



АО «Медицинский университет Астана»  
Кафедра внутренних болезней интернатуры

**НАСЛЕДСТВЕННЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ –  
ГЛЮТЕНОВАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ  
(ЦЕЛИАКИЯ)**

Выполнила: Усупова А. 785 «ВБ»

# ЦЕЛИАКИЯ

МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА НУТРИЕНТОВ  
У ДЕТЕЙ - ЦЕЛИАКИЯ :

ХРОНИЧЕСКОЕ НАСЛЕДСТВЕННОЕ ПОЛИСИНДРОМНОЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ  
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ  
ГЛЮТЕНОМ, НАРУШАЮЩИМИ ПИЩЕВУЮ АБСОРБЦИЮ НА  
ПОВРЕЖДЕННОМ УЧАСТКЕ, И ИСЧЕЗНОВЕНИЕМ ПОВРЕЖДЕНИЯ  
ПРИ УСТРАНЕНИИ ИЗ ПИЩИ ГЛИАДИНА ПШЕНИЦЫ И  
АНАЛОГИЧНЫХ ЕМУ ФРАКЦИЙ РЖИ, ЯЧМЕНЯ, ОВСА

# Патогенетические механизмы малабсорбции при глютеновой энтеропатии.



# Диагностика .

## Диагноз ставится на основании:

- Характерных клинических проявлений и данных анамнеза,
- Специфичных данных гистологического исследований слизистой оболочки тонкой кишки,
- Положительных результатов серологического обследования.

## Клиническая картина. Типичная целиакия.

В типичном случае целиакия манифестирует через 1,5-2 месяца после введения злаковых продуктов в питание, как правило, в 8-12 месячном возрасте ребенка. Манифестация целиакии возможна после инфекционного заболевания (кишечной инфекции, ОРВИ), которое является провоцирующим фактором, а также без связи с каким-либо заболеванием или состоянием.

- Первыми симптомами типичной целиакии являются эмоциональная лабильность, снижение аппетита, замедление темпов прибавки массы тела.
- Характерные симптомы:
  - учащение стула, полифекалия, стеаторея, увеличение живота на фоне снижения массы тела, истончение подкожного жирового слоя, снижение мышечного тонуса, гипотрофия.
  - Возможны многообразные дефицитные состояния: рахитоподобный синдром, повышенная ломкость костей, судорожный синдром, дистрофия зубов, анемия, утрата ранее приобретенных навыков и умений, полиурия, полидипсия.



- **Атипичная целиакия** проявляется каким-либо отдельным симптомом при отсутствии прочих (чаще анемией или низким ростом).
- При **латентной целиакии** клинические признаки заболевания отсутствуют. Часто наблюдается у родственников больных целиакией. Как показывают последние эпидемиологические данные латентная целиакия широко распространена в европейской популяции

# КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ

## Основные:

- ✓ обильный зловонный светлый стул 2 и более раз в день (83,4%)
- ✓ - увеличение окружности живота (74,4%), боли в животе (72,9%)
- ✓ снижение аппетита и/или его повышение (60,5%)
- ✓ рвоты от редких до ежедневных (48%)
- ✓ отставание массы тела и роста (52,7%)
- ✓ боли в костях (52,8%), суставах (32,9%), множественный кариес зубов (37,6%), переломы(6%)
- ✓ раздражительность (64%), агрессивность (39,5%)
- ✓ беспокойный сон, сногворение, снохождение, бессонница (43%)
- ✓ головная боль (44,7%)
- ✓ ОРВИ чаще 6 раз в год (66,8%)
- ✓ утомляемость (43,5%)
- ✓ наличие жирных кислот, мыл в серии копрограмм
- ✓ дисбактериоз кишечника



## Дополнительные:

- плохая память (15%)
- стойкие запоры (10,2%)
- повторяющиеся мышечные судороги (14%), мышечная слабость (12%), повторяющиеся парестезии (14%)
- обмороки (5%)
- нарушение сумеречного зрения (5%)
- частые кровотечения из носа, ювенильные маточные и другие кровотечения (17,4%), нарушения менструального цикла (5%)
- фолликулярный гиперкератоз (ок.10%)
- распространенный кожный зуд (37,8%)
- герпетиформный дерматит
- рецидивирующие стоматиты (29,2%)
- длительные температурные состояния (20,7%)
- рецидивирующий фурункулез (18,6%)
- витилиго (3%)
- выпадение волос вплоть до тотальной алопеции (4%)
- гипопропротеинемические отеки (2%)

# Серологическое обследование .

- Больным с целиакией для подтверждения диагноза должно быть проведено серологическое исследование.
- Возможно определение в крови антиглиадиновых (AGA), антиретикулиновых (ARA), антиэндомизиальных (EMA) антител, а также антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG). В настоящее время наиболее информативным считается определение anti-tTG, в то время как наиболее доступным является определение AGA. В случае определения AGA обязательна оценка двух подклассов антител (IgA и IgG).

# Провокационный тест.

- *Порядок проведение провокационного теста.*
- Исходное условие: подозрение на Ц у пациента при отсутствии клинических проявлений заболевания. Данные гистологического и серологического исследований – сомнительные.
- *Этапы провокационного теста.*
- Расширение диеты на срок до 1 месяца при условии наблюдения врачом за состоянием пациента. Завершение теста через 1 месяц или раньше в случае появления симптомов заболевания. Повторное проведение гистологического и серологического исследований.
- *Интерпретация результатов.* Ц подтверждается, если через месяц несоблюдения безглютеновой диеты или ранее (при появлении симптомов) развивается достоверная атрофия слизистой оболочки тонкой кишки и повышаются уровни специфичных для целиакии антител в крови до диагностически значимых величин.

# ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ

## I. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ:

сочетание 3 основных симптомов или 2 основных и 2 и более дополнительных – подозрение на целиакию.

## II. СЕРОЛОГИЧЕСКИЙ:

повышение уровня АГА А и / или G, АЭМА, антител к тТГ определяемых до назначения диеты (а не на ее фоне) - целиакия возможна с большой степенью вероятности.

## III. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ:

выявление атрофии слизистой 12-перстной кишки визуально и характерные морфологические признаки в биоптате 12-перстной кишки (до диеты) и их отсутствие (через 12 и более месяцев строгой диеты) - целиакия подтверждена.

IV. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ: определение HLA II класса, провокация глютенном

# Лечение

- Безглютеновая диета (разрешены рис, греча, кукуруза, пшено, бобовые) – Dr Schär
- Восполнение дефицита нутриентов  
Использование смесей, например, Алфаре (Нестле), Пепти ТСЦ, «Нутридринк» (Нутриция), Супро Плюс
- Нормализация дисбиоза
- Лечение гиповитаминозов, остеопороза
- Восполнение энергетического дефицита (Элькар)
- Симптоматическое лечение

## Медикаментозная терапия.

- Коррекция водно-электролитных нарушений (физиологический раствор хлорида натрия, изотонический раствор глюкозы, коррекция содержания калия).
- Коррекция белкового обмена. Коррекция нутритивного статуса внутривенным введением комплексов аминокислот. Коррекция онкотического давления крови препаратами альбумина.
- Коррекция жирового (увеличение доли среднецепочечных триглицеридов), и углеводного обменов диетотерапией.
- По показаниям: применение препаратов, тормозящих моторику (лоперамид) и мукоцитопротекторов (смекта).
- Ферментотерапия микросферическими препаратами панкреатических ферментов (Креон)
- Пре- и пробиотики назначаются с целью коррекции вторичных нарушений микрофлоры кишечника.

## Коррекция вторичных нарушений и дефицитных состояний.

- Назначение витаминов, в первую очередь, жирорастворимые, желательно в легкоусвояемых (водорастворимых) формах. Возможно применение комплексных препаратов витаминов и минералов по мере восстановления слизистой оболочки тонкой кишки. Препараты кальция, магния, цинка, селена.
- Препараты гормонов щитовидной железы.
- Анаболические средства: нестероидные, стероидные.