

Нами выявлено, что на боли в животе с локализацией в подложечной области жаловались 18,2±0,9% респондентов. Боли чаще беспокоили старшеклассников, чем учеников младших классов ($p < 0,001$). Боли беспокоили школьников с различной периодичностью: еженедельно 8,5±1,5% обследованных, несколько раз в месяц 49,2±3,3%, реже одного раза в месяц 42,3±2,8%. У большинства респондентов продолжительность болевого синдрома не превышала 2 мес (53,2±3,2%); боли в эпигастрии от 3 до 6 мес отмечались у 34,8±3,1%, от 6 до 9 мес – у 7,4±1,7% и более 9 мес – у 4,6±1,4% школьников.

Дискомфорт, связанный с приемом пищи (тяжесть после еды, тошнота, одинофагия, дисфагия), отмечали 24,9±1,0% школьников, чаще старшеклассники, чем учащиеся младших классов ($p < 0,05$). В большинстве случаев дискомфорт отмечался редко: реже одного раза в месяц у 54,7±2,4%, раз в месяц у 17,3±1,8%. Дискомфорт несколько раз в месяц беспокоил 20,5±1,9% обследованных школьников, раз в неделю – 2,8±0,8% и несколько раз в неделю – 4,7±1,0% детей. В большей степени беспокоила боль в эпигастрии, чем дискомфорт, связанный с приемом пищи, 58,2±2,1% школьников; больше беспокоил дискомфорт 31,7±2,0% респондентов; 10,1±1,3% беспокоили и боль, и дискомфорт.

Таким образом, нами выявлена высокая распро-

страненность симптоматики ГЭРБ у школьников-тувинцев. Симптомы ГЭРБ регистрируются чаще у старшеклассников, чем у учеников младших классов. В связи с этим нужно продолжить эти исследования с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов верификации диагноза у детей и подростков, предъявляющих жалобы, характерные для ГЭРБ, что позволит оптимизировать лечебно-профилактический алгоритм ГЭРБ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коваленко А. А., Бельмер С. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Лечащий врач. 2008; 1: 15-8.
2. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Кислотозависимые заболевания у детей. СПб.: СПб-МАПО; 2002. 89 с.
3. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. ГЭРБ у детей (проект стандартов диагностики и лечения). В кн.: Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей: Материалы XIV конгресса детских гастроэнтерологов России. М.; 2007: 75–90.
4. Щербakov П.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Русский медицинский журнал. 2007; 1: 42-8.
5. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the rome III process. Gastroenterology. 2006; 130(5): 1377-90.
6. Locke G.R., Talley N.J., Weaver A.L. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease. Mayo Clin. Proc. 1994; 69(3): 539-47.
7. Schwarz S., Hebra A. Gastroesophageal Reflux. Medicine, Last Updated: 18 January 2008. <http://www.emedicine.com/peid/topic1177.htm>

Поступила 09.10.12

Сведения об авторах:

Сенди Сауда Сергеевна, зав. детским отд-нием Республиканской больницы, г. Кызыл; заочный аспирант НИИМП СО РАМН

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.711.1-008.1-053.2-07

Е.Э. Табе¹, О.А.Малахов¹, О.Б.Челпаченко¹, К.В.Жердев¹, Н.И.Тайбулатов¹, В.В.Васильченко^{1,2}

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

¹Научный центр здоровья детей РАМН; ²НИИ нейрохирургии им.Н.Н. Бурденко РАМН, Москва

Представлен алгоритм обследования пациентов с нестабильностью шейного отдела позвоночника (НШОП), обоснован междисциплинарный подход в отношении больных с этой патологией. Изучена НШОП у 194 детей в возрасте от 5 до 18 лет с жалобами на головную боль, головокружение, боль в шее и/или ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Обследование пациента включало стандартную рентгенографию шейного отдела в двух проекциях, в трансоральной проекции, функциональные пробы со сгибанием и разгибанием в шейном отделе позвоночника, дуплексное сканирование сосудов головного мозга и шеи с проведением "поворотных" проб, магнитно-резонансную и компьютерную томографию. Обоснована диагностическая ценность инструментальных методов исследования.

Ключевые слова: нестабильность, шейный отдел позвоночника, головная боль, боль в шее, вегетососудистая дистония, позвоночные артерии

E. E. Tabe, O. A. Malakhov, O. B. Chelpachenko, N. I. Taybulatov, V. V. Vasil'chenko

OPTIMAL METHODS FOR DIAGNOSIS OF CERVICAL SPINE INSTABILITY IN CHILDREN

Federal State budgetary Institution "Scientific Centre of Child Healthcare" of the Russian Academy of Medical Sciences, 2/62, Lomonosov avenue, Moscow, 119991, Russian Federation

An algorithm for the examination of children with the cervical spine instability has been presented and the necessity of a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment of these forms of pathology has been evidenced. 194 patients aged from 5 to 18 years with complaints of headache, dizziness, neck pain, recurrent subluxations in atlantoaxial joint have been examined. Anamnesis revealed that 73% of children with unstable cervical spine were observed for a long time and treated with a diagnosis of vegetative-vascular dystonia. The importance of X-Rays medical imaging both in the standard and transoral projections and performing function tests, as well as carrying out duplex scanning of the brain vessels and neck with a "rotary" tests has been established

Key words: cervical spine instability in children, headache, vegeto-vascular dystonia.

Таблица 1
Распределение пациентов с НШОП по полу и возрасту

Количество пациентов	Пол		Возраст, годы		
	м.	ж.	5–8	9–14	15–18
абс.	55	45	29	53	18
%	107	87	56	102	36

В настоящее время частота выявления нестабильности шейного отдела позвоночника (НШОП) у детей и подростков колеблется от 21 до 47 % [2, 3]. При этом число обращений пациентов с жалобами на головную боль, боль в шее, головокружение, ограниченные движения в шейном отделе позвоночника резко увеличилось в последние годы. Указанная категория больных длительное время находится под наблюдением специалистов другого профиля. В связи с этим в большинстве случаев на консультацию к ортопеду пациенты попадают через длительное время от начала проявления жалоб. Необходимо отметить, что должного клинико-инструментального обследования не проводилось. Больные чаще всего лечились препаратами, улучшающими микроциркуляцию в головном мозге, обезболивающими средствами, что часто давало кратковременный положительный эффект. Ортопедические принципы лечения не соблюдались. Дети не получали должного реабилитационного лечения. Родители нередко отмечали ухудшение успеваемости в школе на фоне частых признаков головной боли, а также снижение физической активности, что определяет необходимость разработки алгоритма обследования пациентов с этой патологией.

Материалы и методы

Обследовано 194 больных, страдающих различными проявлениями НШОП. Средний срок наблюдения составил 39 мес (от 3 мес до 2,5 года). Все больные были распределены на 3 возрастные группы: 1-я – от 5 до 8 лет, 2-я – от 9 до 14 лет, 3-я – от 15 до 18 лет (табл. 1). Средний возраст пациентов составил 10±3 года (в диапазоне от 5 до 18 лет). 52 (27%) пациента обратились первично к ортопеду, 120 (62%) – к неврологу и 22 (11%) – к специалистам иного профиля (педиатр, ЛОР-врач и т. д.).

Среди обследованных нами 194 детей и подростков, 142 (73%) пациента ранее наблюдались и лечились с диагнозами вегетососудистой дистонии, цервикалгии, цефалгии. Необходимо отметить, что должного клинико-инструментального обследования не проводилось.

Для корреспонденции: Табе Евгения Эженовна, врач травматолог-ортопед, отд-ние восстановительного лечения детей с болезнями опорно-двигательного аппарата профилактической педиатрии и восстановительного лечения, dr.tabe@mail.ru

С целью диагностики НШОП и определения тактики лечения мы применяли следующие клинико-инструментальные методы:

- клинический метод (уточнение жалоб, сбор анамнеза, осмотр, оценка ортопедического статуса и т. д.);
- рентгенографию шейного отдела (прямая, боковая, трансоральная проекции верхнешейного отдела позвоночника, функциональные пробы);
- компьютерная томографию (аксиальные срезы, коронарная реконструкция);
- магнитно-резонансную томографию – МРТ (аксиальные и сагиттальные срезы, при необходимости исследование сосудов шеи в ангиографическом режиме);
- ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов головного мозга и шеи с обязательным выполнением "поворотных" проб.

Клиническое обследование. Ведущими жалобами у обследованных были головная боль, головокружение, боль в шейном отделе позвоночника после физической нагрузки, ограничение движений в шейном отделе позвоночника при эпизодах блокады атланта-аксиального сочленения (ротационный подвывих атланта), снижение физической активности, а иногда и успеваемости в школе (со слов родителей).

При сборе анамнеза особое внимание уделяли давности заболевания, проведенному ранее обследованию и лечению. Выясняли, у специалиста какого профиля ребенок ранее наблюдался, был ли положительный эффект от лечения и какой продолжительности. Анализировался детально анамнез матерей пациентов (беременность, роды), а также анамнез жизни самих пациентов (характер и темпы развития ребенка).

Общий и локальный статус пациента. Проводился стандартный ортопедический осмотр пациентов, включающий: оценку телосложения, положения головы, правильности оси позвоночника, выявление дефектов осанки и деформации позвоночника, выявление асимметрий туловища, гипермобильности суставов верхних и нижних конечностей. Акцентировалось внимание на степени выраженности, локализации и характере болевого синдрома, амплитуде движений в шейном отделе позвоночника, наличии в нем болезненности при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек (табл. 2).

При подозрении на НШОП пациента направляли на рентгенографию шейного отдела позвоночника с функциональными пробами. Этот метод исследования позволяет визуализировать и объективизировать нестабильные сегменты шейного отдела. Рентгенографию выполняли в двух стандартных проекциях (чаще в положении пациента стоя для оценки степени выраженности физиологического шейного лордоза), прямая рентгенограмма C_I-C_{II} через рот. По данным прямой рентгенограммы шейного отдела позвоночника выявляли отклонения оси позвоночника и наличие аномалий развития шейных позвонков (полупозвонки, конкресценция, спондилолиз, spina bifida и др.). В боковой проекции определяли изменение сагиттального профиля шейного лордоза, исключали аномалии развития (аномалию Киммерли,

Таблица 2

Распределение пациентов с НШОП по уровню нестабильности, ведущих жалоб и этиологии

Количество пациентов	Уровень НШОП		Основные жалобы			Этиология НШОП		
	верхне-шейный	нижне-шейный	головная боль	боль в шее	головокружение	диспластическая	травматическая	дегенерационная
абс.	67	33	48	32	20	72	17	11
%	130	64	93	62	39	140	33	21

ассимиляции атланта, аномалии Клиппель–Фейля и др.), изменения формы, контуров и размера тел позвонков, соотношение их относительно друг друга (рис. 1). Трансоральную проекцию применяли для исключения дислокации зубовидного отростка позвонка C_{II} (рис. 2), аномалии развития (зубовидная кость, расщепление, гипоплазия или аплазия зубовидного отростка). У всех пациентов проводили рентгенографию шейного отдела позвоночника с выполнением функциональных проб. Функциональные боковые рентгенограммы выполняли в положении максимального сгибания и разгибания в шейном отделе, что позволило определить амплитуду подвижности позвоночных двигательных сегментов шейного отдела, выявить гипо- и гипермобильные сегменты. Норма физиологического смещения по ширине тел смежных позвонков – это величина расстояния между нижним краем задней поверхности тела вышележащего позвонка и верхним краем задней поверхно-

сти тела нижележащего позвонка, которая не превышает 2,5 мм [4].

В то же время необходимо учитывать возраст пациента и локализацию нестабильных сегментов. Амплитуда подвижности позвоночника у детей превышает амплитуду подвижности у взрослых. Амплитуда смещения позвонков C_I и C_{II} при сгибании составляет в среднем 4 мм, а при разгибании – 2 мм. В 65% случаев избыточная подвижность наблюдается в верхнешейном отделе позвоночника, прежде всего за счет эластических особенностей связочного аппарата у детей [6]. Особенности строения сегмента C_I-C_{II} и отсутствие межпозвонкового диска на уровне C_I-C_{II} [2,5] существенно влияют на избыточную подвижность. Повышенная подвижность сегмента $C_{II}-C_{III}$ наблюдается до 8-летнего возраста. Нарушения на этом уровне диагностируются в 52% случаев.

Ультразвуковое дуплексное сканирование позвоночных артерий.

Исследование проводили не только в нейтральном положении, но и обязательно с проведением "пово-



Рис. 1. Рентгенограмма шейного отдела в боковой проекции. Клиновидная форма тел позвонков $C_{III}-C_{IV}$, антелистез тела C_{IV} , кифозирование нижнешейного отдела позвоночника.

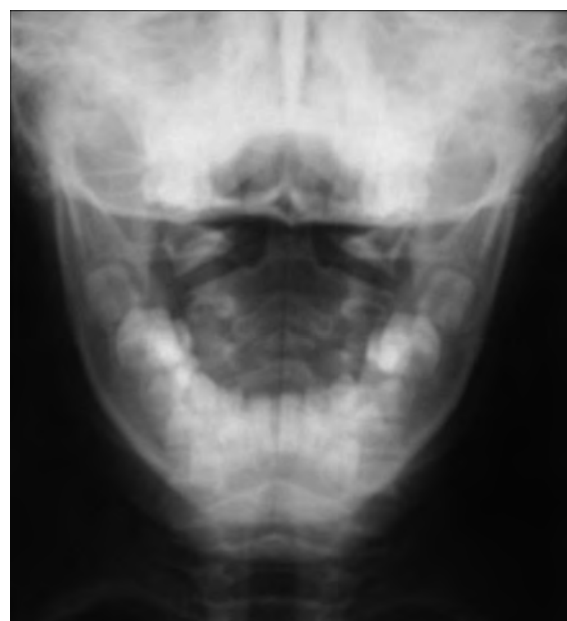


Рис. 2. Рентгенограмма шейного отдела. Смещение зубовидного отростка C_{II} , асимметрия атлантоосевых сочленений.

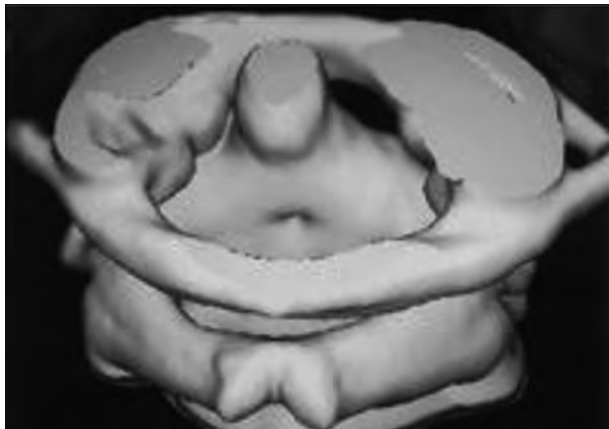


Рис.3. Компьютерная томограмма.
Дислокация зубовидного отростка С_{II}.

ротных" проб (повороты вправо-влево). Позвоночные артерии (ПА) исследовали на экстракраниальном уровне (сегменты V₁, V₂, V₃) с использованием линейного широкополосного датчика с частотой излучения 7–12 МГц и на интракраниальном уровне (сегмент V₄) с использованием датчика векторного (секторного) типа, генерирующего импульсные колебания с частотой 1–2,5 МГц. При исследовании параметров гемодинамики в вертебробазилярном бассейне мы опирались на следующие критерии:

- уровень входа ПА в канал поперечных отростков;
- диаметр, прямолинейность хода артерий, наличие и выраженность гемодинамически значимой экстравазальной компрессии ПА;
- показатели линейного кровотока (пиковая систолическая скорость, диастолическая скорость, средняя скорость, показатели сосудистого сопротивления);
- отношение показателей кровотока на дистальном и проксимальном участке ПА как критерии вертеброгенного влияния.

Методика исследования. Положение пациента – лежа на кушетке, лицом вниз, шея расслаблена, лоб упирается в кушетку, руки вдоль туловища. Из трансокипитального доступа лоцируют ПА и базилярную артерию. Регистрируют спектр кровотока по одной из артерий и измеряют пиковую систолическую скорость. После этого просят пациента максимально повернуть голову в сторону лоцируемой артерии и производят измерения. Измерения повторяют при повороте головы в противоположную к лоцируемой артерии сторону и при локации артерии на контралатеральной стороне. Снижение пиковой систолической скорости расценивают как положительную пробу, указывающую на экстравазальную компрессию одной или обеих ПА с указанием направления ротации [8].

При выявлении в результате рентгенологического обследования шейного отдела позвоночника аномалии развития позвонков пациента направляют на компьютерную томографию для более детального анализа нарушения анатомических взаимоотношений в шейном отделе (рис. 3).

С учетом того, что признаки дисплазии шейного отдела, приводящие к НШОП, выявляют и в мягкотканых структурах (межпозвоночные диски, связочный аппарат), мы выполняли МРТ, которую проводили с использованием импульсных последовательностей T1, T2 и STIR. Указанный метод позволил выявить начало дегенеративного процесса на достаточно раннем этапе, признаки юношеского остеохондроза, а также провести дифференциальную диагностику НШОП травматической и диспластической этиологии.

Пациентов с ведущими жалобами на головную боль обязательно консультировали невролог (для выявления нарушений в неврологическом статусе) и педиатр (для выявления параметров общесоматического статуса). При подозрении на нарушения со стороны зрения или слуха больных обследовали окулист и ЛОР-врач соответственно.

Результаты и обсуждение

В результате сбора анамнеза стало известно, что у 168 (86,6%) матерей наших пациентов во время беременности была гипоксия, гестоз во II и III триместрах. Как известно, указанные факторы могут провоцировать "патологическое" созревание соединительной ткани, что в свою очередь ведет к формированию синдрома НДСТ [9]. В результате обследования установлено, что среди 194 пациентов у 140 (73%) детей диагностирована диспластическая НШОП.

В 1-й группе (5–8 лет) жалобы на головную боль, боль в шее, головокружение встречались гораздо реже за счет компенсаторных механизмов, присущих этому возрасту. В результате анализа обращаемости пациентов по возрастным группам мы отметили, что наиболее многочисленной была 2-я группа (9–14 лет). Вероятно, это связано с более быстрыми темпами роста и с гормональной перестройкой организма. В 3-й же группе (15–18 лет) в отличие от двух первых групп можно чаще встретить вторичные дегенеративные изменения в шейном отделе позвоночника.

У 11 (5,7%) пациентов в анамнезе имелись указания на родовую травму шейного отдела позвоночника, что является пусковым моментом в формировании НШОП.

У всех обследованных детей выявлены такие локальные клинические признаки диспластической НШОП, как избыточный наклон головы кзади – у 159 (82%), ограничение наклона головы к грудной клетке – у 78 (40%), шейный гиперлордоз – у 146 (75%), "хруст" в шейном отделе позвоночника при повороте головы – у 101 (52%), локальная боль при пальпации в проекции остистых отростков шейных позвонков – у 177 (91%).

На рентгенограммах отмечались различные варианты нарушения анатомических взаимоотношений костных структур. Ценность рентгенографии заключается в том, что можно сразу исключить грубые аномалии развития, которые могут прямо или косвенно являться причиной НШОП. Назначение трансоральной проекции очень важно, так как смещение зубовидного отростка С_{II}, который может быть гипоплази-

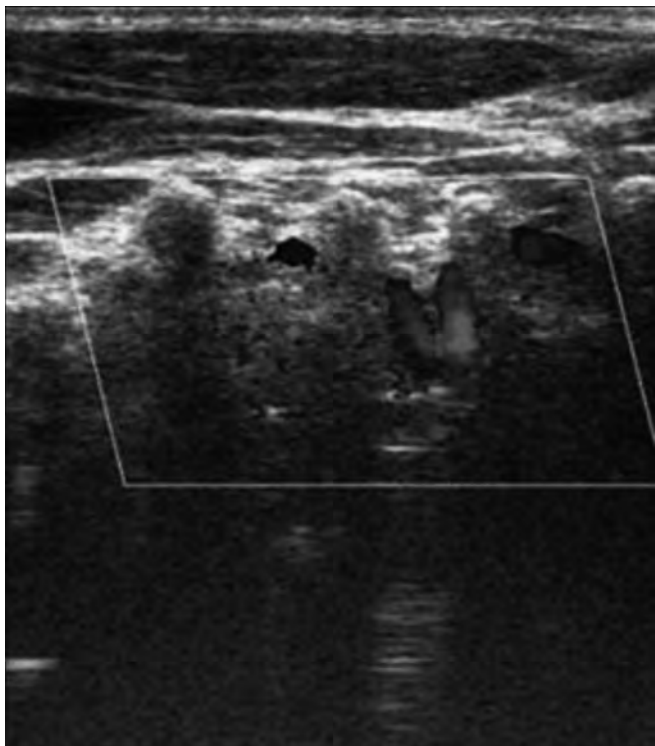


Рис.4. Дуплексная сканограмма ПА.
Врожденная S-образная деформация левой позвоночной артерии на протяжении сегмента V₂.

рованным, расщепленным, иметь вариант зубовидной кости (аномалия развития зубовидного отростка С₁₂, отсутствием слияния с телом позвонка и недоразвитие отростка, представляет собой самостоятельную кость, связанную с телом позвонка хрящевой или фиброзной тканью. Вследствие непрочности связи присоединяются атлантоаксиальная нестабильность и смещение с сужением позвоночного канала и компрессионным синдромом), что может быть причиной привычного ротационного подвывиха атланта, а также экстравазальной компрессии ПА.

Вертеброгенное воздействие на ПА визуализирует ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов шеи с функциональными "поворотными" пробами, когда определяется снижение линейной скорости кровотока по одной ПА. Дуплексное сканирование сосудов головного мозга и шеи было проведено у 110 (56%) пациентов, из которых у 78 отмечалась асимметрия линейной скорости кровотока в результате экстравазального воздействия на ПА в сегменте V₁-V₂. Из 110 пациентов у 41(37,3%) отмечалась положительная "поворотная" проба на ротацию вправо и у 39 (35,5%) – на ротацию влево. Метод дуплексного сканирования сосудов необходим, так как при обследовании шейного отдела позвоночника он позволяет четко создать представление о ходе, диаметре, показателях гемодинамики ПА, не создавая при этом дискомфорта ребенку во время исследования (рис. 4).

Нами было проведено 17 компьютерных томографий у пациентов с выявленными рентгенологически врожденными аномалиями шейного отдела позво-

ночника, у 2 из которых была конкреция, у 2 – спондилолиз (см. рис.4) и у 13 – аномалия Киммерли. Компьютерная томография позволяет выявить ключевые признаки дисплазии шейного отдела позвоночника (гипоплазию атланта, клиновидные позвонки, гипоплазию мыщелков затылочной кости, синостозы частичные и полные, спондилолизы и др.).

МРТ выполняли у 4 пациентов, у 2 из которых были выявлены признаки дегенеративных процессов, а у 2 травма в анамнезе. МРТ является ключевым моментом в дифференциальной диагностике НШОП диспластической и травматической этиологии, выявляя признаки дегенеративных, посттравматических изменений.

С учетом тенденции к росту диспластической НШОП, которая является следствием дисплазии шейного отдела и/или диспластического синдрома соединительной ткани, возникает необходимость тесного сотрудничества специалистов разного профиля (ортопедов, неврологов, педиатров, эндокринологов, генетиков, кардиологов и др.), на прием к которым попадают дети с ведущими для НШОП жалобами: на головную боль, головокружение, боль в шее.

Таким образом, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами необходима для выявления нестабильного позвоночного двигательного сегмента. Дуплексное сканирование сосудов головного мозга и шеи с проведением "поворотных" проб должно быть обязательным методом исследования при НШОП, так как в полной мере демонстрирует наличие и локализацию компрессии ПА, а также помогает определить степень декомпенсации гемодинамики в вертебробазилярном бассейне. На основании полученных данных определяют показания к сосудистой терапии, а также к ортопедической разгрузке шейного отдела позвоночника с применением различных видов ортопедических изделий (головодержатели с необходимой степенью фиксации).

Тесное взаимодействие между специалистами разного профиля практически исключает постановку ошибочного диагноза. Нами предложен алгоритм обследования этой категории больных, что способствовало выработке адекватной тактики лечения, что приводит к улучшению качества жизни пациентов с НШОП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Beighton R. Inherited disorders of skeleton. Edinburg. Churchill livingstone. – 1988. – P. 403–433.
2. Земцовский Э.В. Диагностика и лечение дисплазии соединительной ткани // Мед. вестн. — 2006. — № 11.
3. Лебедькова С.Э., Челпаченко О.Е., Сумненко В.В. К вопросу об эпидемиологии и диагностике синдрома дисплазии соединительной ткани у детей // Матер. VI съезда педиатров России. — М., 1998.
4. Новиков Ю.О. Ультразвуковой способ диагностики гипермобильности шейного отдела позвоночника и миофасциального болевого синдрома // Казан. мед. журн. – 2000. – № 4. – С. 494.
5. Колесов С.В., Палатов А.Е. Болевой синдром в шейном отделе позвоночника у детей и подростков с краниовертебральной патологией // Вертебрология – проблемы, поиски, решения. Научная конференция. – М., 1998. – С. 112-113.
6. Колесов С.В. Застарелые повреждения связочного аппарата верхнешейного отдела позвоночника у детей и подростков. Автореф. канд. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992..
7. Орлова М.А. Диагностика и лечение нестабильности шейного

отдела позвоночника у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1996.

8. Левит К. Мануальная медицина. – СПб.: Медицина, 1993.
9. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. Возможности дуплексного сканирования в определении объемных показателей мозгового кровотока. // Ультразвук. диагн. – 1996. – № 1. – С. 24-31.
10. Белозеров Ю.М., Магомедова Ш.М., Османов И.М. Диагностика и лечение пролапса митрального клапана у детей и подростков // Журнал Трудный пациент. – 2011. – № 2-3.

Поступила 24.05.12

Сведения об авторах:

Малахов Олег Алексеевич, д-р мед. наук, проф., засл. врач России, акад. мед.-техн. наук, клиника травматологии и ортопе-

дии НЦЗД РАМН; **Челпаченко Олег Борисович**, канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед, науч. сотр. клиники травматологии и ортопедии НЦЗД РАМН, e-mail: chelpachenko81@mail.ru; **Жердев Константин Владимирович**, канд. мед. наук, врач травматолог-ортопед, ст. науч. сотр., зам. по научной работе клиники травматологии и ортопедии НЦЗД РАМН, e-mail: drzherdev@mail.ru; **Тайбулатов Николай Иванович**, врач травматолог-ортопед, зав. отд-нием восстановительного лечения детей с болезнями опорно-двигательного аппарата ФГБУ НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения, e-mail: tajbulatov@nczd.ru; **Васильченко Владимир Викторович**, врач УЗДГ КДЦ НЦЗД РАМН и НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, Москва, 4-я Тверская-Ямская ул., 16.

Обзоры

© Е.А. РОСЛАВЦЕВА, Е.А. САБЕЛЬНИКОВА, 2013

УДК 616.34-008.337-021.3

Е.А.Рославцева¹, Е.А.Сабельникова²

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ФОРМАХ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ГЛЮТЕНА

¹ФБГУ Научный центр здоровья детей РАМН, 119991, Москва, Ломоносовский просп., 2/62; ²ЦНИИ гастроэнтерологии Департамента здравоохранения, 111123, Москва, шоссе Энтузиастов, 86

Представлены сравнительная характеристика и диагностические алгоритмы целиакии, аллергии к пшенице и непереносимости глютена с учетом клинических, иммунологических, морфологических и генетических особенностей каждой из перечисленных нозологических форм. Рассмотрена нецелиакийная непереносимость глютена.

Ключевые слова: глютен, целиакия, пищевая аллергия, непереносимость глютена

E.A. Roslavtseva, Sabel'nikova E.A.

MODERN IDEAS OF FORMS OF GLUTEN INTOLERANCE

Federal State budgetary Institution "Scientific Centre of Child Healthcare" of the Russian Academy of Medical Sciences, №2/62 Lomonosov avenue, Moscow, 119991, Russian Federation

The comparative characteristic and diagnostic algorithms for celiac disease, allergy to wheat and gluten intolerance with taking into account clinical, immunological, morphological and genetic features of each of the listed nosological forms are presented. The non-celiac gluten intolerance is considered.

Key words: gluten, celiac disease, food allergy, gluten intolerance

Целиакию определяют как иммуноопосредованное системное заболевание, возникающее под влиянием глютена и соответствующих проламинов у генетически предрасположенных индивидуумов и характеризующееся наличием глютензависимых клинических проявлений, а также специфических для целиакии антител к тканевой

трансглутаминазе 2 (anti-tTG2), эндомизиуму (ЕМА), деамидированным пептидам глиаина (anti-DPG), гаплотипов HLA DQ2 и/или HLA-DQ8 и энтеропатии [14]. В настоящее время установлено, что распространенность целиакии во многих странах Европы и Америки составляет около 1% от общей численности населения. Увеличение числа больных целиакией стало возможным благодаря широкому применению иммунологических методов диагностики, позволяющих проводить эпидемиологические исследования населения и скрининг групп риска [18]. В результате проведения скрининговых исследований было по-

Для корреспонденции: Рославцева Елена Александровна, канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отд-ния питания здорового и больного ребенка НЦЗД РАМН, e-mail: roslavceva@nczd.ru