

УДК: 616.33:615.24

Целіакія і асоційовані синдроми

І.О. Іськова

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського, Сімферополь

Ключові слова: целіакія, діагностика, асоційовані синдроми

Целіакія відноситься до числа надмірного бактеріального росту і прискореного пасажу по тонкому найпоширеніших і в той же час порушень моторики тонкої кишки кишечника, і середня тривалість транзиту складала $58,88 \pm 6,23$ хвилини. Нормальна важко діагностуємих захворювань використовувався H_2 -водневий дихальний тест, що виконувався за допомогою моторно-евакуаторна функція була Всесвітньої асоціації гастроентерологів мікровимірювача Micro H_2 Meter (Micro Medical Ltd., UK).

поширеність целіакії по різних регіонах складає 0,5% - 1%. Тривала дія глютену на організм пацієнта призводить до підвищеної захворюваності такими аутоімунними хворобами, як цукровий діабет 1 типу, аутоімунний тиреоїдит, аутоімунний гепатит, а також захворювань сполучної тканини. Окрім цього основне захворювання обтяжують асоційовані синдроми, такі як синдром надмірного бактеріального росту, екзокринна недостатність підшлункової залози, лактазна недостатність і порушення моторно-евакуаторної функції тонкого кишківника.

Мета дослідження

Метою нашого дослідження було встановити асоційовані синдроми супутні целіакії.

Матеріал і методи дослідження

Були обстежені 47 хворих з целіакією. Кожному пацієнту за допомогою імуноферментного методу ELISA з використанням моноклональних антитіл до еластази-1 людини визначали рівень фекальної еластази-1 (Shebo-Tech, Gissen, Germany) перед лікуванням для діагностики зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози. Для контролю ефективності замісної ферментної терапії і наявності екзокринної недостатності підшлункової залози використовувався ^{13}C -тригліцеридний дихальний тест, що проводився на інфрачервоному спектрометрі IRIS (Wagner, Germany). Для діагностики і контролю за ефективністю лікування лактазної недостатності, синдрому

Результати і їх обговорення

Всі хворі були розподілені на 4 клінічні групи згідно виявленої стадії атрофії тонкого кишечника згідно класифікації M.N. Marsh. До 1 клінічної групи увійшли 8 (17,02 %) пацієнтів з інфільтративною стадією атрофії слизової оболонки тонкого кишечника, до 2 клінічної групи увійшли 18 (38,29 %) хворих з гіперпластичною стадією атрофії, до 3 групи - 18 (38,29 %) хворих з деструктивною стадією атрофії по M.N. Marsh, до 4 групи були віднесені 3 (6,38 %) пацієнта з гіпопластичною стадією атрофії.

В 1 клінічній групі була зареєстрована лактазна недостатність у 4 пацієнтів (50 %), синдром надлишкового бактеріального росту (СНБР) не був зареєстрований ні у одного пацієнта. За даними H_2 -водневого дихального тесту середня тривалість транзиту по кишківнику до лікування була дещо нижче за норму і складала $67,5 \pm 6,87$ хвилин. У 5 пацієнтів були виявлені нормальні показники пасажу по тонкому кишківнику, у 3 пацієнтів спостерігалася тенденція до прискореного транзиту по тонкому кишківнику, але ці показники трохи відрізнялися від нормальних даних. В даній клінічній групі було виявлено зниження фекальної еластази - 1 до $176,5 \pm 8,12$ мкг/г, що відповідало легкому ступеню тяжкості екзокринної недостатності підшлункової залози. В 2 клінічній групі лактазна недостатність реєструвалася у 16 (88,8 %) пацієнтів, СНБР - у 12 (66,6 %) пацієнтів, спостерігалася тенденція до

прискореного пасажу по тонкому кишківнику, і середня тривалість транзиту складала $58,88 \pm 6,23$ хвилини. Нормальна моторно-евакуаторна функція була виявлена тільки у 2 пацієнтів. Середнє значення ФЕ-1 складало - $77,72 \pm 5,05$ мкг/г, що відповідало середньому ступеню екзокринної панкреатичної недостатності. В 3 клінічній групі лактазна недостатність була виявлена в 100 % випадків, СНБР у 14 (77,7 %) пацієнтів, у 11 (61,1 %) пацієнтів був зареєстрований сповільнений пасаж по кишківнику, що свідчить про наявність атонії тонкого кишківника, у 7 (38,9 %) пацієнтів - прискорений транзит по тонкій кишці. Значення ФЕ-1 складало $54,5 \pm 4,27$ мкг/г. В 4 клінічній групі лактазна недостатність і СНБР були зареєстровані у всіх пацієнтів. Середні показники фекальної еластази-1 склали $48,66 \pm 2,44$ мкг/г, що відповідали важкому ступеню екзокринної панкреатичної недостатності. При оцінюванні моторно-евакуаторної функції тонкого кишківника спостерігалася тенденція у всіх пацієнтів до сповільненого пасажу і подовження часу транзиту по кишківнику. В середньому час транзиту по тонкому кишківнику склав $113,33 \pm 7,7$ хвилин.

Таким чином при обстеженні до лікування в клінічних групах були виявлені асоційовані синдроми: важка зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози - в 6,4 %, синдром надлишкового бактеріального росту - в 61,7 %, моторно-евакуаторна дисфункція тонкого кишківника - в 70,2 %, лактазна недостатність супроводжувала целіакію в 85,1 % випадків.

Всім хворим була призначена строга довічна аглутиєнова дієта, і залежно від одержаних результатів пацієнтам була призначена стандартна терапія для нівелювання асоційованих порушень. Контроль за ефективністю лікування асоційованих синдромів проводився

через 6 місяців за допомогою H₂- 10000 - капсула 150 мг (ліпази 10000 ЕД, водневих дихальних тестів. При виявленні лактазної недостатності пацієнтам була рекомендована без- лактазна дієта: при мінімальних клінічних проявах на 3 місяці, при помірних клінічних проявах на 6 місяців і при виражених симптомах на 1 рік. Для підвищення толерантності до лактози

Після 6 місяців лікування в 1 клінічній групі лактазна недостатність була пробіотиків - Лацидофіл (*Lactobacillus rhamnosus* GG 2 x 10⁹ КОЕ, *Lactobacillus acidophilus* - 2x10⁸ КОЕ) по 1 - 2 капсули 3 рази на день під час їжі до клінічного поліпшення під контролем H₂-водневого дихального тесту. 71,87±2,34 мін.

За наявності моторно-евакуаторної дисфункції тонкої кишки препарат з групи прокінетиків: домперідон (Мотіліум, Janssen Pharmaceutica, Beersel - Belgium) 10 мг 3 рази на день до досягнення клінічного ефекту поліпшення під контролем H₂-водневого дихального тесту.

Для лікування синдрому надмірного бактерійного росту в тонкій кишці використовувалася кишковий антисептик (Інтетрікс, Beaufour Ipsen International), по 2 капсули вранці і увечері протягом 7 днів. 3 подальшим призначенням препаратів з групи пробіотиків - Біфі-форм, Ferrosan, (*Bifidobacterium longum* 10 000 000 мікробних тіл, *Enterococcus faecium* - 10 000 000 мікробних тіл) по 1 капсулі 3 рази на день в поєднанні з Лацидофілом, Institut Rosell Inc., Canada, (*Lactobacillus rhamnosus* GG 2 x 10⁹ КОЕ, *Lactobacillus acidophilus* — 2x10⁸ КОЕ) по 1 - 2 капсули 3 рази на день під час їжі до клінічного поліпшення, або Біфі-форм комплекс, Ferrosan, (*Lactobacillus rhamnosus* GG 1x10⁹ КОЕ, *Lactobacillus acidophilus* — 1x10⁸ КОЕ, *Bifidobacterium* 1x10⁹ КОЕ, інулін - *Cichorium intybus* 450 мг) по 1 таб. 3 рази на день до досягнення клінічного поліпшення під контролем H₂-водневого дихального тесту.

Для корекції зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози в групах пацієнтів залежно від ступеня важкості використовувалися мінімікросферичні ферментні препарати. Креон

дозволило оптимізувати лікування целиакії та швидше нівелювати прояви клінічної картини захворювання, а також досягти переходу пацієнтів з однієї клінічної групи (більш вираженої) в менш виражену згідно морфологічній картині слизової оболонки тонкої кишки.

Висновки

1. В групі пацієнтів, хворих на целиакію, були виявлені асоційовані синдроми: важка зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози - в 6,4 %, синдром надлишкового бактеріального зросту - в 61,7 %, моторно-евакуаторна дисфункція тонкого кишечника - в 70,2 %, лактазна недостатність супроводжувала целиакію в 85,1 % випадків.

2. В стратегію лікування целиакії необхідно включати стандартну терапію виявлених асоційованих синдромів (зовнішньосекреторна недостатність підшлункової залози, синдром надмірного бактеріального росту і моторно-евакуаторної дисфункції тонкої кишки, лактазна недостатність) а також враховувати стадію атрофії слизової оболонки тонкої кишки з метою позитивного впливу на клініко-морфологічні показники, що сприяє переходу в більш легку клінічну групу.

Література

1. Green P.H. The many faces of celiac disease: Clinical presentation of celiac disease in the adult population. // *Gastroenterology*. — 2005. — Vol. 128. P. 74–78.
2. Witzke K.D., Heine W.E., Plath C., Leitzmann P., Radke M. et al. Evaluation of oro-coecal transit time: a comparison of the lactose-[13C, 15N] ureide 13CO₂ and the lactulose H₂-breath test in humans. // *European Journal of Clinical Nutrition*. — 1997. — Vol. 51. — P. 11–19.
3. Veronica Ojetti, Gabriella Nucera, Alessio Migneco, Maurizio Gabrielli, Cristiano Lauritano et al. High Prevalence of Celiac Disease in Patients with Lactose Intolerance. // *Digestion*. — 2005. Vol. 71. — P. 106-110.
4. Uday C., Ujjala Ghosha, Asha Misra, Gourdas Choudhuri. Partially responsive celiac disease resulting from small intestinal bacterial overgrowth and lactose intolerance. // *Gastroenterology*. — 2004. — Vol. 4. — P.10.
5. Mustalhti K. Unusual manifestations of celiac disease. // *Gastroenterology and hepatology*. — 2006. — Vol. 73. — P. 711–716.

Целиакия и ассоциированные синдромы

И.А. Иськова

Ключевые слова: целиакия, диагностика, ассоциированные синдромы

В статье приведены результаты собственного исследования по диагностике ассоциированных синдромов целиакии (внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, синдрома избыточного бактериального роста, лактазной недостаточности, моторно-эвакуаторной дисфункции тонкого кишечника).

Celiac disease and associated syndromes

I.A. Iskova

Key words: celiac disease, diagnostic, associated syndromes

In the article the results of own research on diagnostics of the associated syndromes of celiac disease are resulted (exocrine insufficiency of pancreas, syndrome of bacterial overgrowth, lactose insufficiency, dysfunction of of small intestine).