

ФБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Педиатрии ИПО

Реферат на тему:

Целиакия

Выполнил: ординатор

Жаворонок Д. С.

Проверил: к.м.н., доцент.,

Фалалеева С.О.

Красноярск, 2021г

Оглавление

<i>Эпидемиология</i>	3
<i>Этиология</i>	3
<i>Клиническая картина</i>	8
<i>Классическая целиакия</i>	10
<i>Неклассическая целиакия</i>	10
<i>Бессимптомная целиакия</i>	10
<i>Диагностика</i>	11
<i>Дифференциальный диагноз</i>	13
<i>Лечение</i>	13
<i>Диспансерное наблюдение</i>	15
<i>Заключение</i>	16

Эпидемиология

Целиакия распространена во всем мире, и ее частота значительно выросла за последние 20 лет. Отмечается заметное увеличение количества новых случаев заболевания, в частности за счет более совершенных диагностических инструментов и скринирования лиц с повышенным риском развития целиакии. Распространенность в Западных странах составляет примерно 1% от общей популяции, но заметно растет в других частях мира. О соотношении женщин и мужчин данные разнятся; различные проспективные исследования предоставляют цифры от 1 : 3 до 1.5 : 1. В настоящий момент известно, что целиакия поражает все возрастные группы, включая пожилых людей; более 70% новых пациентов старше 20 лет. Риск развития целиакии значительно выше у прямых родственников (до 10%) и ниже у родственников второй линии, также как и у лиц с сахарным диабетом 1 типа и другими аутоиммунными заболеваниями, синдромом Дауна и множеством других ассоциированных болезней.

Этиология

Основным этиологическим фактором развития целиакии является белковый компонент клейковины некоторых злаковых культур. Токсичными для больных являются растворимые в этаноле белки эндосперма зерна пшеницы (глиадины), ржи (секалины) и ячменя (хордеины), которые объединены в медицинской литературе общим названием «глутен»

Глутен может быть описан как эластичная белковая масса, остающаяся после промывания пшеничного теста для удаления крахмала. Главные компоненты глютена, глиадины и глютенины, являются белковыми запасами пшеницы. Глутен и связанные с ним белки присутствуют в пшенице, ржи и ячмене, и широко применяются в пищевой промышленности для придания тесту желаемых качеств для выпекания, добавления вкусовых свойств и улучшения текстуры. Контакт с глютеном может привести к развитию целиакии у генетически предрасположенных лиц .

Целиакия – это хроническое, мультиорганное аутоиммунное заболевание, при котором поражается тонкий кишечник у генетически предрасположенных детей и взрослых. Поражение возникает при употреблении в пищу продуктов, содержащих глутен.

Аллергия на пшеницу – это обратимая иммунологическая реакция, опосредованная иммуноглобулином E (IgE) и не-IgE, на различные пшеничные продукты. В зависимости от пути поступления аллергена, она может быть классифицирована на четыре главные категории :

Классическая пищевая аллергия – поражает кожные покровы и желудочнокишечный или дыхательный тракт

Анафилаксия при физической нагрузке

Профессиональная астма (астма пекаря) и ринит

Контактная крапивница

Нецелиакийная чувствительность к глютену

Пациенты, испытывающие облегчение как желудочно-кишечных, так других симптомов при переходе на безглютеновую диету (БГД), при исключении у них целиакии и IgEопосредованной аллергии на пшеницу (ПА), расцениваются как имеющие «нецелиакийную чувствительность к глютену» (НЦГЧ). Несмотря на частое субъективное улучшение симптоматики, которое испытывают пациенты при переходе на БГД, результаты клинических исследований (глютен против плацебо) в настоящий момент противоречивы, что не позволяет с определенностью судить об истинной частоте данного синдрома. На данный момент единственным способом выявления специфической пищевой чувствительности является выполнение двойной слепой плацебо-контролируемой перекрестной пищевой провокации с использованием пшеничного белка, содержащего минимум других веществ, способных вызывать появление симптоматики.

Каскад для диагностики целиакии

В качестве методов обследования первой линии симптомных и бессимптомных пациентов эксперты предлагают исследования антител к тканевой трансглутаминазе IgA + общий IgA. Тем не менее, для подтверждения положительного первого исследования, или в случае пограничных значений титров tTG класса IgA, рекомендуется дополнительно провести другие тесты. Достоверные иммунные тесты включают определение антител к эндомизию (EMA) и либо положительный тест IgA трансглутаминазы 2 (TG2), либо положительный тест на антитела к дезамидированным пептидам глиадина (DGP). Комбинация IgG-DGP и IgA-TG2 является чрезвычайно полезной как дополнительный метод обследования для выявления пациентов с ЦБ и дефицитом IgA. Сообщается, что исследование IgG-DGP помогает выявить тех пациентов, которые продемонстрировали отрицательный результат при анализе на IgATG2. По мнению некоторых авторов, проведение исследования IgA-tTG + IgG-DGP — двух тестов, направленных на различные антигены — более эффективно, чем проведение двух анализов одного и того же аутоантигена (IgA-tTG + IgA-EMA).

Таблица. Каскад с ресурсочувствительными вариантами для диагностики целиакии

Уровень ресурсов	Каскад для диагностических вариантов
Золотой стандарт	<p data-bbox="639 309 1257 342">Анамнез заболевания и физикальный осмотр</p> <p data-bbox="639 371 1406 454">Целиакия – специфические антитела: оценка и биопсия кишечника</p> <ul data-bbox="639 488 1477 981" style="list-style-type: none"><li data-bbox="639 488 1477 571">● Anti-tTG класса IgA или anti-EMA класса IgA и общий IgA для исключения его дефицита<li data-bbox="639 604 1477 801">● В случае селективного дефицита IgA, должны использоваться основанные на IgG исследования: anti-DGP, anti-tTG или EMA (два последних высоко чувствительны, но обладают низкой специфичностью)<li data-bbox="639 835 1477 981">● Проведение кишечной биопсии всегда необходимо, если уровни антител низкие или негативные, и в случае отсутствия признаков/симптомов мальабсорбции
Средние ресурсы	<p data-bbox="639 1019 1257 1052">Анамнез заболевания и физикальный осмотр</p> <p data-bbox="639 1081 1469 1227">Оценка антител как единственный инструмент диагностики — когда проведение эндоскопии невозможно или при недоступности опытных патологом;</p> <p data-bbox="639 1261 1353 1294">необходимо принимать во внимание уровни титров</p> <ul data-bbox="639 1328 1477 2033" style="list-style-type: none"><li data-bbox="639 1328 1477 1473">● anti-tTG класса IgA и общий IgA – наиболее соответствующий стоимость-эффективный подход у пациентов с подозрением на ЦБ<li data-bbox="639 1507 1477 1585">● У IgA-дефицитных пациентов рекомендуется проведение тестов, основанных на IgG (anti-DGP, anti-tTG, EMA)<li data-bbox="639 1619 1477 1877">● У пациентов с положительным результатом серологического анализа на anti-tTG, в условиях невозможности проведения гистологического исследования, вероятность целиакии возрастает при подтверждении результатов (anti-DGP, EMA) во втором образце крови<li data-bbox="639 1910 1477 2033">● Необходимо помнить о возможности низкотитрового, ложноположительного результата anti-tTG у пациентов с заболеваниями щитовидной железы или печени

	<p>Кишечная биопсия как единственный инструмент,* в условиях, когда доступно (возможно удаленно) патологическое исследование, но клиническая лаборатория не соответствует требуемым стандартам</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Стратегия должна основываться на демонстрации клинического улучшения после назначения безглютеновой диеты ● При отсутствии клинического улучшения может быть необходимым проведение повторной биопсии ● Для подтверждения результатов биопсии должна быть проведена провокация с глютеном, особенно если диагноз установлен у маленьких детей, для которых характерны и другие типы энтеропатий
Низкие ресурсы	<p>Анамнез заболевания и физикальный осмотр</p> <p>Оценка антител как единственный инструмент диагностики</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Начинать с исследования anti-tTG класса IgA ● Если результаты негативные, но все еще сохраняется подозрение на целиакию дополнительно провести исследование общего IgA или DGP-IgG, если они доступны
<p>Замечания * Могут иметь большое значение региональные различия — например, относительно тропического спру.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Проведение исследований IgG и anti-DGP класса IgA сходно с проведением исследований anti-tTG класса IgA у симптоматичных больных. ● Anti-tTG класса IgA более чувствителен, но менее специфичен чем ЕМА класса IgA. ● Высокий титр антител очень вероятно является диагностически важным. Anti-tTG, антитела к тканевой трансглутаминазе-2; ЕМА класса IgA, антитела к эндомизию класса IgA; anti-DGP, антитела к дезамидированным пептидам глиадина. 	

Таблица. Каскад с ресурсочувствительными вариантами для ведения целиакии	
Уровень ресурсов	Каскад вариантов
Золотой стандарт	Клиническая оценка (включая лабораторные исследования) + консультация диетолога Серологические тесты и биопсия

	<p>слизистой оболочки кишечника Инструкции по диете — пожизненная и строгая БГД — регулярное наблюдение диетолога</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Стимулировать присоединение пациента к группам поддержки больных с целиакией, обладающим опытом в данном заболевании ● Динамическое* наблюдение, включающее исследование антител: через 3–6 месяцев в первый год и далее один раз в год стабильных пациентов, отвечающих на безглютеновую диету ● Роль повторных биопсий в период динамического наблюдения все еще противоречива, и они рекомендованы не повсеместно. Обязательными повторные биопсии являются для серонегативных пациентов. Также они рекомендованы пациентам с персистирующими симптомами на фоне строгой безглютеновой диеты
Средние ресурсы	<p>Клиническая оценка (включая лабораторные исследования) + консультация диетолога (если имеется) Серологические тесты — anti-tTG класса IgA и DGP класса IgA для наблюдения за повреждением слизистой оболочки и потреблением глютена Инструкции по диете — пожизненная и строгая БГД — регулярное наблюдение диетолога</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Стимулировать присоединение пациента к группам поддержки больных с целиакией, обладающим опытом в данном заболевании ● Динамическое* наблюдение: по необходимости в первый год ● Биопсии слизистой 12-перстной кишки после глютеновой провокации должны рассматриваться в случаях с негативной серологией для подтверждения диагноза целиакии ● Также проведение биопсии возможно у пациентов с персистирующими симптомами
Низкие ресурсы	<p>Клиническая оценка (включая лабораторные исследования) + консультация по диетолога (если имеется) Инструкции по</p>

	<p>диете — пожизненная и строгая БГД — регулярное наблюдение диетолога</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Стимулировать присоединение пациента к группам поддержки больных с целиакией, обладающим опытом в данном заболевании ● Динамическое* наблюдение: по необходимости, на основании симптоматики
<p>Anti-tTG, антитела к тканевой трансглутаминазе; DGP, антитела к дезамидированным пептидам глиаина; IgA, иммуноглобулин А. * Динамическое: ● Самым главным препятствием для применения рекомендаций является плохая осведомленность о целиакии среди пациентов и врачей. ● Среди гастроэнтерологов бытует мнение, что целиакия не требует динамического наблюдения специалистом после установления диагноза и может расцениваться как незначительное расстройство по сравнению с синдромом раздраженного кишечника (СРК) и воспалительной болезнью кишечника (ВБК).</p>	

Генетическое исследование HLA рекомендовано пациентам с неточным диагнозом целиакии — негативная серология, но гистологические изменения позволяют предположить целиакию, а так же лицам с другими аутоиммунными заболеваниями и некоторыми генетическими нарушениями, которые должны быть обследованы на наличие целиакии (например, аутоиммунный тиреоидит).

Клиническая картина

Таблица Клинические проявления целиакии у детей раннего возраста	
Гастроинтестинальные симптомы	<input type="checkbox"/> боли в животе <input type="checkbox"/> диарея, обильный зловонный стул <input type="checkbox"/> стеаторея <input type="checkbox"/> метеоризм, увеличение живота <input type="checkbox"/> рвота <input type="checkbox"/> стойкие запоры <input type="checkbox"/> нарушение аппетита
Неспецифические симптомы	<input type="checkbox"/> задержка физического развития

	<input type="checkbox"/> потеря в весе <input type="checkbox"/> мышечная гипотония <input type="checkbox"/> апатия, негативизм
--	--

Таблица Клинические проявления целиакии у детей старшего возраста

Неспецифические симптомы	<input type="checkbox"/> хроническая усталость <input type="checkbox"/> слабость, утомляемость <input type="checkbox"/> раздражительность
Гастроинтестинальные симптомы	<input type="checkbox"/> рецидивирующие боли в животе <input type="checkbox"/> вздутие живота <input type="checkbox"/> тошнота <input type="checkbox"/> запоры <input type="checkbox"/> повышение печеночных трансаминаз
Изменения со стороны кожи и слизистых	<input type="checkbox"/> герпетиформный дерматит <input type="checkbox"/> алопеция <input type="checkbox"/> витилиго <input type="checkbox"/> атопический дерматит <input type="checkbox"/> афтозный стоматит, хейлиты
Изменения со стороны костной системы	<input type="checkbox"/> боли в костях <input type="checkbox"/> остеопороз, остеомаляция, повторные переломы <input type="checkbox"/> артриты, боли в суставах <input type="checkbox"/> множественный кариес, дефект зубной эмали <input type="checkbox"/> низкий рост
Гематологические проявления	<input type="checkbox"/> рефрактерная к терапии железодефицитная или В12 дефицитная анемия <input type="checkbox"/> кровотечения
Неврологические проявления	<input type="checkbox"/> головные боли

	<input type="checkbox"/> нарушения сна <input type="checkbox"/> депрессия <input type="checkbox"/> полинейропатия <input type="checkbox"/> атаксия
Нарушения репродуктивной функции	<input type="checkbox"/> задержка полового развития <input type="checkbox"/> женское и мужское бесплодие <input type="checkbox"/> привычное невынашивание беременности, спонтанные аборт, мертворождения

Классическая целиакия

У пациентов с классической целиакией наблюдаются признаки и симптомы мальабсорбции, включающие диарею, стеаторею, железодефицитную анемию и потерю веса или замедление роста. Дети имеют признаки и симптомы: задержка развития, потеря веса, замедление роста, рвота, хроническая диарея, растяжение живота за счет вздутия, железодефицитная анемия, снижение мышечной массы, гипопропротеинемия), раздражительность.

Неклассическая целиакия

При неклассической целиакии пациенты могут предъявлять жалобы на неспецифические желудочно-кишечные симптомы без признаков мальабсорбции, или внекишечные проявления (без симптомов со стороны ЖКТ). Распространенность неклассической целиакии в западных странах достаточно высока, и пациенты обращаются в основном с необъяснимой железодефицитной анемией, увеличением живота, абдоминальную боль, хроническая усталость, отсутствие энергии, хроническая мигрень, периферическая нейропатия, дефицит фолиевой кислоты, пониженная плотность костей, бесплодие, задержка пубертатного периода, позднее менархе/ранняя менопауза, дефекты зубной эмали, дефицит витамина В12

Бессимптомная целиакия

Многие пациенты, особенно те, диагноз которым был установлен при скрининге, не предъявляют жалоб, даже при детальном опросе, несмотря на наличие характерных изменений в кишечнике. Безглютеновая диета часто приводит к улучшению качества жизни, даже у пациентов, утверждавших, что не имеют симптомов в момент установления

диагноза. Это подтверждает необходимость диетических ограничений в течение длительного периода. Такое разнообразие симптомов представляет собой вызов для медиков, недостаточно знакомых с целиакией. Исследования семей показали, что почти в 50% впервые диагностированных случаев целиакии отмечается бессимптомное клиническое течение заболевания.

Диагностика

Жалобы и анамнез

В типичном случае целиакия манифестирует через 1,5 – 2 месяца после введения в рацион питания ребенка глютенсодержащих продуктов (сухарики, хлеб, сушки, баранки, манная (пшеничная) каша, мультизлаковая каша). Иногда манифестация целиакии у детей происходит после перенесенных инфекционных заболеваний (кишечных или респираторных инфекций), однако часто заболевание начинается без видимой причины. Клинические симптомы целиакии появляются, в большинстве случаев, постепенно. Появляется свойственный для целиакии обильный пенистый, жирный, зловонный стул, нарушение аппетита, беспричинная рвота, потеря массы тела. Родители обращают внимание на нарушения поведения – появляется раздражительность, негативизм, апатия, нарушается сон, исчезает интерес к окружающему. Старшие дети жалуются на боли в животе, которые чаще имеют непостоянный, «тупой» характер и локализуются преимущественно в околопупочной области.

Физикальное обследование: эмоциональный тонус, аппетит ребенка, наличие тошноты/рвоты, болей в животе, характер стула (диарея, запор, полифекалия), показатели нутритивного статуса (масса тела, рост), тургор тканей, наличие отеков, псевдоатрофии проксимальных групп мышц, увеличение, вздутие живота, симптомы рахита, гиповитаминозов.

Таблица 4 Алгоритм для диагностики целиакии		
Пациенты с симптоматикой	Популяции высокого риска	Случайные эндоскопические и гистологические находки
СЕРОЛОГИЯ Негативная серология Другой диагноз? →	СЕРОЛОГИЯ Негативная серология Целиакия маловероятна →	СЕРОЛОГИЯ Позитивная серология → Целиакия

Позитивная серология БИОПСИЯ → Позитивная биопсия → Целиакия Негативная биопсия: — Переоценка — HLA-DQ2 и -DQ8 — Другой диагноз?	Позитивная серология БИОПСИЯ → Негативная биопсия → Целиакия маловероятна Позитивная биопсия → Целиакия	Негативная серология → Тест на HLA-DQ2 и -DQ8 Негативный тест на HLA - Другой диагноз? Позитивный тест на HLA ↓ Переоценка — HLA-DQ2 и - DQ8 -Обдумать другие серологические тесты
--	---	---

Состояния, связанные с повышенным риском целиакии

- Сахарный диабет тип 1
- Аутоиммунный тиреоидит
- Аутоиммунное заболевание печени
- Синдром Дауна
- Синдром Тернера
- Синдром Вильямса
- Селективный дефицит иммуноглобулина А (IgA)
- Необъяснимое повышение уровня трансаминаз в сыворотке крови

Таблица 5 Модифицированная классификация Марша для вызванных глютенom повреждений тонкого кишечника

Стадия 0	Преинfiltrативная слизистая; до 30% пациентов с герпетиформным дерматитом (ГД) или глютенomой атаксией имеют внешне неизмененные образцы биопсии тонкого кишечника
Стадия 1	Повышение количества интраэпителиальных лимфоцитов (ИЭЛ) до более чем 25 на 100 энтероцитов с нормальным соотношением крипт/ворсинок
Стадия 2	Криптовая гиперплазия. В дополнение к повышенному количеству ИЭЛ, наблюдается увеличение глубины крипт без снижения высоты ворсинок
Стадия 3	Стирание ворсинок. Это – классическое повреждение при целиакии. Оно

	<p>обнаруживается у 40% пациентов с ГД. Несмотря на выраженные изменения в слизистой оболочке, у многих пациентов симптомы отсутствуют, и, следовательно, они классифицируются как имеющие субклиническую или немую целиакию. Данное повреждение характерно, но не патогномично, для целиакии и также может наблюдаться при тяжелом гиардиозе, пищевой аллергии новорожденных или постэнтеритном синдроме, болезни «трансплантат против хозяина», хронической ишемии тонкого кишечника, тропическом спру, дефиците иммуноглобулина и других иммунных дефицитах и отторжении трансплантата</p>
--	---

Дифференциальный диагноз

Существует широкий спектр клинических проявлений целиакии, которые могут копировать симптомокомплексы многих других заболеваний желудочно-кишечного тракта. В дополнение к этому, гистологические изменения, позволяющие предположить наличие целиакии, также присутствуют при многих других состояниях, таких как: комбинированные состояния иммунодефицита, лямблиоз, лекарственная энтеропатия (ольмесартан, микофенолат), энтеропатия при ВИЧ, лучевое поражение, состояние после химиотерапии, реакция «трансплантат-против-хозяина», холера, болезнь Крона, эозинофильный гастроэнтерит, энтеропатия при пищевой аллергии (у маленьких детей).

Лечение

Единственным методом лечения целиакии и профилактики ее осложнений в настоящее время является строгая пожизненная безглютеновая диета.

Запрещено при безглютеновой диете

Зерновые, крахмалы и мука, которые не разрешены при безглютеновой диете: ячмень, отруби, булгур, кускус, крупк, пшеница, солод, экстракт солода, ароматизатор солода, солодовый сироп, овес, овсяные отруби, овсяный сироп — не маркированные как безглютеновые, рожь, ростки пшеницы, пшеничный крахмал, пшеничные отруби, любые продукты, имеющие в названии слова «пшеница», «ячмень» или «рожь»

Разрешено при безглютеновой диете

Безглютеновые зерновые, мука и крахмалы, которые разрешены при безглютеновой диете: Амарант, мука из бобовых, гречка, кукуруза, нут, семечки, просо, ореховая мука и блюда

из орехов, овес (без примесей, обозначенный), картофельная мука, картофельный крахмал, киноа, рис все сорта, соевая мука.

Другие продукты для базовой безглютеновой диеты

Молочные продукты, все виды свежего мяса и мясо, сохраненное без глютена, морепродукты, яйца, бобовые: чечевица, нут (турецкий горох), горох, фасоль, орехи, семечки в упаковках, фрукты (свежие, замороженные, консервированные) и натуральные фруктовые соки, овощи (свежие, замороженные, консервированные) и натуральные овощные соки, жидкие растительные масла

Различные продукты, разрешенные при безглютеновой диете

Сладости: мед, кукурузный сироп, сахар (коричневый и белый). Снеки: чистый попкорн, орехи, чистые разносолы, оливки, безглютеновые картофельные чипсы (картофельные сухарики). Приправы: натуральные травы, чистый черный перец, уксусы (яблочный, виноградный или винный)

Приготовление и подготовка пищи: пациенты должны быть проинструктированы не допускать примесей к безглютеновой пище — т.е., использовать отдельные кухонные приборы, кухонные поверхности и тостером. Большая часть индустриально изготовленных продуктов содержит запрещенные ингредиенты — важно изучать этикетки и проверять доступные списки разрешенных продуктов. Очень важно входить в поддерживающую группу. В безглютеновой диете низкое содержание клетчатки. Пациентам нужно рекомендовать увеличивать ее количество, добавляя в диету рис, кукурузу, картофель и большое количество овощей. Все диетические дефициты, такие как дефицит железа, фолиевой кислоты, кальция и (редко) витамина B12, должны быть скорректированы.

Рекомендована медикаментозная терапия высокоактивными микрокапсулированными панкреатическими ферментами (панкреатинж,вк)

При необходимости рекомендуется проведение коррекции нарушений кишечной микрофлоры

Больных с впервые установленным диагнозом целиакии рекомендуется обследовать и назначить лечение в отношении дефицитов микронутриентов (железа, кальция, фолиевой кислоты, витамина D, витамина B12)

При нарушениях белкового и водно-электролитного обмена рекомендована посиндромная парентеральная коррекция. В тяжелых случаях требуется кратковременное проведение парентерального питания

Применение глюкокортикоидных препаратов при целиакии рекомендуется в случае тяжелого течения заболевания с выраженной белково-энергетической недостаточностью и в качестве заместительной терапии для коррекции надпочечниковой недостаточности

Диспансерное наблюдение

Срок наблюдения: пожизненно. Ведение больного осуществляет детский гастроэнтеролог и сертифицированный диетолог. Кратность наблюдения: после установки диагноза в течение первых двух лет – 1 раз в 6 месяцев, с 3-го года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

Обследование в ходе диспансерного наблюдения: опрос, осмотр, измерение роста и массы, копрограмма, клиническое исследование крови, биохимическое исследование крови (общий белок, печеночные пробы, глюкоза, кальций, фосфор, железо, холестерин, триглицериды); УЗИ органов пищеварения и щитовидной железы, у девочек старше 12 лет - УЗИ органов малого таза, денситометрия поясничного отдела позвоночника; серологическое обследование. По показаниям проводится ЭГДС с биопсией СОТК, консультации специалистов (эндокринолога, стоматолога, остеолога, психолога и пр.). Серологическое исследование (IgG, IgA, анти-ТТГ, АГА) рекомендуется повторять ежегодно с целью объективного контроля за соблюдением БГД. Эндоскопическое/гистологическое обследование проводится при первом поступлении, в активном периоде заболевания и через 12-18 месяцев после первого обследования в случае клинической ремиссии, а также при ухудшении состояния больного. В случае стойкой ремиссии при установленном диагнозе целиакии, подтвержденном морфологически/гистологически, проведение повторных ЭГДС/биопсий является необоснованным.

Родственникам пациента рекомендуется провести серологическое исследование, а в случае выявления повышенных уровней специфических антител – провести полный комплекс обследования, включая эндоскопическое и гистологическое исследования. □ В качестве противорецидивного лечения рекомендована пожизненная строгая безглютеновая диета, являющаяся залогом нормализации строения и функций тонкой кишки, устранения обменных нарушений, обеспечения нормальных темпов физического, психического и полового развития ребенка. Дополнительное медикаментозное лечение проводится по индивидуальным показаниям.

Рекомендовано проведение профилактических прививок в период ремиссии. □
Рекомендуется проведение противопневмококковой вакцинации в связи с повышенным риском пневмококковых инфекций.

Заключение

Таким образом, диагностика целиакии — процесс, состоящий из нескольких этапов. Эффективное выявление лиц, страдающих целиакией, реально лишь при условии высокой настороженности как клиницистов, так и эндоскопистов в отношении возможного наличия данного заболевания. Современный уровень знаний и технологических возможностей позволяет проводить эффективное лечение и обеспечивать высокое качество жизни больных. Строгая безглютеновая диета при этом является базисом этой терапии. Своевременное выявление целиакии и назначение безглютеновой диеты может предотвратить как прогрессирование основного заболевания, так и развитие тяжелых необратимых осложнений целиакии, включая Т-клеточную лимфому и другие виды злокачественных новообразований (аденокарцинома желудка и кишечника, сквамозный рак пищевода)

Список литературы:

1. Глобальные практические рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации Целиакия Июль 2016 Авторы обзора Julio C. Bai (Председатель, Аргентина), Carolina Ciacci (Сопредседатель, Италия), Gino Roberto Corazza (Италия), Michael Fried (Швейцария), Carolina Olano (Уругвай), Mohammad Rostami-Nejad (Иран), Andrea González (Аргентина), Peter Green (США), Javier Gutierrez-Achury (Великобритания/Нидерланды), Michael Schultz (Новая Зеландия), Elena Verdú (Канада), Kassem Barada (Ливан), Peter Gibson (Австралия), Sibylle Koletzko (Германия), Thierry Coton (Франция), Chris Mulder (Нидерланды), Govind Makheria (Индия), Anton LeMair (Нидерланды)
<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/ceeliac-disease-russian-2016.pdf>
2. Клинические рекомендации МЗ РФ Целиакия у детей 2016г.
3. Am J Gastroenterol 2013; 108:656–676; doi: 10.1038/ajg.2013.79; published online 16 April 20 ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Celiac Disease
4. А.А. Камалова¹, Д.О. Тимофеева¹, А.Р. Шакирова Современные аспекты диагностики целиакии у детей 2020 DOI: <https://doi.org/10.15690/vsp.v19i5.2217>
5. ресурс UpToDate