пищи). Ультразвуковое исследование (УЗИ), об-

следование органов брюшной полости (ОБП), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и колоноскопия без особенностей. Длительно придерживалась диетических ограничений — незначительная ремиссия (рисунок 1).

Анамнез заболевания

	2017г	2021г	2022г
		ноябрь	апрель
Жалобы	Боли в эпигастрии после приема пищи, тошнота, изжога, дискомфорт в верхних отделах живота после диетических погрешностей, вздутие.	Общую слабость, запоры, отрыжку воздухом после каждого приема пищи, боли в эпигастрии и мезогастррии, ассоциированные с чувством раннего насыщения, тяжестью после еды.	Нарастание общей слабости, учащение эпизодов тошноты после приема пищи, тяжести после еды, вздутие по ходу толстого кишечника, запоры.
Исследования	Колоноскопия: без органических патологий. УЗИ ОБП: деформация желчного пузыря, пневматизация кишечника. ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит.	ЭГДС: недостаточность кардии. Дистальный незривный рефлюкс-эзофагит. Поверхностный гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Нестойкая деформация желчного пузыря.	Гемоглобин – 91 г/л, Le 4,23*10 ⁹ /л, Tr 249*10 ⁹ /л Витамин В₁₂ – 102 пмоль/л Железо – 4,1 мкмоль/л Ферритин – 4,0 мг/л АЛТ – 14 Ед/л, АСТ – 17 Ед/л Анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом – отрицательно Рекомендовано: ЭГДС с применением технологий усовершенствования эндоскопического изображения (NBI, хромоэндоскопия) и с биопсией по OLGA; ¹³ C-уреазный тест. Сорбифер дурулес 200 мг/сут., витамин В ₁₂ 500 мкг через день 1 мес.
Рекомендации			
Лечение	Соблюдение диетических рекомендаций по ограничению соленого, копченого, жареного, мучного.	Курсами проходила лечение ферментными препаратами, ингибиторами протонной помпы.	

Анамнез заболевания

	2022г	2022г
	июнь	октябрь
Жалобы	Боли в эпигастрии и мезогастррии, дискомфорт по ходу толстого кишечника, вздутие.	Увеличение частоты и тяжести симптомов (отрыжка воздухом, нарушение стула, слабость, вздутие живота).
Исследования	¹³C-уреазный тест – положительный ЭГДС в НМИЦ радиологии Минздрава России: Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гиперплазия слизистой оболочки субкардиального отдела желудка. Фовеолярная гиперплазия проксимального отдела желудка , единичный участок гиперплазии в нижней трети желудка. Дуодено-гастральный рефлюкс. Анализ крови от мая 2022 Витамин В₁₂ – 124 пмоль/л Витамин D – 25,8 нг/мл Железо 6,7 пмоль/л Ферритин 8,2 мг/л Фолиевая кислота 10,26 нг/мл ОАК – гемоглобин 96 г/л, МСН – 26,6, МСНС – 342, MCV – 78 пл, тромбоциты – 180*10⁹/л, эритроциты 3,6*10¹²/л Витамин В ₁₂ по схеме, сорбифер дурулес 200 мг/сут., витамин D 1600 МЕ в сутки, псилиум по 2 ст. л. в сутки.	Госпитализация в терапевтическое отделение НМИЦ ТПМ для уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения.
Лечение	Эрадикационная терапия по стандартной тройной схеме, усиленная препаратами висмута (14 дней): амоксциллин 1000 мг 2 раза/сут. + кларитромицин 500 мг 2 раза/сут. + ИПП (рабепразол) 20 мг 2 раза/сут. + висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза/сут.	Диагноз: хронический гастрит неуточненной этиологии с синдромом диспепсии, <i>H. pylori</i> -ассоциированный. Запор функциональный. Анемия легкой степени тяжести гипохромная, нормоцитарная вследствие дефицита железа и витамина В ₁₂ .

Рис. 1 Временная шкала течения заболевания.

Примечание: АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ИПП — ингибиторы протонной помпы, ОАК — общий анализ крови, ОБП — органы брюшной полости, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия, МСН — mean concentration hemoglobin, МСНС — средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах, MCV — средний объем клеток.

С ноября 2021г отмечает запоры, общую слабость, ощущение тяжести после каждого приема пищи. ЭГДС, УЗИ ОБП — без отрицательной динамики. Курсами принимала ингибиторы протонной помпы, ферментные препараты.

В апреле 2022г консультирована терапевтом по месту жительства в связи с нарастающей слабостью. Выявлена гипохромная железодефицитная и V_{12} анемия среднетяжелой степени, рекомендован прием препаратов железа и витамина V_{12} по схеме.

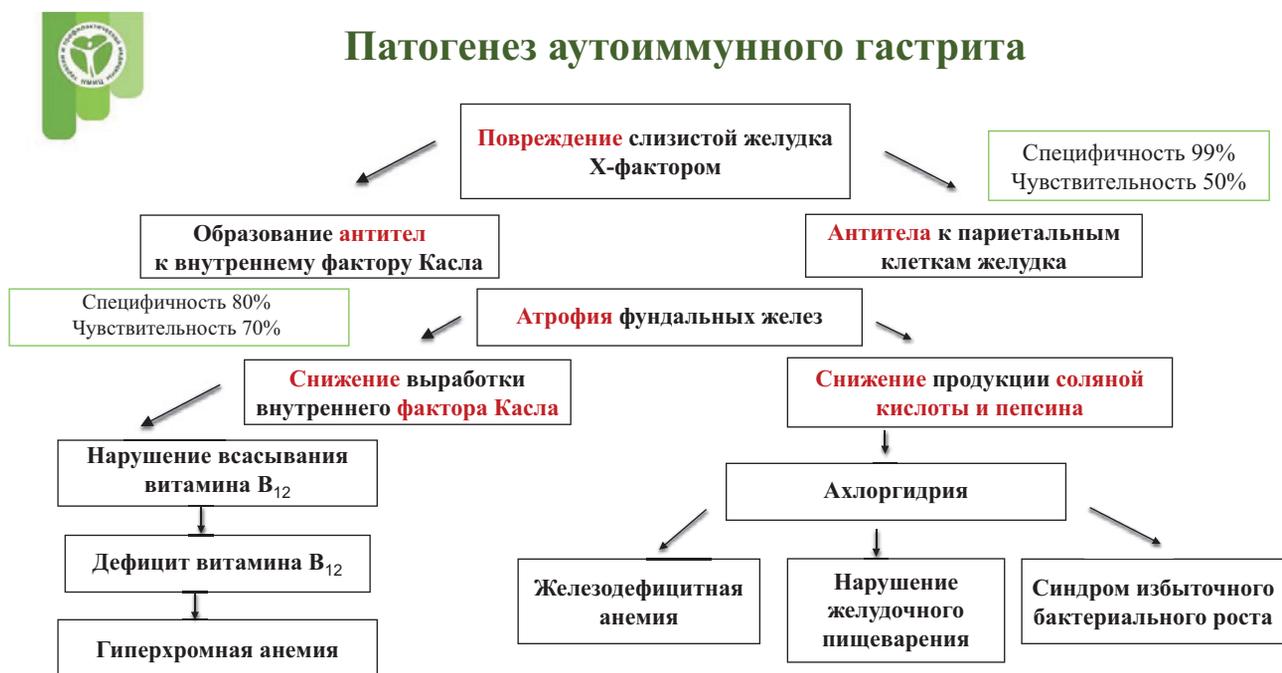
В октябре 2022г обратилась в Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины (НМИЦ ТПМ) с жалобами на чувство тяжести, тошноту после еды, снижение аппетита, раннее насыщение, ассоциированное с приёмом пищи, общую слабость, ломкость волос и ногтей, снижение толерантности к физическим нагрузкам. По данным хромоэндоскопии выявлена фовеолярная гиперплазия слизистой. Уреазный тест положительный. Проведен успешный 14-дневный курс эрадикационной терапии 1-й линии. Рекомендовано обследование в условиях стационара для уточнения диагноза. Госпитализирована в терапевтическое отделение НМИЦ ТПМ.

Из анамнеза жизни пациентки известно, что наследственность в отношении новообразований желудочно-кишечного тракта не отягощена.

По данным физикального обследования (бледность кожных покровов, наличие белого густого налета на корне языка, болезненность при пальпации в подложечной области), наличия персистирующих жалоб на слабость, лабораторных признаков железо- и V_{12} -дефицитной анемии, нами проведен ряд обследований.

1) По УЗИ и компьютерной томографии ОБП с контрастом выявлено снижение объемов и акустических свойств поджелудочной железы, 2) А-амилаза мочи — без патологий, 3) колоноскопия без органических изменений в толстой кишке, 4) биохимический анализ крови (аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза, липидограмма, билирубин и его фракции — без особенностей), 5) в общем анализе крови без отклонений, учитывая применение заместительной терапии железом и V_{12} взяты анализы на ферритин и витамин V_{12} — показатели соответствовали дефициту.

Исходя из имеющихся данных, определяется картина двух синдромов: анемического и гастроэн-



терологического. Ввиду отсутствия хромоэндоскопии с взятием биопсии по OLGA ("золотой стандарт" диагностики АГ), применена "серологическая биопсия" с определением гастрин-17, пепсиногенов 1 и 2 и их соотношения.

Таким образом, определяется картина гипохромной ахлоргидрии в теле желудка. Выявление антител к париетальным клеткам, внутреннему фактору

Касла подтвердило аутоиммунный характер имеющихся изменений.

Опираясь на полученные результаты, проведен скрининг на выявление сочетанных аутоиммунных заболеваний: гормоны щитовидной железы, УЗИ, щелочная фосфатаза, антитела к рецепторам тиреотропного гормона, глюкоза крови — все пробы соответствовали нормальным значениям.

Учитывая стабильное состояние пациентки, даны рекомендации: проведение ЭГДС с биопсией по OLGA, заместительная ферро- и В₁₂-терапия, добавление прокинетиков и препаратов псиллиума в качестве симптоматической терапии. Динамическое наблюдение не менее 1 раза в 6 мес.

Клинический заключительный диагноз

Основное заболевание: Аутоиммунный гастрит (антитела к внутреннему фактору Кастла, париетальным клеткам положительно), *Helicobacter pylori*-ассоциированный (эрадикационная терапия по стандартной тройной схеме, усиленной препаратами висмута в течение 14 дней, эффективная), ассоциированный с рефлюксом желчи.

Осложнение: Латентный дефицит железа, витамина В₁₂.

Сопутствующие заболевания: Запор функциональный. Хронический геморрой вне обострения.

Исход

Улучшение качества жизни пациентки путём восполнения дефицитов, устранение синдрома диспепсии. Четкое понимание характера заболевания, сроков повторных обследований и обсуждение с врачом динамического наблюдения.

Обсуждение

Таким образом, наличие таких неспецифических жалоб диспепсического характера в сочетании с анемией и отсутствием иной аутоиммунной пато-

логии свидетельствует о необходимости более тонкого понимания причинно-следственных связей.

Поскольку патогномичных симптомов для данного заболевания нет, ключевыми методами исследования для распознавания АГ являются эзофагодуоденоскопия с биопсией по OLGA-system и лабораторное исследование на обнаружение антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору Кастла¹. Гипергастринемия и прогрессирующая атрофия слизистой желудка служат фоном для образования неопластических образований, что требует настороженности и представлений о выявлении данной группы пациентов с последующим их динамическим наблюдением.

Заключение

Отсутствие патогномичных клинических симптомов АГ обуславливает необходимость использования серологических, эндоскопических, гистологических методов исследования для установления окончательного диагноза. При ведении подобных пациентов необходима высокая онконастороженность.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

¹ Гастрит и дуоденит. Клинические рекомендации Минздрава России. 2021г.

Литература/References

1. Aruin LI, Kononov AV, Mozgovoy SI. A new classification of chronic gastritis. Omsk: D-Graphics, 2009. 18 p. (In Russ.) Аруин Л. И.,

Кононов А. В., Мозговой С. И. Новая классификация хронического гастрита. Омск: Д-Графикс, 2009. 18 с. EDN YNHUJF.