

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ НА ДИНАМИКУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

В. А. Курьянинова^{1, 2}, М. В. Стоян^{1, 2}, Л. Я. Климов¹, М. А. Шелегеда³,
Р. А. Атанесян¹, Е. С. Герасименко¹, М. Д. Дагужиева¹, О. С. Данилова², Е. В. Милуша²

¹Ставропольский государственный медицинский университет

²Детская городская клиническая больница им. Г. К. Филиппского, Ставрополь

³Городская детская поликлиника № 2, Ставрополь

Строгая пожизненная безглютеновая диета (БГД) на сегодняшний день является единственным эффективным методом лечения целиакии [1, 2, 4]. Своевременное назначение БГД позволяет купировать клинические симптомы, восстановить темпы физического развития (ФР) и предотвратить формирование белково-энергетической недостаточности (БЭН) [2, 3]. К сожалению, в реальной клинической практике строгого соблюдения БГД удаётся добиться только не у всех пациентов, поэтому у ряда больных, несмотря на ликвидацию диарейного синдрома, темпы роста остаются недостаточными, и эти дети обращаются с жалобами на задержку ФР, анемию и другие симптомы, характерные для стадии неполной ремиссии целиакии [5]. Проблема комплайенса БГД, как правило, изучается с точки зрения персистенции или редукции клинических и серологических маркёров заболевания [4]. Работ, посвящённых детальному анализу антропометрических показателей у детей

с целиакией в зависимости от соблюдения БГД, практически нет.

Цель исследования: провести сравнительный анализ динамики показателей ФР у детей с целиакией, соблюдающих и не соблюдающих БГД.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 73 детей с типичной формой целиакии в возрасте от 9 месяцев до 14 лет, среди которых было 43 (58,9 %) мальчика и 30 (41,1 %) девочек.

Диагноз устанавливали в соответствии с клинико-серологическими и морфологическими критериям ESPGHAN; показатели ФР (длина тела (ДТ), масса тела (МТ), индекс массы тела (ИМТ)) оценивались по программе AnthroPlus-2011.

Первую группу составили 65 (89,0 %) детей, соблюдавших БГД от 6 мес. до 3 лет (средняя длительность наблюдения 28,3±1,8 мес.). Вторую группу – 8 (11,0 %) пациентов, не соблюдавших БГД (средняя длительность наблюдения 17,8±4,3 мес.). Динамика показателей ФР в первой группе анализировалась через 6 мес. у 33, через 1 год – у 41, через 2 года – у 30 и через 3 года – у 28 детей.

Статистическая обработка проводилась с использованием программ BIostat, ATTESTAT. Достоверность различий оценивалась по критериям Стьюдента (t) и Пирсона (χ^2).

Результаты и обсуждение. В структуре клинических проявлений у больных в остром периоде целиакии на первом месте находится задержка ФР – 84,0 %. Дефицит МТ выявлен у 76,0 %, низкий рост (отставание более чем на 1,0 SDS) – у 53,3 % детей. Раздражительность встретилась в 49,3 % случаев, диарея – в 44,0 %, увеличение размеров живота – в 38,7 %, болевой синдром – в 36,0 % и аллергические высыпания – у 14,7 % пациентов.

В первой группе больных уже спустя 6–12 мес. соблюдения БГД отмечена положительная динамика: уменьшились размеры живота, нормализовался стул, купировались болевой и астено-вегетативный синдромы, улучшился аппетит. Нормализация темпов ФР происходит вместе с тем более длительно, поэтому компенсация отставания ДТ и МТ, возникших до верификации диагноза, обычно занимает несколько лет и требует высокого уровня комплайенса.

Среднее отклонение МТ и ДТ с учетом возраста детей до назначения БГД составило соответственно –1,86±0,12 SDS и –1,71±0,16 SDS.

На фоне БГД в первой группе отмечена неравномерная динамика прироста ДТ и МТ. Уже спустя 6 месяцев после начала диетотерапии отклонение МТ составило –1,41±0,21 SDS ($p<0,05$), через 12 мес. – –1,33±0,18 SDS ($p<0,05$), спустя 24 мес. – –1,17±0,2 SDS ($p<0,01$), через 36 мес. – –1,26±0,23 SDS ($p<0,05$). Очевидно, что МТ, являющаяся гораздо более лабильным показателем ФР, на фоне полноценного питания и постепенного восстановления процессов мембранного пищеваре-

Курьянинова Виктория Александровна, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89282938069; e-mail: vichkak@mail.ru

Стоян Марина Валерьевна, соискатель кафедры факультетской педиатрии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89282447990; e-mail: marina-stoyan@mail.ru

Климов Леонид Яковлевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой факультетской педиатрии Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652)35-23-39; e-mail: klimov_leo@mail.ru

Шелегеда Мария Александровна, врач-гастроэнтеролог МБУЗ г. Ставрополя «Городская детская поликлиника № 2»; тел.: 89280104055; e-mail: shelegeda-ma@rambler.ru

Атанесян Роза Артуровна, клинический ординатор кафедры эндокринологии, детской эндокринологии и диабетологии ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89283770998; e-mail: rozaatanesyan@rambler.ru

Герасименко Елена Сергеевна, клинический ординатор кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПДО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89886785715; e-mail: Drelena555@yandex.ru

Дагужиева Мадина Давлетовна, студентка 5 курса педиатрического факультета Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89280297585; e-mail: madina.daguzhieva_53@mail.ru

Данилова Олеся Сергеевна, врач-гастроэнтеролог МБУЗ г. Ставрополя «Детская городская клиническая больница им. Г. К. Филиппского»; тел.: 89064407998; e-mail: olesya-as@mail.ru

Милуша Елена Викторовна, врач-гастроэнтеролог МБУЗ г. Ставрополя «Детская городская клиническая больница им. Г. К. Филиппского»; тел.: 89188840360; e-mail: milusha-elena@mail.ru

ния и всасывания демонстрирует достаточно быструю позитивную динамику.

Сокращение отставания ДТ на фоне БГД происходит заметно медленнее, чем МТ. Отклонение ДТ у детей первой группы через 6 мес. составило $-1,61 \pm 0,18$ SDS, через 12 мес. – $-1,42 \pm 0,16$ SDS, через 24 мес. – $-1,35 \pm 0,21$ SDS, а спустя 36 мес. – $-1,17 \pm 0,25$ SDS, достоверно сократившись по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$).

Во второй группе у всех больных детей наблюдалась отрицательная динамика показателей ФР. В результате отклонение МТ и ДТ у больных, не приверженных БГД, составило $-2,07 \pm 0,61$ SDS и $-2,95 \pm 0,61$ SDS соответственно, увеличившись на 11,3 и 72,5 % по сравнению с исходным уровнем. Обращает внимание, что у некомплаентных пациентов в гораздо большей степени замедляются темпы роста, что свидетельствует о неуклонном прогрессировании серьезных гормонально-метаболических сдвигов, характерных для острого периода целиакии.

При сравнительном анализе показателей ФР у детей анализируемых групп выявлено, что среднее отклонение МТ в первой группе в 1,64 раза ($p < 0,05$), а ДТ – в 2,52 раза ($p < 0,05$) ниже, чем у детей второй группы.

Соматогенный нанизм (СомН), диагностируемый при отклонении ДТ более 2,0 SDS, в остром периоде заболевания выявлен у 26 (35,6 %) больных. При несоблюдении БГД частота СомН неуклонно растёт, увеличившись в 1,8 раза по сравнению с исходным значением.

Заключение. Приверженность больных с целиакией БГД определяет динамику их антропометрических показателей. На фоне строгого соблюдения БГД

темпы прироста МТ восстанавливаются относительно быстро, а сокращение отставания ДТ происходит лишь спустя 24–36 месяцев. Отсутствие комплайнса в соблюдении БГД резко отрицательно влияет на показатели ФР больных, увеличивая и существующее изначально отставание ДТ и МТ. Частота дефицита МТ и СомН на фоне соблюдения БГД неуклонно сокращаются, а при несоблюдении диеты – увеличиваются.

Соматометрические и соматоскопические различия между детьми с целиакией, соблюдающими и не соблюдающими диету, позволяют врачу безошибочно определять детей, не приверженных БГД.

Литература

1. Гастроэнтерология. Болезни детей / под ред. Л. Б. Лазебника, П. Л. Щербакова. – М.: МК, 2011. – 360 с.
2. Захарова, И. Н. Целиакия у детей: современный взгляд на проблему / И. Н. Захарова, Т. Э. Боровик, Н. А. Коровина [и др.]. – М., 2011. – 66 с.
3. Стоян, М. В. Возрастно-половая и антропометрическая характеристика детей с целиакией в Ставропольском крае / М. В. Стоян, Л. Я. Климов, В. А. Курьянинова [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 77–78.
4. Целиакия у детей / под ред. С. В. Бельмера, М. О. Ревновой. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2013. – 416 с.
5. Gass, J. Combination enzyme therapy for gastric digestion of dietary gluten in patients with celiac sprue / J. Gass, M. T. Bethune, M. Siegel [et al.] // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 133. – P. 472–480.

ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ НА ДИНАМИКУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

В. А. КУРЬЯНИНОВА, М. В. СТОЯН, Л. Я. КЛИМОВ, М. А. ШЕЛЕГЕДА, Р. А. АТАНЕСЯН, Е. С. ГЕРАСИМЕНКО, М. Д. ДАГУЖИЕВА, О. С. ДАНИЛОВА, Е. В. МИЛУША

Ключевые слова: целиакия, дети, безглютеновая диета, физическое развитие, соматогенный нанизм

INFLUENCE OF THE GLUTEN-FREE DIETING ON ANTHROPOMETRIC INDICES DYNAMICS IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE

KURYANINOVA V. A., STOYAN M. V., KLIMOV L. Y., SHELEGEDA M. A., ATANESYAN R. A., GERASIMENKO E. S., DAGUZHIEVA M. D., DANILOVA O. S., MILUSHA E. V.

Key words: celiac disease, children, gluten-free diet, physical development, somatogenic nanism

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.36-008.5-053.3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

О. В. Первишко¹, В. А. Шашель¹, В. Н. Петрухин²

¹Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

²МУЗ Родильный дом, Краснодар

Первишко Олеся Валерьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 8612681502, 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru

Шашель Виктория Алексеевна, заведующая кафедрой факультетской педиатрии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 8612681502, 89182690982; e-mail: veta_52@mail.ru

Петрухин Владимир Николаевич, заведующий отделением новорожденных № 1 МУЗ «Родильный дом» г. Краснодара; тел.: 8612684856, 89184188757

Наиболее частой причиной неонатального холестаза является несоответствие между повышенной продукцией компонентов желчи и ограниченной способностью их выведения. Именно в этом периоде образуются «атипичные» желчные кислоты, имеющие на своей поверхности дополнительные гидроксильные группы, уменьшающие их токсичность, но снижающие холекинетическую активность. Эти факторы лежат в основе физиологического холестаза новорожденных.