

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ГЛЮТЕНЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИАКИИ

Крумс Л.М., Парфенов А.И., Сабельникова Е.А., Гудкова Р.Б., Воробьева Н.Н

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Крумс Лариса Михайловна

111123, Москва, ш. Энтузиастов, д. 86

E-mail: gastroenter@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты обследования и лечения 207 больных глютенчувствительной целиакией. Разработана комплексная методика лечения больных с различной степенью тяжести заболевания. Основопологающим методом терапии глютенчувствительной целиакии является строгое пожизненное соблюдение аглютеновой диеты (АГД), из которой исключен белок злаковых — глютен, содержащийся в пшенице, ржи, ячмене. В последнее время появилось большое количество продуктов, в состав которых входит «скрытый глютен». Исключение его из рациона АГД обязательно для больных целиакией. При наличии диареи и синдрома нарушенного всасывания применяются адсорбенты, вяжущие средства, ферментные препараты, кишечные антисептики, пробиотики. С целью коррекции метаболических расстройств внутривенно вводятся электролитные смеси, содержащие калий, кальций, магний. Для ликвидации белковой недостаточности применяются препараты цельного белка, смеси чистых аминокислот, безглютеновые смеси для энтерального питания. Диспансеризация больных целиакией направлена на контроль за соблюдением АГД, своевременное выявление онкологических, аутоиммунных и других сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: целиакия; аглютеновая диета; синдром нарушенного всасывания; диспансеризация.

SUMMARY

In this article presented results of examination and treatment of 207 patients with glutensensitive celiac disease. And also you can find comprehensive method for the treatment of patients with varying severity of disease. The fundamental method of therapy glutensensitive celiac disease is strict lifelong adherence to a gluten-free diet (GFD), which eliminated protein cereal — gluten contained in wheat, rye and barley. Recently, there is large number of products which include the «hidden gluten». Its elimination from the diet of GFD is mandatory for patients with celiac disease. In the presence of diarrhea and malabsorption syndrome are used adsorbents, astringents, enzymes, intestinal antiseptic, probiotics. With the purpose of correction of metabolic disorders intravenous electrolyte mixture containing potassium, calcium and magnesium. To eliminate protein deficiency drugs used solid protein mixture of pure amino acids, gluten-free mixes for enteral feeding. Clinical examination of patients with celiac disease is aimed at monitoring compliance with GFD, early detection of cancer, autoimmune and other related diseases.

Keywords: celiac disease; gluten-free diet; malabsorption syndrome; clinical examination.

Глютенчувствительная целиакия (целиакия) — аутоиммунное заболевание тонкой кишки, характеризующееся развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки (СОТК) в ответ на введение белка злаковых, содержащегося в пшенице, ржи и ячмене у лиц, генетически предрасположенных к заболеванию. Уже в I веке н. э. Arataeus Cappadosian писал о болезни целиакии. В 1988 году врач Бартоломеевского госпиталя в Лондоне подробно описал симптомы целиакии у детей. И только в 1952 году голландский педиатр W. K. Dick впервые связал причину целиакии с непереносимостью хлебных злаков. Это предположение

основывалось на том факте, что в Голландии число детей, больных целиакией, в голодные годы Второй мировой войны значительно снизилось и вновь возросло по мере улучшения питания населения в послевоенные годы.

«Токсичность» белка злаковых — глютена затем была подтверждена им совместно с J. H. Van de Kamer и H. A. Wejers. И только в 1952 году G. Makliver и J. French впервые применили в лечении целиакии аглютеновую (АГ) диету. С тех пор аглютеновая диета (АГД) является основополагающим методом лечения больных целиакией. Несмотря на большое количество исследований, посвященных разработке

аглютеновой диеты, многие вопросы являются до наших дней нерешенными или спорными. В настоящее время за рубежом широко распространены безглютеновые продукты с соответствующей маркировкой. В России производство таких продуктов отсутствует. До настоящего времени остается спорным вопрос о включении овса в состав рациона АГ диеты. Мало внимания в литературе уделяется проблемам медикаментозной терапии, направленной на восстановление метаболических нарушений при синдроме нарушенного всасывания различной степени тяжести. Все эти вопросы требуют уточнения и конкретизации.

Цель работы — изучить особенности лечения больных целиакией в зависимости от тяжести синдрома нарушенного всасывания (СНВ), наличия хронической диареи, разработать алгоритм диспансеризации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период с 1993 по 2007 год обследовано 207 больных целиакией, из них 173 (83,6%) женщины, 34 (16,4%) мужчины, большинство обследованных — в возрасте от 18 до 52 лет. Контрольную группу составили 15 здоровых волонтеров.

Всем больным ставились иммунологические тесты — определялись антитела к глиадину (АГА) и тканевой трансглутаминазе (АТтТГ) в иммуноглобулинах IgA и IgG, изучалась морфологическая картина биоптатов слизистой оболочки тонкой кишки.

Изучение микрофлоры тонкой и толстой кишки проводилось путем посева серийных разведений содержимого тонкой и толстой кишки с последующим качественным и количественным учетом выделенных микроорганизмов.

В дуоденальном содержимом, полученном с помощью двухканального зонда (один из каналов открывался в желудке для отсоса желудочного содержимого, второй — в двенадцатиперстной кишке) натошак и после внутривенного введения панкреозимина (1 ед. на 1 кг массы тела), определялись ферменты поджелудочной железы: трипсин по методу Эрлангера в модификации В. А. Шатерникова (1969), амилаза по Смит-Роу, липаза по методу Г. К. Шлыгина, Л. С. Фоминой (1964).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным методом лечения больных целиакией, независимо от вариантов клинического течения, являлось строгое и пожизненное соблюдение аглютеновой диеты. В России АГД для больных целиакией взрослых впервые была разработана в ЦНИИГ в конце 1970-х гг. [1]. Из рациона полностью исключались продукты, содержащие пшеницу, рожь, ячмень и овес. Следует подчеркнуть, что в последние годы допускается использование небольшого количества овса в составе АГД [2–4]. Тем не менее мы придерживались мнения о полном исключении

«белков глютена», а в овсе в составе авенина содержатся «следы» белка, близкого к глиадину, существует также возможность «загрязнения» овса пшеницей и другими злаками в процессе обработки; исключались также многие продукты, в состав которых входит «скрытый» глютен.

Разрешаются следующие продукты: гречневая, рисовая, кукурузная крупы, мясо, яйца, рыба, картофель, сыры, по переносимости — молоко и молочные продукты, овощи и фрукты.

Все блюда готовили на пару или варились. В периоды поносов пищу давали в протертом виде, а по мере наступления ремиссии — без специального измельчения.

Химический состав и калорийность: белков — 140 г, жиров — 120 г, углеводов — 450–500 г. Калорийность — 3327–3514 ккал.

Температура пищи: горячих блюд — 57–62 °С, холодных — не ниже 15 °С. Количество приемов пищи: протертый вариант — 5–6 раз в день, непротертый вариант — 3–4 раза в день.

С целью предупреждения ошибок диагностики АГД назначали больным только после морфологического подтверждения целиакии.

За последние годы перечень продуктов, которые могут содержать «скрытый» глютен, значительно расширился и включает: вареные колбасы и сосиски; полуфабрикаты из мяса и рыбы; мясные и рыбные консервы; некоторые овощные и фруктовые консервы, в том числе для детского питания; томатные кетчупы и пасты; некоторые виды уксусов и салатных соусов, готовых горчиц, майонезов; соевые, устричные и рыбные соусы; готовые смеси тертых приправ и специй; некоторые сорта мороженого, йогуртов, творожных сырков и паст, плавящихся сыров, маргаринов с глютеносодержащими стабилизаторами; концентрированные сухие супы, бульонные кубики, готовые супы в пакетах и консервных банках; картофельное пюре быстрого приготовления; картофельные и кукурузные чипсы; замороженный картофель фри; некоторые виды чая, растворимый кофе и кофейные напитки; квас и пиво; имитация морепродуктов — «Крабовые палочки», «Крабовое мясо», карамель, соевые и шоколадные конфеты с начинкой, восточные сладости, повидло промышленного производства; некоторые пищевые добавки (краситель E160b, карамельные красители E150a–d, мальтол E636, этил мальтол E637, изомальтол E953, мальтит и мальтитный сироп E965). Все перечисленные продукты также исключаются из рациона больных целиакией [5].

Медикаментозное лечение было направлено на: а) коррекцию метаболических нарушений, возникающих в результате развития синдрома нарушенного всасывания; б) устранение диареи и в) восстановление эубиоза кишечника. С этой целью все больные

СНВ были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести данного синдрома (табл. 1).

При отсутствии диарейного синдрома и клинических и лабораторных симптомов СНВ лечение ограничивали только назначением АГД. Данный вид лечения назначили 20 больным.

С целью определения целесообразности назначения ферментных препаратов при хронической диарее у больных целиакией исследовались ферменты поджелудочной железы в дуоденальном содержимом у 10 больных с СНВ III степени тяжести и у 15 лиц контрольной группы. Результаты исследований показали, что у больных целиакией скорость секреции амилазы была снижена в 2 раза по сравнению с контролем. Уровень трипсина и липазы в среднем оставался близким к норме (рис. 1 а–в). Обращал на себя внимание «инертный тип» секреции ферментов у больных целиакией. У большинства из них максимальная концентрация ферментов в просвете тонкой кишки наблюдалась через 30 и 40 минут после введения панкреозимина (в контрольной группе — через 10 минут). В результате создается асинхронность поступления ферментов и пищи в просвет кишки в период пищеварения [6].

Для обоснования назначения антибактериальной терапии больным мы изучили у них микрофлору толстой и тонкой кишки. В дуоденоюнальном содержимом 10 обследованных больных высевались кишечная палочка, стафилококки и энтерококки в количестве, превышающем 10^5 /мл КОЭ. У некоторых больных находили бактериоды.

Нарушение фекальной микрофлоры характеризовалось отсутствием или снижением количества бифидобактерий и изменениями аэробной части биоценоза: повышением титра протей свыше 10^3 /мл, увеличением количества гемолизирующих и лактоотрицательных кишечных палочек, гемолизирующей кокковой флоры.

У больных с диарейным синдромом проводили мероприятия, направленные на коррекцию данного вида нарушений. Лечение диареи осуществляли с учетом всех патогенетических механизмов: нарушения секреции, осмолярности, экссудации и моторики. Применяли медикаменты, уменьшающие кишечную гиперсекрецию, вяжущие, антисептические, обволакивающие, адсорбирующие и нейтрализующие органические кислоты препараты: порошки, содержащие белую глину, карбонат кальция, дерматол или смекту а также отвары из трав

Таблица 1

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СНВ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ			
Симптомы	СНВ (N = 207)		
	СНВ I ст. тяжести (N = 28)	СНВ II ст. тяжести (N = 87)	СНВ III ст. тяжести (N = 72)
Потеря массы тела:			
1–5 кг	9 (32,1%)	—	—
6–10 кг	16 (57,1%)	2 (2,3%)	—
> 10 кг	—	85 (97,7%)	72 (100%)
Слабость	28 (100%)	87 (100%)	72 (100%)
Сухость, шелушение кожи	7 (25%)	76 (87,3%)	72 (100%)
Выпадение волос	10 (35,7%)	48 (55,1%)	57 (79,1%)
Глоссит	27 (96,4%)	87 (100%)	72 (100%)
Судороги	—	43 (49,4%)	59 (81,9%)
Мышечные и костные боли	—	38 (43,6%)	26 (36,1%)
Остеопения, остеопороз	—	26 (29,8%)	25 (34,7%)
Пастозность голеней, отеки	—	16 (18,3%)	72 (100%)
Аменорея	—	—	69 (95,8%)
Гипотония ниже 90/60 мм рт. ст.	—	22 (25,2%)	67 (93%)
Анемия	—	71 (81,6%)	67 (93%)
Гипопротеинемия	—	—	68 (94,4%)
Гипокалиемия	—	8 (9,2%)	37 (51,3%)
Гипокальциемия	—	29 (33,3%)	38 (52,7%)
Гипоферремия	—	57 (65,5%)	67 (93%)

аналогичного действия (плоды черемухи, черники, ромашки, шалфея, зверобоя и др.).

С целью улучшения пищеварения всем больным назначали ферментные препараты: креон или мезим-форте. С учетом сниженной функции поджелудочной железы курсы ферментных препаратов назначались длительно, в течение 1–2 месяцев, а у тяжелых больных — постоянно. С целью восстановления эубиоза кишечника применяли антибактериальные препараты (альфа-нормикс, бисептол, фуразолидон, метронидазол) и кишечные антисептики

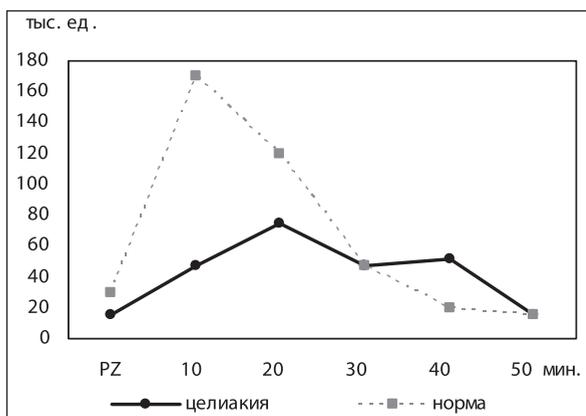


Рис. 1а. Скорость секреции амилазы у больных целиакией при стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы панкреозимином (PZ)

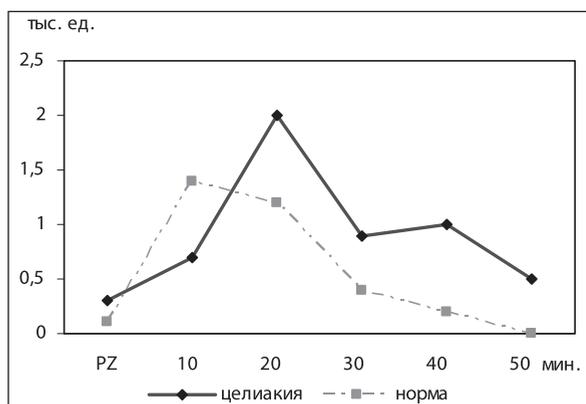


Рис. 1б. Скорость секреции липазы у больных целиакией при стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы панкреозимином (PZ)

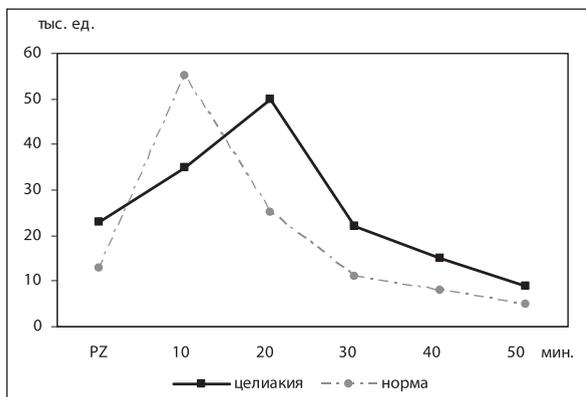


Рис. 1в. Скорость секреции трипсина у больных целиакией при стимуляции внешнесекреторной функции поджелудочной железы панкреозимином (PZ)

(интетрикс, эрсефурил). Длительность курса антибактериальной терапии — 7 дней.

После антибактериальной терапии назначали пробиотики: бифидумбактерин, линекс, бифиформ, пробифор и другие на срок от 1 до 2 месяцев. Только после проведения повторных курсов лечения пробиотиками при контрольных посевах в тонкокишечном содержимом больных целиакией исчезал рост микроорганизмов, в кале возрастало содержание представителей нормальной флоры: бифидобактерий и молочнокислых палочек, уменьшалось количество условно патогенных микроорганизмов.

Для восстановления биологической среды в кишечнике, необходимой для существования нормальной микрофлоры, и подавления роста патогенных бактерий также применяли пребиотики: хилак-форте или мукофальк. Курс лечения — 2–4 недели.

Учитывая разнообразие клинических симптомов и степень выраженности синдрома нарушенного всасывания при различных формах целиакии, нами применен дифференцированный подход к лечению в зависимости от степени тяжести СНВ.

Так, в случае развития у больного СНВ I степени тяжести, характеризующегося развитием гиповитаминозов, одновременно с АГ диетой назначались комплекс витаминов групп С, В, никотиновая кислота и витамины из группы жирорастворимых А, D, К и Е. Ежедневно больным внутрь назначались рибофлавин, фолиевая кислота, витамин А.

Медикаментозное лечение СНВ I степени тяжести проведено 28 больным.

При наличии у больных признаков СНВ II степени тяжести проводилась коррекция водно-электролитных нарушений и лечение железодефицитной анемии.

Расстройства водно-электролитного обмена устранялись парентеральным введением солей калия, кальция и магния. Внутривенное введение электролитов проводилось 15–20 дней. Препараты калия применялись в условиях достаточного суточного диуреза (не менее 400 мл мочи в сутки). В случаях резкой дегидратации вначале проводилась регидратационная терапия, а затем введение солей кальция. Количество парентерально вводимой жидкости при условии достаточного поступления ее *per os* не превышало 1000 мл. Парентеральное введение полиэлектролитных смесей осуществлялось ежедневно в течение 15–20 дней.

Для устранения дефицита железа и коррекции анемии проводилось парентеральное введение препаратов железа: венофер, феррум-лек, мальтофер и др.

При тяжелой белковой недостаточности, сопровождающей СНВ III степени тяжести, с целью восстановления коллоидно-осмотического давления плазмы и ликвидации гемодинамических

нарушений применялись препараты, содержащие цельный белок: плазма и ее производное — альбумин. Для устранения белковой недостаточности применялось также переливание смесей чистых аминокислот: Аминостерил КЕ, Аминостерил-Нера, Инфезол и др. С целью повышения усвояемости белковых препаратов и белка диеты назначались витамины группы В и анаболические гормоны (ретаболил).

С целью нормализации метаболических нарушений 10 больным с СНВ II и III степени тяжести (ИМТ менее 17 кг/м²) проводилась нутритивная поддержка с помощью энтерального питания сбалансированными смесями. Применялись полимерные низкокалорийные сбалансированные смеси для энтерального питания «Нутризон» и «Нутридринк», не содержащие глютен. Курс лечения длился 14 дней. Больным с СНВ III степени тяжести питательные смеси применялись в меньшей дозировке ввиду плохой переносимости больших доз препарата.

Больным с СНВ III степенью тяжести назначались глюкокортикостероидные гормоны по схеме, разработанной и применяемой в ЦНИИГ. Преднизолон назначался внутривенно капельно по 50 мг в сутки в течение 10 дней с последующим переходом на пероральный прием в суточной дозе 20 мг в течение 2–3 недель с постепенной отменой препарата по 2,5 мг в 3 дня.

Лечение СНВ II и III степени тяжести проводилось 159 больным ГЦ.

Под влиянием проведенного комплексного лечения у больных прекратилась диарея, исчезли клинические и лабораторные симптомы мальабсорбции.

При выписке из стационара у большинства больных СНВ отсутствовал или наблюдался СНВ I степени тяжести (табл. 2). Однако, несмотря на проводимое лечение, у 5 больных рефрактерной целиакией не удалось добиться значительного улучшения состояния. На фоне проводимого лечения с применением глюкокортикостероидной терапии у них исчезли отеки и уменьшилась частота стула, однако сохранялся СНВ II степени тяжести.

Выявлены значительные различия в достижении устойчивой ремиссии между группами больных, строго соблюдающих АГ диету и нарушающих ее.

У 72,4% больных, строго соблюдающих АГ диету, уже в течение первого года наблюдались нормализация стула, исчезновение полифекалии, симптомов гиповитаминоза, судорог, отеков. Как правило, больные прибавляли в весе от 3–5 кг и более. В данной группе больных в период от 2 до 5 лет наступала нормализация серологических тестов: АГА — у 80,6%, АТгТГ — у 87,9% обследованных. У 64,1% больных за этот же промежуток отмечалось полное восстановление слизистой оболочки тонкой кишки, у 30,7% — улучшение морфологической структуры СОТК. Лишь у 5,1% больных с торпидным течением заболевания даже при нормализации серологических тестов и частичном исчезновении клинических симптомов положительной динамики в морфологической картине СОТК не наблюдалось.

Больные, нарушающие АГ диету, вновь поступали в стационар с клиническим обострением и нарушением морфологической картины СОТК.

Таким образом, показателями успешной реабилитации больных целиакией являлись:

Таблица 2

ИЗМЕНЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СНВ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ (N = 207)		
Тяжесть СНВ	Частота обнаружения (%)	
	до лечения	после лечения
I степень	13,5	65,2
II степень	42,0	2,5
III степень	34,8	0
Отсутствует	9,7	32,3

Таблица 3

СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СНВ			
СНВ отсутствует	СНВ I ст. тяжести	СНВ II ст. тяжести	СНВ III ст. тяжести
1. АГД	1. АГД 2. Лечение диареи 3. Поливитамины	1. АГД 2. Лечение диареи 3. Поливитамины 4. Лечение ЖДА 5. Коррекция водно-электролитного обмена	1. АГД 2. Лечение диареи 3. Поливитамины 4. Лечение ЖДА 5. Коррекция водно-электролитного и белкового обмена 6. Кортикостероиды

- 1) устойчивая клиническая ремиссия;
- 2) снижение до нормальных значений концентрации антител к глиадину и тканевой трансглутаминазе;
- 3) восстановление морфологической структуры СОТК.

Для достижения стойкой ремиссии всем больным после окончания лечения в стационаре рекомендуется выполнять работу, не связанную с физическим напряжением, нервными нагрузками и обеспечивающую возможность постоянного соблюдения АГ диеты. Больным с полной клинической ремиссией рекомендуется ограничение трудоспособности в пределах 3-й группы инвалидности. Больные с торпидным течением целиакии нетрудоспособны и должны быть переведены на 2-ю группу инвалидности.

Все больные целиакией нуждаются в диспансеризации и при показаниях — в повторных курсах противорецидивного лечения в условиях гастроэнтерологического стационара.

Диспансерное наблюдение за больными целиакией проводится с целью контроля за соблюдением АГ диеты, определения степени ограничения трудоспособности, своевременного выявления аутоиммунных и онкологических заболеваний, а также диагностики и лечения сопутствующих заболеваний.

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Основопологающим методом терапии целиакии является аглютенная диета, которая должна соблюдаться больными строго и пожизненно. За рубежом многие исследователи считают возможным использование в АГ диете овса [6; 7]. Однако речь идет об особых сортах овса с минимальным количеством авенина [8]. Мы в своих рекомендациях придерживаемся мнения о запрещении овса в АГ диете, так как в процессе производственной обработки может произойти загрязнение его другими злаками, в том числе и пшеницей.

Лечение больных целиакией включает в первую очередь неукоснительное соблюдение АГ диеты, в связи с чем одной из основных задач диспансеризации является контроль за выполнением больным всех рекомендаций по рациону питания. В зависимости от степени выраженности синдрома нарушенного всасывания проводятся коррекция метаболических нарушений, лечение хронической диареи, мероприятия, направленные на восстановление нормальной кишечной микрофлоры [9; 10].

Так, для больных целиакией с СНВ I степени тяжести достаточно четкого соблюдения АГ диеты и приема витаминных и ферментных препаратов. При СНВ II степени наряду с АГ диетой проводится коррекция водно-электролитных нарушений, лечение анемии. Больным с нарушениями белкового обмена, гипопроteinемией (СНВ III степени тяжести) наряду с аглютенной диетой, содержащей

повышенное содержание белка, вводятся препараты цельного белка — плазма, альбумин, растворы чистых аминокислот, дополнительное энтеральное питание с использованием безглютенных высококалорийных питательных смесей.

Как показали наши исследования, только при тщательном соблюдении аглютенной диеты удастся добиться стойкой клинической ремиссии, нормализации серологических проб, улучшения морфологической картины слизистой оболочки тонкой кишки.

Устранение метаболических расстройств у больных ГЦ происходило дифференцированно в соответствии со степенью тяжести СНВ (табл. 3).

Как видно из предложенной схемы, основополагающим для лечения целиакии и предупреждения рецидивов заболевания является строгое и пожизненное соблюдение АГД. При наличии диарейного синдрома проводилась его коррекция. В дальнейшем лечение осуществлялось дифференцированно в зависимости от наличия СНВ разной степени тяжести. При тяжелом течении целиакии короткими курсами применялись кортикостероиды. Последние уменьшали проявление аутоиммунных проявлений заболевания, тем самым ускоряя наступление клинической ремиссии.

Алгоритм диспансерного наблюдения за больными целиакией с впервые установленным диагнозом включает:

I. Первая консультация врача-гастроэнтеролога осуществляется через 2 недели после выписки больного с целью:

- 1) исследования нутритивного статуса, лабораторных показателей: анализ крови — клинический, биохимический (кальций, железо, общий белок, альбумины, печеночные пробы);
- 2) проведения консультации диетолога для коррекции АГ диеты;
- 3) приобщения к обществу больных целиакией.

II. Следующая консультация гастроэнтеролога — через 6 месяцев после установления диагноза целиакии, в последующем ежегодно, с целью:

- 1) скрининга нутритивного статуса;
- 2) выявления возможных осложнений и аутоиммунных заболеваний;
- 3) контроля за соблюдением АГД (исследование АГА IgA, АТгТГ IgA).

При выявлении патологических результатов (повышение титров антител, клинические симптомы, нутритивный дефицит) проводится повторное гистологическое исследование СОТК, и в случае сохранения атрофии необходимо выяснить причину (нарушение диеты или появление осложнений — лимфома, рефрактерная целиакия и т. п.).

При нормальных результатах обследования (титры антител не повышены, клинических симптомов нет, нутритивный статус в норме) показано



ежегодное наблюдение гастроэнтерологом для контроля за соблюдением АГД (титр антител к глиадину), выявления и лечения возможных осложнений и сопутствующих заболеваний.

ВЫВОДЫ

1. Основным методом лечения целиакии является строгое пожизненное соблюдение аглютенной диеты. Сознательное или неосознанное нарушение АГД приводит к рецидивам заболевания. Трудности соблюдения АГД состоят также в отсутствии достаточного количества отечественных безглютеновых

продуктов, доступных по стоимости больным целиакией.

2. У 95% больных при соблюдении АГД наступает устойчивая клиническая ремиссия. Нормализация серологических проб наблюдается в более поздние сроки: АГА — у 80,6%, АТгТГ — у 87,7% больных. Полное восстановление морфологической структуры слизистой за период наблюдения отмечается у 64,1%, а тенденция к нормализации — у 30,7% больных.

3. Все больные целиакией должны находиться под диспансерным наблюдением с целью контроля за соблюдением АГД, своевременного выявления онкологических и аутоиммунных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Екисенина Н. И. Лечебное питание при заболеваниях кишечника // Справочник по диетологии. — М.: Медицина, 1981. — С. 235–251.
2. Garsed K., Scott B. B. Can oats be taken in a gluten-free diet? // Systematic Review. — 2007. — Vol. 42, № 2. — P. 171–178.
3. Peraaho M., Kaukinen K., Mustalahti K. Effect of an oats-containing gluten-free diet on symptoms and quality of life in celiac disease: a randomized study // Scand. J. Gastroenterol. — 2004. — Vol. 39. — P. 27–31.
4. Lange E. Oat products in gluten free diet // Roczn. Panstw. Zakl. Hig. — 2007. — Vol. 58, № 1. — P. 103–109.
5. Баранов А. А., Боровик Т. Э., Рославцева Е. А. и др. Новые технологии питания детей, больных целиакией и лактазной недостаточностью: Пособие для врачей. МЗиСР РФ. — М., 2005. — 87 с.
6. Janatuinen E. K., Pikkarainen P. H., Kemppainen T. A. et al. A comparison of diets with and without oats in adults with celiac disease // N. Engl. J. Med. — 1995. — Vol. 333, № 19. — P. 1033–1037.
7. Kemppainen T., Janatuinen E., Holm K. et al. No observed local immunological response at cell level after five years of oats in adult coeliac disease // Scand. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 42, № 1. — P. 54–59.
8. Алпатьева Н. В., Леонтьева Н. А., Барсукова Н. Н. и др. Возможности использования овса в безглютеновых продуктах // Мат. V съезда Научного общества гастроэнтерологов России. Москва 3–6 февраля 2005. — С. 426.
9. Логинов А. С., Крумс Л. М., Парфенов А. И., Бычков Ю. П. Роль нарушения секреции панкреатических ферментов, желчи и бактериального обсеменения тонкой кишки в патогенезе диареи у больных целиакией // Клини. мед. — 1989. — № 11. — С. 81–85.
10. Парфенов А. И., Крумс Л. М., Екисенина Н. И. и др. Диагностика и лечение глютенной энтеропатии: Методические рекомендации. МЗ РФ. — М., 1992. — 26 с.