

ХРОНІЧНА ДІАРЕЯ ЯК ФАКТОР ВИСОКОГО РИЗИКУ НАЯВНОСТІ ЦЕЛІАКІЇ

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

ХРОНІЧНА ДІАРЕЯ ЯК ФАКТОР ВИСОКОГО РИЗИКУ НАЯВНОСТІ ЦЕЛІАКІЇ. У статті наведені власні дані вивчення частоти целіакії серед хворих на хронічну діарею. У результаті дослідження встановлено, що серед 236 обстежених 16,5 % мають целіакію, що раніше не діагностована. Зроблений висновок про необхідність обов'язкового обстеження осіб з хронічною діареєю як фактором високого ризику наявності целіакії.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ КАК ФАКТОР ВЫСОКОГО РИСКА НАЛИЧИЯ ЦЕЛИАКИИ. В статье представлены собственные данные изучения частоты целиакии среди больных с хронической диареей. В результате исследования было выявлено, что среди 236 обследованных 16,5 % имеют ранее не диагностированную целиакию. Сделан вывод о необходимости обязательного обследования лиц с хронической диареей как фактором высокого риска наличия целиакии.

CHRONIC DIARRHEA AS THE HIGH- RISK FACTOR OF CELIAC DISEASE. The article presents own data concerning investigation of 236 patients with chronic diarrhea. As the result - 16,5 % of investigated patients have celiac disease. Necessity of detailed examination of all persons with chronic diarrhea as a high risk factor substantiated.

Ключові слова: хронічна діарея, целіація, імуноферментний аналіз.

Ключевые слова: хроническая диарея, целиакия, иммуноферментный анализ.

Key words: celiac disease, chronic diarrhea, immunoassay analysis.

ВСТУП Діарея – часте або одноразове випорожнення кишечника з виділенням рідких калових мас. Діарея вважається хронічною, якщо її тривалість перебільшує 3 тижні, систематично відмічається велика кількість випорожнення, вага якого перебільшує 200 – 300 г/добу [1]. Хронічна діарея є симптомом та наслідком багатьох захворювань, серед яких патологія тонкої кишки (ентерити, ентеропатії) займає провідне місце. До сьогодні діагностика захворювань тонкої кишки була обмеженою, що обумовлено анатомічними особливостями органа, складнощами доступу, відсутністю простих та доступних діагностичних тестів. Таким чином, патологія тонкої кишки діагностувалася досить рідко. На сьогодні завдяки впровадженню нових, сучасних методів діагностики, встановлено, що одним з найпоширеніших захворювань тонкої кишки є целіакія (глютенова ентеропатія), яка раніше вважалася вкрай рідкісним захворюванням [4].

Целіакія – це генетично детерміноване захворювання тонкої кишки, яке виникає внаслідок повного харчового несприйняття продуктів, які містять глютен (основний білок злаків – пшениці, жита, ячменю, вівса), уражує слизову оболонку тонкої кишки, призводячи до її атрофії. Типовими клінічними проявами “класичної” (типової) целіакії є хронічна діарея з поліфекалією, стеатореєю та розвитком синдрому мальабсорбції III або II ступенів. Діарея при целіакії виникає внаслідок зниження загальної всмоктувальної поверхні слизової оболонки тонкої кишки. Частота випорожнення може коливатися від 2 до 10 та більше разів на добу як у денний, так і у нічний час. Навіть, якщо пацієнт не скаржиться на значну частоту дефекацій, має місце значна поліфекалія. Випорожнення – світлі, рідкі, пінисті, або глиноподібні, замазкоподібні. Частіше, ніж “класична” форма целіакії, зустрічається “атипова” (субклінічна, прихована) целіакія, при якій вираженість гастроентерологічної симптоматики є незначною, а на перший план виступають позакишкова симптоматика: порушення функції нервової системи (міопатії, нейропатії, психоемоційні розлади), залізодефіцитна анемія, ураження слизової оболонки ротової порожнини (глосити, стоматити), статеві розлади (жіноче або чоловіче безпліддя, спонтанні аборти), біль у кістках, суглобах, остеопороз. Целіакія призводить до значного зниження якості життя пацієнтів. У хворих з недіагностованим захворюванням у декілька разів підвищений ризик виникнен-

ня злоякісних ускладнень з боку органів травлення (лімфоми тонкої кишки, аденокарциноми кишечника, стравоходу, неходжкінської лімфоми, орофарингеального раку) [4, 5], що робить целіакію актуальною проблемою сучасної медицини.

Враховуючи той факт, що на сьогодні поширеність целіакії оцінюється як така, що складає 1% популяції [4], вивчення проблеми глютенної ентеропатії набуває особливої значущості.

МЕТОЮ нашого дослідження стала оцінка поширення целіакії серед пацієнтів з хронічною діареєю.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ За матеріал дослідження стали 236 пацієнтів віком від 18 до 67 років, серед них жінок – 130, чоловіків – 136. В усіх хворих більше, ніж 3 місяці, спостерігалася хронічна діарея, поліфекалія з виділенням рідких випорожнень частіше, ніж 3 рази на добу. Класичний синдром мальабсорбції – ускладнення типової клінічної форми целіакії – спостерігався у 16 хворих. Усім пацієнтам проводилося загальноклінічне обстеження (загальний та біохімічний аналізи крові), копрограма та аналіз калу на дисбіоз, УЗД органів черевної порожнини. Усім пацієнтам виконувався імуноферментний аналіз (ELISA) з визначенням титрів специфічних для целіакії серологічних біомаркерів – антитіл до гліадину (АГА IgA) та антитіл до тканинної трансглютамінази (тТГА IgA). Діагностичними вважалися наступні показники: АГА IgA вище, ніж 15 Од/л, тТГА вищий, ніж 12 Од/л. Наступним діагностичним етапом було проведення ВЕГДС з біопсією слизової оболонки дванадцятипалої кишки та подальшим морфологічним аналізом біоптатів в усіх пацієнтів, в яких концентрація АГА IgA та тТГА IgA перевищувала норму [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ У ході проведеного аналізу специфічні біомаркери целіакії - АГА IgA та тТГА IgA - у діагностичних межах були виявлені у 39 хворих з 236 обстежених. Концентрація АГА IgA коливалася у межах від 15 до 289 Од/мл, тТГА IgA – від 12 до 120 Од/мл. Морфологічний аналіз біоптатів слизової оболонки дванадцятипалої кишки у хворих, відібраних за результатами АГА та тТГА, встановив різні типи ураження, притаманні целіакії (згідно із класифікацією М.Marsh). Так, нормальна картина слизової оболонки (Marsh 0) виявлена у 5 (12,8 %) хворих, стадія лімфоцитарного ентериту (Marsh 1) – у 11 (28,1 %); лімфоцитарний ентерит з гіперплазією крипт (Marsh 2) – 7 (18 %); інтраепітеліальний лімфоцитоз, гіперплазія крипт з частковою атрофією ворсин (Marsh 3A)- 6 (15,4 %); субтотальна атрофія ворсин (Marsh 3B)- у 6 (15,4 %) та тотальна атрофія (Marsh 3C) - в 4 (10,3 %) обстежених. Таким чином, у 39 (16,5 %) обстежених пацієнтів з хронічною діареєю встановлений діагноз целіакії. Отримані нами дані свідчать про високу частоту глютенної ентеропатії серед пацієнтів з хронічним діарейним синдромом та корелюють з результатами досліджень інших авторів. Так, за даними російських дослідників [6] поширеність целіакії при хронічній діарейі складає 16,9 %, а результати іракських науковців свідчать про більш високу частоту, яка досягає 20 % [3].

ВИСНОВКИ Результати обстеження 236 хворих на хронічну діарею, проведені на кафедрі факультетської терапії №1 Національного медичного університету, свідчать про високу частоту целіакії серед дослідженої групи, яка досягає 16,5 %. Отриманий нами результат корелює з даними світової статистики та свідчить про необхідність відносити пацієнтів з хронічною діареєю до групи високого ризику наявності целіакії. До плану обстеження хворих на хронічну діарею необхідно додати обов'язкове проведення серо-