



# Рефрактерная железodefицитная анемия как манифестация атипичной формы целиакии у взрослого пациента: обзор клинического случая

Л.О. Аметова<sup>1</sup>✉, Е.М. Доля<sup>1</sup>, М.А. Пуолокайнен<sup>2</sup>, С.А. Бекирова<sup>1</sup>, О.И. Швадченко<sup>1</sup>, Ф.И. Исмаилова<sup>1</sup>, И.Ш. Решитов<sup>1</sup>, Э.В. Саркисян<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия;

<sup>2</sup> ГБУЗ Свердловской области «Центральная городская клиническая больница №6 г. Екатеринбург», Екатеринбург, Россия

✉ [ametova-lilya@bk.ru](mailto:ametova-lilya@bk.ru)

## Аннотация

Железodefицитная анемия (ЖДА), рефрактерная к пероральной ферротерапии, представляет значительную диагностическую проблему. В ряде случаев ее причиной выступает целиакия – аутоиммунное заболевание, часто протекающее у взрослых под «масками» внекишечных проявлений.

В статье представлено клиническое наблюдение пациента 38 лет с многолетней анемией, не корректирующейся приемом препаратов железа. При отсутствии выраженных гастроинтестинальных симптомов ключевыми диагностическими признаками стали сочетание анемии с дерматитом и указание на низкоэнергетический перелом. Серологический скрининг выявил высокий титр антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG IgA), а гистологическое исследование биоптата двенадцатиперстной кишки подтвердило диагноз целиакии (атрофия ворсин IIIb стадии по Marsh–Oberhuber).

Назначение строгой безглютеновой диеты привело к полной и стойкой нормализации гематологических показателей без дополнительной ферротерапии. Случай подчеркивает необходимость включения серологического тестирования на целиакию в алгоритм обследования взрослых пациентов с необъяснимой или рефрактерной ЖДА даже при минимальной кишечной симптоматике. Роль терапевта как координатора диагностического процесса является центральной для своевременного выявления этого системного заболевания и профилактики его осложнений.

**Ключевые слова:** рефрактерная железodefицитная анемия, целиакия у взрослых, атипичная форма, антитела к тканевой трансглутаминазе, безглютеновая диета, диагностический алгоритм, терапевт.

**Для цитирования:** Аметова Л.О., Доля Е.М., Пуолокайнен М.А., Бекирова С.А., Швадченко О.И., Исмаилова Ф.И., Решитов И.Ш., Саркисян Э.В. Рефрактерная железodefицитная анемия как манифестация атипичной формы целиакии у взрослого пациента: обзор клинического случая. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (4): 31–34. DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00815

## Refractory iron deficiency anemia as a manifestation of an atypical form of celiac disease in an adult patient: a review of a clinical case

Lilya O. Ametova<sup>1</sup>✉, Elena M. Dolya<sup>1</sup>, Maria A. Puolokainen<sup>2</sup>, Sabrie A. Bekirova<sup>1</sup>, Olga I. Shvadchenko<sup>1</sup>, Ferida I. Ismailova<sup>1</sup>, Ilyas Sh. Reshitov<sup>1</sup>, Emma V. Sarkisyan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Georgievsky Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol, Russia;

<sup>2</sup> Yekaterinburg Central City Clinical Hospital No. 6, Yekaterinburg, Russia

✉ [ametova-lilya@bk.ru](mailto:ametova-lilya@bk.ru)

## Abstract

Iron deficiency anemia (IDA) refractory to oral ferrotherapy poses a significant diagnostic challenge. In some cases, the underlying cause is celiac disease, an autoimmune disorder that often manifests in adults with non-classical, extraintestinal symptoms.

This article presents a clinical case of a 38-year-old male patient with long-standing anemia unresponsive to iron supplementation. In the absence of prominent gastrointestinal symptoms, the key diagnostic clues were the combination of anemia with dermatitis and a history of a low-energy fracture. Serological screening revealed a high titer of anti-tissue transglutaminase antibodies (anti-tTG IgA), and histological examination of a duodenal biopsy confirmed the diagnosis of celiac disease (villous atrophy, Marsh–Oberhuber stage IIIb).

The initiation of a strict gluten-free diet led to the complete and sustained normalization of hematological parameters without further iron therapy. This case highlights the necessity of including serological testing for celiac disease in the diagnostic workup of adult patients with unexplained or refractory IDA, even in the presence of minimal intestinal symptoms. The role of the internist as the coordinator of the diagnostic process is central to the timely detection of this systemic disorder and the prevention of its complications.

**Keywords:** refractory iron deficiency anemia, adult celiac disease, atypical presentation, anti-tissue transglutaminase antibodies, gluten-free diet, diagnostic algorithm, internal medicine.

**For citation:** Ametova L.O., Dolya E.M., Puolokainen M.A., Bekirova S.A., Shvadchenko O.I., Ismailova F.I., Reshitov I.Sh., Sarkisyan E.V. Refractory iron deficiency anemia as a manifestation of an atypical form of celiac disease in an adult patient: a review of a clinical case. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 31–34 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.4.00815

## Введение

Железodefицитная анемия (ЖДА) представляет собой глобальную медико-социальную проблему, остава-

ясь самым распространенным анемическим синдромом в общей популяции и частой причиной обращения за медицинской помощью [1]. В рутинной клинической

практике алгоритм ведения пациента с впервые выявленной ЖДА традиционно фокусируется на поиске источника хронической кровопотери, прежде всего в желудочно-кишечном тракте и, у женщин репродуктивного возраста, в гинекологической сфере. Однако значительную диагностическую сложность представляют случаи так называемой рефрактерной или необъяснимой ЖДА, когда, несмотря на исключение очевидных причин кровопотери и адекватную пероральную ферротерапию, не достигается стойкая нормализация гематологических параметров. По данным современных исследований, доля таких случаев может достигать 5–15% от общего числа пациентов с ЖДА, формируя особую когорту, требующую расширенного и глубокого диагностического поиска [2].

В этом контексте одной из наиболее клинически значимых, но часто упускаемых из виду причин рефрактерной ЖДА у взрослых является целиакия (глютенная энтеропатия) – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся развитием атрофии слизистой оболочки тонкой кишки в ответ на употребление глютена у генетически предрасположенных лиц [3]. Исторически сложившийся стереотип о целиакии как о болезни детского возраста, манифестирующей исключительно синдромом мальабсорбции с диареей, стеатореей и задержкой развития, был кардинально пересмотрен за последние десятилетия. Эпидемиологические данные свидетельствуют, что пик диагностики заболевания нередко приходится на четвертое-пятое десятилетие жизни, а так называемые «атипичные», или «внекишечные», формы преобладают над классическими [4]. При этом ЖДА выступает в качестве наиболее частого внекишечного проявления, встречаясь у 40–80% взрослых пациентов с впервые диагностированной целиакией и нередко являясь ее единственным клиническим признаком на протяжении многих лет [5].

Патогенез анемии при целиакии является мультифакторным. Ведущим механизмом служит хроническая мальабсорбция железа в основной зоне его активного всасывания – проксимальных отделах тонкой кишки, слизистая оболочка которой подвергается наибольшим морфологическим изменениям. Параллельно часто развивается сопутствующий аутоиммунный гастрит (до 30% случаев), приводящий к ахлоргидрии и нарушению высвобождения железа из пищевого гема. Кроме того, хроническое воспаление в кишечной стенке может способствовать повышению уровня гепсидина – ключевого регулятора метаболизма железа, что блокирует его всасывание и реутилизацию из макрофагов [6]. Таким образом формируется сложный дефицит, плохо отвечающий на стандартную пероральную ферротерапию.

Диагностическая проблема усугубляется тем, что терапевты и врачи общей практики, будучи первым звеном в контакте с пациентом, испытывающим слабость и утомляемость, часто ограничиваются назначением препаратов железа, не инициируя поиск первичной причины дефицита. Отсутствие выраженных диспепсиче-

ских или абдоминальных жалоб создает иллюзию «идиопатической» анемии. Между тем поздняя диагностика целиакии чревата развитием серьезных системных осложнений: тяжелого остеопороза и остеомалации, вторичного гипогонадизма, неврологических нарушений (атаксия, нейропатия), дерматитов, а также существенным (в 3–6 раз) повышением риска развития лимфом тонкой кишки и других лимфопролиферативных заболеваний [7].

Представленный ниже клинический случай служит наглядной иллюстрацией типичного диагностического сценария, с которым ежедневно сталкиваются в своей практике терапевты. Он демонстрирует важность целостного клинического мышления, умения анализировать совокупность, казалось бы, разрозненных симптомов и последовательного, логически выстроенного диагностического алгоритма, инициируемого врачом первичного звена. Акцент делается на ключевых «красных флагах», которые должны насторожить клинициста и сподвигнуть его к расширению обследования, а также на доказательной базе, оправдывающей включение скрининга на целиакию в стандартный протокол ведения пациента с рефрактерной ЖДА.

### Клинический случай

*Анамнез и первичное обращение.* Пациент К., 38 лет, менеджер, обратился в поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на прогрессирующую в течение последних 6–8 мес общую слабость, быструю утомляемость, снижение привычной работоспособности, одышку при умеренной физической нагрузке (подъем на 2-й этаж), периодический шум в ушах и мелькание «мушек» перед глазами. Из сопутствующих симптомов отмечал нерегулярное эпизодическое вздутие живота и дискомфорт в эпигастральной области, возникающие обычно через 1–2 ч после еды и не связанные с характером пищи. Наличие выраженных болей в животе, тошноты, рвоты, диареи или запора пациент отрицал. Потери массы тела не отмечал.

При детальном сборе анамнеза жизни и заболевания было установлено, что подобные жалобы на повышенную утомляемость пациент отмечал и ранее, на протяжении примерно трех лет. Дважды (около двух и полутора лет назад) в ходе профилактических осмотров у него выявлялось снижение уровня гемоглобина (Hb) – 105 и 108 г/л соответственно. Оба раза участковым терапевтом диагностировалась ЖДА легкой степени, назначалась пероральная ферротерапия препаратом трехвалентного железа в стандартной дозировке курсом на 3 мес. По словам пациента, на фоне приема препарата самочувствие незначительно улучшалось, однако через 2–3 мес после окончания курса слабость возвращалась. Контрольные анализы крови через 4–6 мес после лечения, согласно амбулаторной карте, вновь регистрировали снижение уровня Hb до 110–112 г/л. Таким образом, сформировался характерный анамнез рецидивирующей, частично рефрактерной к пероральному лечению ЖДА.

Важными деталями, выявленными при целенаправленном расспросе, стали:

1. Дерматологический симптом: пациент сообщил о наличии на коже разгибательных поверхностей обоих локтевых суставов участков слабой гиперпигментации, которые он отмечал «годами», считал проявлением сухости кожи или последствием случайных микротравм и не придавал им значения.

2. Костный анамнез: около 10 мес назад пациент получил низкоэнергетический перелом дистального отдела правой лучевой кости («перелом Коллеса») при падении на ровном месте с высоты собственного роста. Перелом сросся в стандартные сроки, травматологом никаких комментариев относительно состояния костной ткани в то время не высказывалось.

3. Семейный анамнез: оказался отягощен по аутоиммунной патологии – у сестры пациента в 25 лет был диагностирован аутоиммунный тиреоидит (болезнь Хашимото).

*Данные объективного и лабораторно-инструментального обследования на этапе обращения.* При объективном осмотре состояние пациента оценивалось как удовлетворительное. Обращала на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. На локтях визуализировались симметричные участки неяркой гиперпигментации с легким шелушением, не возвышающиеся над поверхностью кожи (визуально соответствовали проявлениям dermatitis herpetiformis Dühring – герпетиформного дерматита, часто ассоциированного с целиакией). Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердечно-сосудистой системы: частота сердечных сокращений – 88 уд/мин, артериальное давление – 125/80 мм рт. ст., при аускультации выслушивался негрубый систолический шум на верхушке сердца. Язык был слегка атрофичным, «лакированным». Живот при пальпации был мягким, умеренно чувствительным в эпигастрии, без признаков органомегалии или объемных образований.

Результаты первичного обследования выявили четкую лабораторную картину абсолютного дефицита железа. В клиническом анализе крови регистрировалась гипохромная микроцитарная анемия средней степени тяжести (Hb 98 г/л, MCV 74 фл). Биохимические показатели обмена железа демонстрировали глубокое истощение депо (сывороточное железо – 4,8 мкмоль/л, ферритин – 7 нг/мл) на фоне компенсаторного повышения общей железосвязывающей способности сыворотки (85 мкмоль/л) и уровня трансферрина (4,5 г/л) при критически низком насыщении последнего (6%). Нормальный уровень С-реактивного белка (<3 мг/л) позволил исключить анемию хронического воспаления.

Стандартный инструментальный поиск источника кровопотери не выявил патологии. Результаты трехкратного анализа кала на скрытую кровь иммунохимическим методом были отрицательными. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и колоноско-

пии макроскопических изменений слизистой оболочки, эрозивно-язвенных дефектов или признаков опухолевого роста обнаружено не было. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза также не показало отклонений.

Таким образом, был подтвержден факт тяжелой рефрактерной ЖДА, но исключены ее наиболее частые причины. Этот диагностический тупик стал основанием для пересмотра диагностической гипотезы в сторону синдрома мальабсорбции.

Совокупность трех ключевых факторов: 1) рефрактерный характер ЖДА, 2) дерматологические проявления, 3) указание на низкоэнергетический перелом (маркер возможной остеопении) – сформировала убедительную клиническую картину, наводящую на мысль о системном заболевании с синдромом мальабсорбции. С учетом семейного анамнеза по аутоиммунной патологии в первую очередь было заподозрено наличие атипичной (внекишечной) формы целиакии.

Был проведен целенаправленный серологический скрининг на целиакию:

1. Антитела к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG) класса IgA: результат >100 Ед/мл (при референсном значении <10 Ед/мл), что являлось резко положительным результатом.

2. Общий иммуноглобулин А (IgA): 2,1 г/л (норма 0,7–4,0 г/л), что исключало селективный дефицит IgA, способный дать ложноотрицательный результат теста на anti-tTG IgA.

Полученные данные являлись высокоспецифичным серологическим маркером активной целиакии с чувствительностью и специфичностью, превышающими 95% [8, 9].

Для окончательного подтверждения диагноза, согласно современным международным и российским клиническим рекомендациям, необходима была морфологическая оценка состояния слизистой оболочки тонкой кишки [6]. Пациенту была проведена повторная ЭГДС с множественной биопсией (не менее 4–6 фрагментов) из луковицы и постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки.

В биоптатах слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки выявлены тотальная атрофия кишечных ворсин (ворсинчатый эпителий уплощен, ворсины резко укорочены и утолщены), гиперплазия крипт и диффузная лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки с увеличением числа интраэпителиальных лимфоцитов (>30 на 100 эпителиоцитов). Данная картина соответствовала IIIb стадии по классификации Marsh–Oberhuber, что является морфологическим «золотым стандартом» диагностики целиакии.

Для оценки состояния костной ткани, предположение о нарушении которого было обусловлено анамнезом, проведена двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра. Результат выявил снижение минеральной плотности кости, соответствующее остеопении, – Т-критерий -1,8 в поясничном отделе (L<sub>1-IV</sub>).

Окончательный диагноз был сформулирован следующим образом: целиакия, атипичная (внекишечная) форма, активная стадия. Стадия IIIb по Marsh–Oberhuber. Внекишечные проявления: железодефицитная анемия тяжелой степени, герпетический дерматит Дюринга, остеопения. Вторичный остеопороз на фоне мальабсорбции кальция и витамина D.

**Лечение и динамическое наблюдение.** В качестве основы патогенетической терапии была назначена строгая пожизненная безглютеновая диета. Пациент получил подробную консультацию диетолога, специализирующегося на целиакии, с разъяснением необходимости исключения всех продуктов, содержащих пшеницу, рожь, ячмень и их производные, включая скрытые источники глютена. Для коррекции тяжелого дефицита железа на старте лечения был временно (на 2 мес) назначен пероральный препарат трехвалентного железа в терапевтической дозе, а также рекомендован прием препаратов кальция и витамина D для лечения остеопении.

Динамика на фоне безглютеновой диеты оказалась впечатляющей.

Через 3 мес отмечено значительное улучшение самочувствия: исчезли слабость, одышка, шум в ушах. Уровень Hb повысился до 118 г/л. Пациент отметил регресс высыпаний на локтях. Прием препарата железа был прекращен.

Через 6 мес: Hb – 132 г/л, сывороточный ферритин – 25 нг/мл. Показатели продолжали улучшаться без ферротерапии.

Через 12 мес – полная нормализация гематологических показателей: Hb – 145 г/л, ферритин – 52 нг/мл. Титр anti-tTG IgA снизился до 15 Ед/мл, что свидетель-

ствовало о положительном серологическом ответе и соблюдении диеты. При контрольной ЭГДС с биопсией через год отмечено частичное восстановление структуры ворсин (переход во II стадию по Marsh–Oberhuber). Пациент чувствовал себя полностью здоровым, вел активный образ жизни.

## Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует критическую важность включения целиакии в дифференциально-диагностический ряд у всех взрослых пациентов с рефрактерной или необъяснимой ЖДА даже при отсутствии выраженных кишечных симптомов. Сочетание упорной ЖДА с другими потенциальными внекишечными маркерами (дерматит, остеопения) требует от терапевта целенаправленного серологического скрининга (anti-tTG IgA) как экономически эффективного и высокоинформативного первичного метода. Своевременная верификация диагноза посредством эндоскопической биопсии и назначение строгой безглютеновой диеты не только обеспечивают полную коррекцию анемии, но и служат ключевой мерой профилактики тяжелых долгосрочных осложнений заболевания, таких как остеопороз, неврологический дефицит и лимфолифферативные состояния, реализуя тем самым принципы превентивной и персонализированной медицины в практике врача-терапевта.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that they have no conflict of interest.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Аметова Лилия Османовна** – врач-терапевт, ординатор каф. психиатрии Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». E-mail: ametova-lilya@bk.ru; ORCID: 0000-0003-1496-4954

**Доля Елена Михайловна** – канд. мед. наук, доц. каф. внутренней медицины №2 Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского». E-mail: dolyalena@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0766-3144; SPIN-код: 4430-806

**Пуолокайнен Мария Андреевна** – врач-терапевт, ГБУЗ СО «Центральная городская клиническая больница №6 г. Екатеринбург»

**Бекирова Сабрие Абибуллаевна** – студентка Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

**Швадченко Ольга Игоревна** – врач-терапевт, Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

**Исмаилова Ферид Идрисовна** – студентка Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

**Решитов Илья Шевкетович** – студент Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

**Саркисян Эмма Владиковна** – студентка Ордена Трудового Красного Знамени Медицинского института им. С.И. Георгиевского ФГАУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

Поступила в редакцию: 28.01.2026

Поступила после рецензирования: 10.02.2026

Принята к публикации: 26.02.2026

## INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Lilya O. Ametova** – general practitioner, Resident, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: ametova-lilya@bk.ru; ORCID: 0000-0003-1496-4954

**Elena M. Dolya** – Cand. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University. E-mail: dolyalena@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-0766-3144; SPIN-code: 4430-806

**Maria A. Puolokainen** – general practitioner, Yekaterinburg Central City Clinical Hospital No. 6

**Sabrie A. Bekirova** – Student, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University

**Olga I. Shvadchenko** – general practitioner, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University

**Ferida I. Ismailova** – Student, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University

**Ilyas Sh. Reshitov** – Student, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University

**Emma V. Sarkisyan** – Student, Georgievsky Order of the Red Banner Medical Institute, Vernadsky Crimean Federal University

Received: 28.01.2026

Revised: 10.02.2026

Accepted: 26.02.2026