

УДК 616.34 – 002 + 616 - 072

© А. В. Килесса, 2009.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛЮТЕНОВОЙ ЭНТЕРОПАТИИ В КРЫМСКОМ РЕГИОНЕ

А. В. Килесса

Кафедра патологической анатомии (зав.каф. профессор А.К.Загоруйко) Крымского государственного медицинского университета им.С. И. Георгиевского; клиническое объединение «Генезис» (директор Т. А. Сайкова) МОЗ АР Крым.

USING HIGH-RESOLUTION ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF GLUTEN ENTEROPATHY IN THE CRIMEAN REGION

A. V. Kilessa

SUMMARY

The problem of diagnosing gluten enteropathy in general, far from its final decision. The use of endoscopic equipment allows high resolution topographic biopsy of the mucosa of duodenum for subsequent histological diagnosis. Application of high resolution endoscopy in the Crimean region (the volume of research - 1380 esophagogastroduodenoscopy) allowed the diagnosis of gluten enteropathy in 5.86% of the total number of studies.

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЇ ВИСОКОЇ РОЗДІЛЬНОЇ ЗДАТНОСТІ В ДІАГНОСТИЦІ ГЛЮТЕНОВОЮ ЕНТЕРОПАТІЄЮ У КРИМСЬКОМУ РЕГІОНІ

А. В. Килесса

РЕЗЮМЕ

Проблема діагностики глютенкової ентеропації в цілому, далека від свого остаточного . Використання ендоскопічного обладнання високої роздільної здатності, дозволяє проводити точні біопсії слизової оболонки дванадцятипалої кишки, для гістологічної діагностики. ендоскопії високого дозволу в Кримському регіоні досліджень – 1380 езофагогастродуоденоскопій) дозволив діагностувати глютенкову ентеропацію в 5,86% від кількості проведених досліджень.

Ключевые слова: глютенная энтеропатия, эндоскопия высокого разрешения.

Глютенная энтеропатия, (син. целиакия, кишечный инфантилизм, глютенная энтеропатия, непереносимость глютена, идиопатическая стеаторея, болезнь Ги-Гертера-Гюбнера, нетропическая спру) заболевание, которое характеризуется мальабсорбцией, вследствие иммуноопосредованного воспалительного повреждения слизистой оболочки тонкой кишки, пусковым фактором которого является потребление в пищу пшеничного белка глютена или родственных белков ржи и ячменя у генетически предрасположенных людей [1].

Заболевание описано во II веке нашей эры греческим врачом Ареетом Каппадоким (Aretaeus of Cappadocia), в труде «О причинах и симптомах хронических болезней» и было названо “koeliakos” (греч. “страдание кишечника”) [2].

Он описывал эту патологию, как болезнь, при которой пища переваривается недостаточно, при которой испражнения зловонные, неправильного цвета, больной выделяет много газов и страдает метеоризмом. Классическое описание клинической

картины представил в 1888 году S. Gee [3]. В своей работе St. Bartholomew’s Hospital Reports он написал, что «есть своего рода хроническая диспепсия, которая встречается у людей всех возрастов, все же особенно склонно оно повреждает детей между одним и пятым годами жизни.

Симптомы болезни проявляются полифекацией; будучи свободным, кал не сформированный, но не водянистый; более объемный, чем съеденная пища, бледный в цвете, как будто лишенный желчи; пенистый, появление которого вероятно из-за брожения; зловоние, часто очень большое.» S.Gee запрещал больным принимать в пищу рис, саго, фрукты и овощи; рекомендовал сырое мясо и поджаренный хлеб. И опубликовал наблюдение об успешном лечении ребенка, которому были назначены в пищу голландские мидии.

W.K. Dicke в 1950 году впервые связал глютенную энтеропатию с приемом в пищу пшеничного хлеба (наблюдения выполнены в годы Второй мировой войны) и предложил бесхлебную диету для этих

Исследования S.Adams в 2003г [10] проведенные с целью изучения корреляции между данными гистологического исследования и данными изучения anti-tTG при глютенной энтеропатии позволили автору сделать вывод, что “среднее значение в сыворотке больных целиакией anti-tTG с тяжелыми энтеропатиями (Marsh III-B поражениях) был выше, чем в тех, кто лишь имел незначительные проявления энтеропатии (Marsh I-IIIА).

Кроме того, серологические результаты испытаний при отсутствии гистологической оценки (биопсия) могут занижить реальную распространенность заболевания целиакией, тем самым задерживая надлежащую диагностику пациентов и вызывает опасность для возникновения широкого круга серьезных проблем. Вместе с тем известно, что хроническое течение глютенной энтеропатии, чаще не имеет характерных клинических симптомов, однако, несвоевременная диагностика данного заболевания увеличивает количество аденокарциномы пищеварительного канала, особенно тонкой кишки в 80-90 раз, пищевода в 20 раз и более по сравнению с общепопуляционным уровнем [19].

Таким образом, на сегодняшний день “золотым стандартом” диагностики глютенной энтеропатии является биопсия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, что и нашло отражение в рекомендациях Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ-OMGE, февраль 2005 года) [11].

В 1992 году Marsh N.M. была предложена гистологическая классификация глютенной энтеропатии, выделены IV гистологические стадии заболевания [22]:

- I стадия- инфильтративная;
- II стадия – гиперпластическая;
- III стадия – деструктивная;
- IV стадия гипопластическая, атрофическая.

В 1999 Oberhuber G.и соавт. предложили более детальную градацию III стадии [23].

Обобщённая классификация глютенной энтеропатии Marsh-Oberhuder представлена в следующем виде:

Marsh I (инфильтративная) – структура слизистой оболочки нормальная, но с повышенным проникновением лимфоцитов в эпителиальный слой ворсинок. В норме число межэпителиальных лимфоцитов (МЭЛ) должно быть не более 30–40 на 100 поверхностных энтероцитов.

Marsh II (гиперпластическая). Помимо увеличения числа лимфоцитов, появляется гиперплазия крипт с удлинением и увеличением митотической деятельности. Соотношение глубины крипт и высоты ворсинок часто становится уменьшенным – ниже нормального значения 1:3–5.

Marsh III-A (парциальная атрофия ворсинок) обозначает частичную атрофию ворсинок, которая

характеризуется соотношением глубины крипт/высоты ворсинок меньше, чем 1.

Marsh III-B (субтотальная атрофия ворсинок) обозначает атрофию ворсинок, когда отдельные из них еще распознаваемы.

Marsh III-C (тотальная атрофия ворсинок) обозначает полную атрофию ворсинок без пальцевидных возвышений, напоминает слизистую оболочку толстой кишки.

Marsh IV (гипопластическая атрофия) обозначает резкое истончение плоской слизистой оболочки, обозначающее необратимые атрофические изменения, вызванные хроническим воспалением. Эта редкая форма атрофии связана с рефрактерной целиакией и развитием энтеропатии, связанной с Т-клеточной лимфомой.

Использование фиброгастроскопов с волоконной оптикой позволяет проводить забор гистологического материала при обследовании двенадцатиперстной кишки, однако критерии эндоскопической диагностики глютенной энтеропатии при использовании такой техники чрезвычайно приближены [11,12,13]. Это:

- уменьшение количества или исчезновение складок;
- фестончатость складок;
- мозаичный или неравномерный рисунок слизистой оболочки;
- видимый сосудистый рисунок;
- нодулярность,
- гиперемия,
- «гладкая» слизистая оболочка.

Как правило, эти изменения определяются в нисходящей части двенадцатиперстной кишке, однако, могут наблюдаться и в луковице. Специфичность данных признаков в отношении атрофии слизистой оболочки тонкой кишки весьма высока и достигает 92–99%, однако чувствительность, по разным данным, составляет лишь 9–88% и зависит от степени атрофии [14], то есть только при развитии морфологически деструктивных форм глютенной энтеропатии.

С появлением в 2005 году эндоскопических технологий, основанных на использовании электронных режимов высокого увеличения (high magnifying), высокого оптического разрешения (high-resolution), режима узкоспектральной визуализации (Narrow Band Imaging) позволяет детально изучить структуру слизистой оболочки во время эндоскопического обследования.

В полной мере такими возможностями обладает видеоэндоскопическая техника произведенная по технологии японской компании Olympus. Серия аппаратов Olympus Evis Exera II позволяет получить высококачественное видеоэндоскопическое изображение с выводом на экран монитора в формате HDTV, с электронными режимами

изменениях которых проводился забор гистологического материала. При исследовании биоптатов стандартным методом (окраска гематоксилином) и методами иммуногистохимической диагностики в 81 случае выявлены признаки глютеновой энтеропатии, что составило 5,86% от общего количества проведенных исследований.

ВЫВОД

Полученные данные позволяют говорить о том, что использование современных эндоскопических технологий, в сочетании с методами гистологического и иммуногистохимического исследования позволяют приблизиться к достоверности данных о распространённости глютеновой энтеропатии [1].

ЛИТЕРАТУРА

1. Celiac Disease: WGO—OMGE Practice Guideline / World Gastroenterology Organization [Electronic resource]. – 2005 – Mode of access: <http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>.
2. Cataldo F, Montalto G. // World J Gastroenterol. – 2007. – April 21; 13(15): 2153-2159.
3. Gee S. // Saint Bartholomew's Hospital Reports. – 1888. – 24:17–20.
4. Dicke WK. // Utrecht, The Netherlands: Univ of Utrecht, - 1950.
5. Holtmeier W., Caspary W.F. // Orphanet J Rare Dis. – 2006. - 1: 3.
6. Tighe MR, Hall MA, Barbado M, Cardi E, Welsh KI, Ciclitira PJ. // Tissue Antigens. – 1992. - Aug; 40(2):90-7.
7. Rostami K. et al. American J. Gastroenterol 1999;94:888-894.
8. Tursi A, Brandimarte G, Giorgetti G, Gigliobianco A, Lombardi D, Gasbarrini G. Low prevalence of antigliadin and anti-endomysium antibodies in subclinical/silent coeliac disease. Am J. Gastroenterol 2001;96:1507-10
9. Tyrsi Antonio; Brandimarte Giovanni Giorgetti; Gian Marco. Prevalence of antitissue transglutaminase antibodies in different degrees of intestinal damage in celiac disease // Journal of clinical gastroenterology. 2003, vol. 36, no3, pp. 219-221
10. Scott Adams. Anti-tTG Serum Level Correlates to Degree of Intestinal Damage // Journal of Clinical Gastroenterology 2003; 36(3):219-221
11. Celiac Disease: WGO—OMGE Practice Guideline // World Gastroenterology Organisation [Electronic resource]. – 2005 – Mode of access: <http://www.omge.org/globalguidelines/guide13/guideline13.htm>
12. Olds G., McLoughlin R., O'Morian C. et al. // Gastrointestinal Endoscopy. – 2002. – V. 56. – P. 3407-3415.
13. Черняховская Н.Е; Андреев В.Г., Черепянец Д.П., Поваляев А.В. Эндоскопическая диагностика пищевода, желудка и тонкой кишки. Москва. -2006 стр.157-158
14. Dickey W. // Nature Clin. Practice Gastroenterology and Hepatology. – 2006. – V. 10. – P. 546—551.
15. Badreldin R, Barrett P, Wooff DA, Mansfield J, Yiannakou Y. How good is zoom endoscopy for assessment of villous atrophy in coeliac disease? Endoscopy 2005; 37: 994–998
16. Rupa Banerjee, MD., D. Nageshwar Reddy, DM / High-resolution narrow-band imaging can identify patchy atrophy in celiac disease: targeted biopsy can increase diagnostic yield. // Gastrointestinal Endoscopy - Volume 69, Issue 4 (April 2009).
17. Jonathan Cohen md. // Comprehensive Atlas of High Resolution Endoscopy and Narrowband Imaging. / 2007. Blackwell Publishing Limited стр. 87 – 88
18. Ткач С.М., Губская Е.Ю. Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев // Целесообразность и клиническая эффективность ферментной терапии у больных целиакией // Здоровье Украины. 2008; №6/1.-стр.13.
19. Передерий В.Г., Ткач С.М. Современные представления о распространенности, механизмах развития и диагностике целиакии // Сучасна гастроентерологія.— 2001.— № 3.— С. 27—29.
20. Catassi C, Fanciulli G, D'Appello AR, El Asmar R, Rondina C, Fabiani E, et al. Antiendomysium versus antigliadin antibodies in screening the general population for coeliac disease. // Scand. J. Gastroenterol 2000;35:732-6
21. Cammarota G, Martino A, Pirozzi GA, Cianci R, Cremonnini F, Zuccala G, et al. // Direct visualization of intestinal villi by high-resolution magnifying upper endoscopy: a validation study. // Gastrointest Endosc 2004;60:732-8.
22. Marsh MN, Crowe PT. // Baillieres Clin Gastroenterol. - 1995. - Jun; 9(2):273-93.
23. Oberhuber G, Granditsch G, Vogelsang H. // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 1999. - Oct; 11(10):1185-94.
24. Интернет-ресурс: <http://gastroenterolog.livejournal.com/6646.html>