



ЗАЧЕМ НУЖЕН СКРИНИНГ ЦЕЛИАКИИ В РОССИИ?

Парфенов А. И.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Парфенов Асфольд Иванович

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

Тел.: 8 (495) 304 3014

E-mail: asfold@mail.ru

Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям, выполненным в разных странах, распространенность глютенчувствительной целиакии (ГЦ) колеблется от 1:200 до 1:100. Типичная форма заболевания встречается лишь в 5 – 10% случаев, в остальных болезнь протекает в скрытой или малосимптомной форме. Например, распространенность ГЦ среди доноров в различных странах колеблется от 1:300 до 1:540. Единственным проявлением целиакии могут быть анемия, остеопороз, бесплодие или невынашивание беременности, нарушения психоэмоционального статуса.

Большое значение для выявления субклинической ГЦ приобрели обследования больных, страдающих различными аутоиммунными заболеваниями. У лиц, генетически предрасположенных к целиакии, глютен стимулирует иммунный ответ — выработку специфических антигладинавых антител, относящихся к IgA и продуцируемых плазматическими клетками. В механизмах повреждения слизистой оболочки тонкой кишки значительную роль играют тканевые структуры — эндомиций и ретикулин. В их состав входят коллаген 3-го и 4-го типов, гликозаминогликаны и фермент тканевая трансглутаминаза (тТГ) — основной антигенный субстрат эндомиоциоза. Современные методы серологической диагностики основываются на определении антител к глиадину (АГА), эндомиоциозу (ЭМА) и АтТГ. Выработка антител к собственным белкам организма позволяет отнести целиакию в разряд аутоиммунных заболеваний. Поэтому ГЦ трактуется как генетически детерминированное заболевание тонкой кишки, при котором в ответ на повреждение энтероцитов глиадином развивается аутоиммунная реакция с образованием антител к собственным тканям организма.

Выявление стертых, малосимптомных и особенно бессимптомных форм заболевания представляет

большие трудности, но в то же время крайне важно. Отсутствие своевременной диагностики, несоблюдение аглютеновой диеты (АГД) может привести к возникновению грозных осложнений — лимфомы или рака тонкой кишки, развивающихся у больных целиакией в 200 раз чаще, чем в общей популяции. Выявление этих форм ГЦ стало возможным только благодаря использованию скрининговых иммунологических тестов. Эпидемиологические исследования проводят в группах риска. К ним относятся: а) ближайшие родственники больных целиакией; б) больные с клиническими симптомами, позволяющими подозревать нарушение всасывания в кишечнике (отставание в физическом развитии, анемия, гипокальцемию, остеопороз, задержка полового созревания, аменорея, бесплодие); в) больные, страдающие заболеваниями, ассоциированными с целиакией генетически или по аутоиммунному механизму. К генетически связанным с целиакией заболеваниям относятся герпетиформный дерматит Дюринга, афтозный стоматит, врожденные пороки сердца. Значительно больше заболеваний тесно связаны с целиакией по аутоиммунному механизму. К ним могут быть отнесены инсулинзависимый сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит, синдром Шегрена, первичный билиарный цирроз печени, ревматоидный артрит и другие аутоиммунные заболевания.

Для скрининговой диагностики ГЦ всем пациентам, входящим в группы риска, показано определение АГА и АтТГ. Лицам с высокими титрами антител назначают интестино- или дуоденобиопсию. Морфологические изменения при ГЦ характеризуются атрофией ворсинок, которые резко укорочены, часто представляют собой небольшие широкие выступы. При тотальной атрофии поверхность слизистой полностью сглажена. Крипты, напротив, значительно удлинены, в них усилены

процессы митозов. Эпителиальный пласт обильно инфильтрирован межэпителиальными лимфоцитами (МЭЛ). Собственная пластинка диффузно инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками, эозинофилами. Резкое удлинение крипт характеризует атрофию как гиперрегенераторную.

У больных с малосимптомной или бессимптомной формой целиакии изменения ограничиваются поражением короткого участка тонкой (двенадцатиперстной) кишки и проявляются углублением крипт, повышенным количеством МЭЛ, плазмочитов и лимфоцитов в собственной пластинке слизистой оболочки тонкой кишки.

Даже у лиц с высокими титрами антител, выявленных при скрининговых исследованиях, диагноз ГЦ должен быть подтвержден морфологическим исследованием слизистой оболочки тонкой кишки, являющимся определяющим критерием диагностики этого заболевания.

Назначение этиотропного лечения (АГД) больным с выявленной ГЦ ведет к выздоровлению или значительному улучшению ассоциированных с ней аутоиммунных заболеваний при условии пожизненного отказа от продуктов, содержащих глютен. Поэтому активная диагностика скрытых форм целиакии и назначение этиотропной терапии во всем мире рассматривается как новое направление профилактики связанных с ней заболеваний.

С целью привлечения внимания к этой проблеме отечественных гастроэнтерологов в журнале «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология» № 6, 2009 опубликованы рекомендации Научного общества гастроэнтерологов России по созданию региональных и общероссийских реестров больных целиакией. В рекомендациях перечислены группы риска, в которых следует активно выявлять целиакию, указан алгоритм активного поиска целиакии и изложена методика создания региональных и общероссийских реестров по целиакии.

18 ноября 2009 года на базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии создана рабочая группа по целиакии.

В ее состав вошли проф. С. В. Бельмер (РГМУ, кафедра детских болезней № 2), проф. Т. Э. Боровик (НЦЗД РАМН, отделение питания здорового и больного ребенка, руководитель отделения),

к. м. н. Н. Н. Воробьева (ЦНИИГ, ст. науч. сотр. лаборатории патоморфологии), д. м. н. Р. Б. Гудкова (ЦНИИГ, ст. науч. сотр. лаборатории иммунологии), проф. И. Н. Захарова (РМАПО, зав. кафедрой педиатрии), проф. Е. И. Кондратьева (КГМУ, кафедра педиатрии ФПК, СибГМУ, кафедра педиатрии, зав. науч.-орготделом КГМУ), д. м. н. Л. М. Крумс (ЦНИИГ, ст. науч. сотр. отдела патологии кишечника), к. м. н. Ю. А. Лысков (Институт питания РАМН, ст. науч. сотр.), проф. Ю. Г. Мухина (РГМУ, кафедра детских болезней № 2), проф. А. И. Парфенов (ЦНИИГ, зав. отделом патологии кишечника), к. м. н. Н. И. Полева (ЦНИИГ, науч. сотр. отдела патологии кишечника), Т. В. Пухликова (ГУЗ «Банк стволовых клеток ДЗМ», биолог лаборатории HLA-типирования), к. м. н. Е. А. Рославцева (НЦЗД РАМН, отделение питания здорового и больного ребенка, ст. науч. сотр.), д. м. н. И. Н. Ручкина (ЦНИИГ, зав. отделением отдела патологии кишечника), д. м. н. Е. А. Сабельникова (ЦНИИГ, науч. сотр. отдела патологии кишечника), д. м. н. С. Г. Хомерики (ЦНИИГ, зав. лабораторией патоморфологии), проф. П. Л. Щербаков (ЦНИИГ, зам. директора по общим вопросам).

Перед рабочей группой стоят задачи: а) внедрить в клиническую практику ЛПУ Москвы современные методы диагностики и лечения ГЦ, в частности добиться включения в стандарты диагностики аутоиммунных болезней исследований АГА, АЭА или АтТГ; б) составить Московский и Общероссийский регистры больных целиакией; в) проводить экспертизу в сложных диагностических случаях; г) начать скрининг целиакии в группах риска; д) организовать преемственность в наблюдении за больными ГЦ от педиатров к терапевтам-гастроэнтерологам; е) организовать школы по обучению врачей, патоморфологов, иммунологов и диетологов диагностике и лечению целиакии; ж) готовить к публикации методические рекомендации и информационные материалы для врачей и больных.

Заседания рабочей группы проводятся ежемесячно (третья среда) в ЦНИИГ.

Таким образом, организацию активной диагностики и лечения скрытых форм целиакии следует рассматривать как новое перспективное направление первичной и вторичной профилактики болезней человека в Российской Федерации.