

УДК 616.341-056.11:613.26:633

Синдром раздраженной кишки и целиакия. Что прячется за ширмой?

Е.Ю. Губская

*Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев***Ключевые слова:** синдром раздраженной кишки, целиакия, глютенная энтеропатия

Синдром раздраженной кишки (СРК) является одним из самых распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Среди заболеваний органов пищеварения в США СРК является вторым по распространенности после гастроэзофагеальной рефлюксной болезни [2]. По оценкам американских специалистов прямые медицинские затраты на ведение больных с СРК составляют: - 1,6 млрд. долларов в год, непрямые - 19,2 млрд. долларов в год. Так, больные СРК пропускают в 3 раза больше рабочих дней по сравнению с лицами без симптомов этого заболевания. Ежегодно в США 2,4-3,5 млн. врачебных консультаций посвящено именно СРК, во время которых выписывается около 2,2 млн. рецептов. В связи с этим огромное количество современных публикаций и выступлений специалистов - гастроэнтерологов на международных конференциях посвящено обсуждению вопросов оптимизации терапии СРК.

Как известно, СРК характеризуется абдоминальной болью или дискомфортом, которые ассоциированы и изменениями частоты стула или консистенции кала. Диагностика СРК базируется Римских критериях II (уже опубликованы обнов-

ленные диагностические Римские критерии III, в которых несколько изменились расставленные ранее акценты). Постановка диагноза СРК правомочна при полном отсутствии органической патологии в кишечнике и наличии в анамнезе пациента дискомфорта и /или боли в животе, продолжающихся не менее 12 последовательных недель в течение последних 12 месяцев, и облегчающихся после дефекации [2]. При этом абдоминальная симптоматика и отсутствие изменений слизистой оболочки толстой кишки свойственны не только СРК, как функциональному расстройству деятельности пищеварительного канала, но и некоторым заболеваниям тонкой кишки, самым распространенным из которых на сегодняшний день считается целиакия.

Поэтому определенный интерес представляет анализ взаимоотношений СРК и целиакии (глютенной энтеропатии) - заболевания, связанного с пищевой непереносимостью злаков и поражающего слизистую оболочку тонкой кишки. К сожалению, на сегодняшний день целиакия в 60-75% случаев не имеет четко очерченной клинической симптоматики [4] и проявляется либо атипично - четко не локализованными болями в животе, различными наруше-

ниями стула, включая изменения его частоты и консистенции, либо латентно, скрываясь таким образом за другими заболеваниями и часто выставляемыми клиническими диагнозами. И хотя многочисленные литературные данные свидетельствуют о том, что доля больных с целиакией среди пациентов с СРК достаточно высока и достигает 30% [7], а в первом отечественном исследовании, проведенном на кафедре факультетской терапии №1 Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, было выявлено, что этот показатель составляет 12% [1], исключения глютенной энтеропатии среди больных с СРК в Украине не проводится. Таким образом, СРК становится хорошей ширмой и «удобным» диагнозом, прикрывающим нераспознанную глютенную энтеропатию [7]. Ведение недообследованных пациентов с СРК- подобной симптоматикой становится необоснованно дорогим и бесперспективным. [5]. Понятно, что никакая симптоматическая терапия, назначаемая при СРК, не может ни решить проблем больного с нераспознанной целиакией с одной стороны, ни облегчить симптоматику СРК у больного с глютенной энтеропатией - с другой.

Цель работы

Выявить среди больных целиакией лиц с СРК- подобной симптоматикой. Изучить влияние безглютеновой диеты на течение и динамику СРК – подобной симптоматики у больных целиакией.

Материал и методы исследования

Материалом исследования стали 202 больных с диагностированной за период 2003 – 2006г.г. на кафедре факультетской терапии №1 с курсом последипломной подготовки врачей по гастроэнтерологии и эндоскопии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца целиакией. Возраст больных колебался в пределах 17 - 68 лет (средний возраст - 40,1 лет). Распределение по полу составило 107 женщин и 95 мужчин. Целиакия диагностировалась на основании выявления в сыворотке крови специфических биомаркеров целиакии - антител к глиадину (АГА) в титре выше 15 Ед/мл и/ или тканевой транслугтаминазе (тТГА) в титре выше 12 Ед/мл и верифицировалась морфологически при исследовании биоптатов слизистой оболочки нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, полученных во время видеогастродуоденоскопии (ВЭГДС) [3]. Морфологическая диагностика целиакии осуществлялась согласно общепринятой классификации и критериев M.Marsh [3]. Нами был проведен анализ амбулаторных карт и историй болезни включенных в исследование больных с целью выявления лиц, имевших при поступлении или в качестве предварительного диагноза диагноз СРК. В этой группе нами определялась правомочность постановки диагноза СРК: тщательно анализировались жалобы и клиническая симптоматика, данные об-

щеклинических методов обследования (общий и биохимический анализ крови, мочи, кала, исследование кала на дисбиоз, ультразвуковое исследование органов брюшной полости); исключалась органическая патология кишечника по результатам осмотра проктолога и видеокколоноскопии (ВКС) и/ или ирригоскопии.

Анализ жалоб и клинической симптоматики 202 включенных в исследование больных целиакией свидетельствовал о том, что у большинства из них наблюдались различные СРК – подобные проявления. Боль в животе (у 65%) была не четко локализованной, часто имела не определенный характер и часто носила характер дискомфорта (58%). Метеоризм оказался самым встречающимся (69%) при целиакии симптомом. Изменение консистенции кала, как правило, ассоциировалось с абдоминальным дискомфортом и часто совпадало с началом заболевания и первичным обращением к врачу. Связь с дефекацией и облегчение после нее выявлено у 47 (23%) больных. Слизь в кале у наблюдаемых выявлены явления кишечного дисбиоза. У 25% пациентов отмечалась выраженная психоэмоциональная лабильность, явления психастении, депрессивный и ипохондрический синдром, что подталкивало врачей к мысли о наличии функциональной патологии кишечника.

Таким образом, нами были выявлены 47 больных – 23% всех включенных в исследование пациентов, клиническая симптоматика которых укладывалась в общепринятые диагностические критерии СРК (Римский критерии II). По результатам осмотра проктолога и ФКС/ ирригации у них отсутствовала органическая патология толстого кишечника, что позволило врачам выставить им диагноз СРК.

Дальнейший анализ результатов обследования группы из 47 больных с диагнозом СРК позволил разделить ее в зависимости от преобладания клинической симптоматики на три подгруппы (рис.1). В первую подгруппу вошли 30 больных (64% больных с диагнозом СРК) с преобладанием хронического диарейного синдрома. Стул больных в этой группе по своим характеристикам колебался от кашицеобразного до

жидкого, водянистого. Частота дефекации колебалась от 2 до 16 раз в сутки. У 8 больных (17%) (подгруппа 2) наблюдались запоры. Во второй подгруппе больные жаловались на необходимость натуживаться во время дефекации, и отмечали ощущение неполного опорожнения кишечника. В подгруппу 3 вошли 9 больных (19%) с неустойчивым стулом, характеризовавшимся чередованием поносов с запорами.

Проведенное нами изучение анамнестических данных больных исследуемой группы установило, что многие из них до того, как у них была диагностирована целиакия, длительно и, порой, безуспешно лечились от СРК. Длительность СРК в данной группе колебалась от впервые диагностированной до 10 лет, и в среднем составила 3,4 года (рис.2).

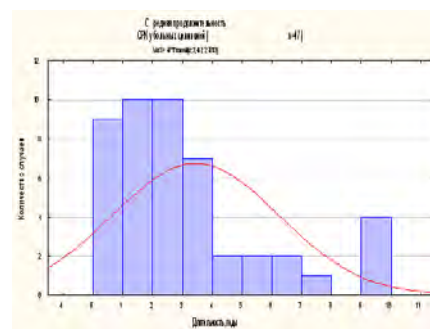


Рис. 2: Длительность симптомов СРК в группе больных целиакией



Рис. 1: Группы больных с СРК в зависимости от преобладания клинической симптоматики

Далее нами было проведено изучение влияния специфического лечения целиакией, а именно безглютеновой диеты, на динамику СРК – подобной клинической симптоматики. В результате было установлено, что уже через 6 месяцев после начала лечения у всех больных, имевших хороший комплаенс и строго следовавших назначениям врача, общее состояние значительно улучшалось, безглютеновая диета способствовала устранению СРК- подобной симптоматики в 89% случаев без дополнительного применения симптоматических средств. Через 1 год лечения целиакии симптоматика СРК у всех больных, не нарушавших диету, полностью отсутствовала.

Обсуждение результатов

Результаты нашей работы свидетельствуют о том, что 23% больных целиакией имеют симптомы СРК,

выступающие на первый план и скрывающие атипичную или латентную целиакию. Согласно литературным данным, частота СРК среди лиц без целиакии составляет 5-6% [8], что дает основание относить лиц с СРК к группе высокого риска наличия целиакии. Согласно полученным нами данным средняя продолжительность СРК в группе отобранных больных до выявления у них целиакии составила 3,4 лет, тогда как другие исследователи сообщают о том, что диагностика целиакии может запаздывать на 5-7 лет после появления начальной клинической симптоматики [4]. Обсуждая возможные причины тесной взаимосвязи СРК с целиакией, можно предположить, что воспаление слизистой оболочки тонкой кишки при глютенной энтеропатии становится predisposing фактором в возникновении симптомов СРК. Безглютеновая диета, как единственный метод лечения целиакии, позволяет не

только полностью восстанавливать структуру тонкой кишки, пораженную основным заболеванием, но и устранять СРК-подобную симптоматику.

Выводы

В результате проведенного нами исследования выявлено:

1. 23% больных с диагностированной целиакией ранее в среднем 3,4 года наблюдались врачами по поводу СРК.

2. СРК следует относить к группе высокого риска наличия целиакии.

3. необходимо обследование всех больных с СРК с целью исключения у них целиакии.

Литература

23. Передерий В.Г., Ткач С.М., Перекрестова

Е.А. Доля больных с целиакией среди пациентов с предполагаемым СРК

24. Руководство по синдрому раздраженного кишечника // *Therapia* – 2006 - №4 – С.14-16

25. Celiac disease. WHO- OMGE: Practice guidelines // *World Gastroenterology News*, Vol.10, Issue 2, 2005, Suppl.1-8- P.1-8

26. Craig D., Robins G., Howdle P. Advanced in Celiac Disease // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2007 (23 (2)) – P.142-148

27. Spiegel BM, DeRosa VP, Gralnek IM et al. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis // *Gastroenterology*. – 2004. – 126(7) – P.1721-1732

28. Wabschaffe UR, Riecken EO, Schulzke JD Celiac disease- like abnormalities in a subgroup of patients with irritable bowel syndrome // *Gastroenterology*. – 2001, 121 – P.1329-1338

29. William L., Hasler M Celiac sprue as a possible cause of symptoms in pd irritable bowel syndrome // *Gastroenterology* – 2001, 122- P. 2086-2087

30. O'Leary C, Wieneke P., Buckley S et al. Celiac disease and irritable bowel- type symptoms // *Am J Gastroenterol.* – 2002 – 97(6).- P.1463-1467

Синдром подразненої кишки та целиакія. Що ховається за ширмою?

О.Ю.Губська

За результатами оригінального дослідження 23% хворих на целиакию мають симптоматику синдрому подразненої кишки (СПК), яка виступає на передній план та переховує основне захворювання. Специфічне лікування целиакиї дозволяє досягати повної ліквідації СПК – подібної симптоматики у хворих на целиакию без додаткового симптоматичного лікування.

Irritable bowel syndrome and celiac disease. What is behind the screen?

O.Ju. Gubska

The original investigation shows that 23% of patients with celiac disease (CD) have symptoms of irritable bowel syndrome (IBS). Specific treatment of CD gives good results in IBS- like symptoms in CD patients.