

# **ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО**

**« ЦЕЛИАКИЯ »**

### **Определение и распространенность.**

Целиакия (coeliacia; греч.: koilikos - кишечный, страдающий расстройством кишечника; син.: глютеновая болезнь, глютеновая энтеропатия, нетропическая спру, болезнь Ги-Гертера-Гейбнера, англ.-coeliac disease; шифр по МКБХ-К90.0) - хроническая аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная энтеропатия, обусловленная глютеном и развивающаяся у генетически предрасположенных субъектов.

Глютен (проламин) - спирторастворимый белок, богатый глутамином и пролином, его разновидностями являются глиадин пшеницы, секалин ржи, гордеин ячменя и авенина овса.

Данные о распространенности заболевания в настоящее время подвергаются пересмотру. Недавние скрининговые исследования, использующие в качестве диагностических маркеров определение антител, показали, что частота выявления целиакии в Европейских странах составляет 1-2%, как у взрослых, так и у детей.

### **Этиология и патогенез.**

Патогенез заболевания до конца не выяснен. Предполагается аутосомно-рецессивный характер передачи с неполной пенетрантностью.

Основную схему можно представить следующим образом: в начале заболевания глютен связывается со специфическими рецепторами эпителиоцитов, детерминированными генами HLA. В ответ на действие глютена происходит атрофия ворсинок тонкой кишки, в процесс активно вовлекается лимфоидная ткань кишки.

При прогрессировании процесса запускается аутоиммунный механизм, результатом которого является выработка аутоантител, в том числе к тканевой трансглутаминазе (tTG), антиретикулиновых и антиэндомизийных.

Повреждение гликокаликса, а также щеточной каемки энтероцитов с мембранными ферментами, к которым относятся лактаза, сахараза, мальтаза, изомальтаза и другие, приводит к непереносимости соответствующих пищевых веществ.

### **Классификация.**

Общепринятой классификации нет.

**Формы:** типичная, атипичная (малосимптомная), скрытая (латентная).

**Периоды:** активный (период клинической манифестации), ремиссии.

Выделение первичной и вторичной целиакии, а также "синдрома целиакии" нецелесообразно, т.к. сходные состояния, которые могли бы быть обозначены как "вторичная целиакия" или "синдром целиакии" целиакией не являются. Целиакия - всегда первичное заболевание, на сегодняшний день не поддающееся радикальному излечению, но при условии строгого соблюдения безглютеновой диеты достигается высокий уровень качества жизни. Выше перечисленные термины путают врача и пациента, оставляя возможность излечения от целиакии и, как следствие, могут стать причиной отмены безглютеновой диеты.

### **КЛИНИКА: Типичная целиакия.**

В типичном случае целиакия обычно манифестирует через 2-4 месяца после введения злаковых продуктов в питание, как правило, в 8-10-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. Стул становится обильным, зловонным, обычно кашицеобразным, гомогенным, жирным.

### **Характерные симптомы:**

учащение стула, полифекалия, стеаторея, увеличение окружности живота на фоне снижения массы тела или недостаточных прибавок, признаки гипотрофии (снижение массы тела, истончение подкожного жирового слоя), снижение мышечного тонуса, утрата ранее

приобретенных навыков и умений, иногда гипопропротеинемические отеки.

Возможны многообразные дефицитные состояния: рахитоподобный синдром, синдром остеопении, боли в костях ночные и при физической нагрузке, патологические переломы костей, судорожный синдром, поражение зубной эмали, кариес зубов, раздражительность, агрессивное поведение, беспокойный сон, анемия, полиурия, полидипсия, дистрофические изменения и ломкость ногтей, повышенная кровоточивость от мелкоочечных кровоизлияний до тяжелых носовых и маточных кровотечений, нарушение сумеречного зрения, фолликулярный гиперкератоз, витилиго, стойкие фурункулезы, хейлиты, глосситы, рецидивирующие стоматиты, парестезии с потерей чувствительности, периферическая нейропатия, обмороки, упорные головные боли, выпадение волос.

**Атипичная целиакия** характеризуется атрофией слизистой оболочки тонкой кишки, наличием серологических маркеров, однако клинически проявляется какими-либо отдельными симптомами из перечисленных выше при отсутствии прочих. Чаще встречаются варианты атипичной целиакии с ведущим анемическим синдромом, с остеопорозом, с задержкой в росте. Атипичная целиакия характерна для детей более старшего возраста.

При **латентной целиакии** определяются серологические маркеры, но клинические признаки заболевания отсутствуют, атрофия слизистой оболочки тонкой кишки отсутствует или имеет слабую степень выраженности. Часто наблюдается у родственников больных целиакией. Как показывают последние эпидемиологические данные, латентная целиакия широко распространена в европейской популяции.

В течении целиакии выделяют активный период и период ремиссии. Длительность и стойкость ремиссии определяется строгостью соблюдения безглютеновой диеты. Практически возможен вариант с единственным активным периодом и последующей многолетней ремиссией.

По данным зарубежных исследователей, при длительном течении нераспознанной целиакии повышается риск возникновения опухолей желудочно-кишечного тракта и другой локализации, а также ассоциированных с целиакией аутоиммунных заболеваний.

#### **Ассоциированные с целиакией заболевания**

Многочисленными исследованиями и многолетними наблюдениями было установлено, что ряд заболеваний, на первый взгляд не связанных с целиакией, довольно часто сочетаются с ней. Больных с этими заболеваниями можно отнести к группе риска по целиакии и, следовательно, они требуют соответствующего обследования. К ним относятся некоторые генетические заболевания, а также заболевания аутоиммунной природы. С другой стороны, аутоиммунные заболевания могут наблюдаться у больных целиакией, что требует обследования больных целиакией для их исключения. Ассоциированные с целиакией заболевания приведены ниже.

<b>Заболевания</b>	<b>Дополнительное обследование больных целиакией*</b>
<b>Сахарный диабет 1 типа</b>	Гликемический профиль, уровень гликированного гемоглобина, АТ к инсулину (IAA), АТ к клеткам островков Лангерганса (ICA), АТ к тирозинфосфатазе (IA2), АТ к глутамат декарбоксилазе (GAD)
<b>Тиреоидит</b>	Уровень тироксина, трийодтиронина в крови, тироксинсвязывающего глобулина, АТ к тиреоглобулину, АТ к тиреоидной пероксидазе, АТ к тиреоидным рецепторам
<b>Аутоиммунный артрит</b>	Рентгенологическое исследование суставов, антиядерные антитела, АТ SSA/SSB, АТ к двуспиральной ДНК, АТ к односпиральной ДНК

<b>Аутоиммунные болезни печени</b>	Антядерные АТ (ANA), АТ к гладкомышечным клеткам (SMA), антинейтрофильные АТ р-типа (p-ANCA), АТ к микросомам печени и почек 1 типа (LKM), АТ к цитоплазматическим антигенам печени (LCA-1), АТ к растворимым антигенам почек и печеночно-панкреатическому антигену (SLA/LP)
<b>Синдром Шегрена</b>	Антядерные АТ, АТ SSA/SSB, АТ к двуспиральной ДНК, АТ к односпиральной ДНК
<b>IgA - нефропатия</b>	Биохимическое исследование мочи, биопсия почек

Примечание: \* - перечисленные исследования не являются обязательными, но проводятся при наличии показаний. Сокращения: АТ - антитела.

### **ДИАГНОСТИКА**

В связи с многообразием возможных клинических проявлений целиакии, **показаниями к обследованию** для ее подтверждения являются:

- Хроническая или рецидивирующая диарея с полифекалией;
- Отставание в физическом и/или половом развитии;
- Остеопороз;
- Железодефицитная анемия неясного генеза;
- Ассоциированные с целиакией заболевания: аутоиммунный тиреоидит, сахарный диабет 1 типа, герпетический дерматит, эпилепсия с антителами к клеткам Пуркине, эпилепсия с кальцификатами в мозге, алопеция и др.

Для обследования ребенок должен быть направлен к гастроэнтерологу. **Диагноз целиакии устанавливает гастроэнтеролог!**

### **Эндоскопические и гистологические признаки целиакии.**

Больным с подозрением на целиакию обязательно проведение ФЭГДС со взятием биопсии слизистой оболочки двенадцатиперстной и/или тощей кишки с последующим гистологическим исследованием.

Патогномоничных **эндоскопических признаков** целиакии нет. Описаны следующие признаки, являющиеся тем не менее характерными: отсутствие складок в тонкой кишке (кишка в виде "трубы") и поперечная исчерченность складок.

Морфологические изменения слизистой оболочки, характерные для целиакии, включают:

- Частичную или полную атрофию (значительное снижение высоты) ворсинок
- Удлинение крипт, и, соответственно, снижение соотношения высота ворсинки/глубина крипты ниже 1,5
- Увеличение количества межэпителиальных лимфоцитов
- Массивную инфильтрацию собственной пластинки плазмócитами, лимфоцитами
- Увеличение митотического индекса энтероцитов в криптах
- Уплотнение эпителиального пласта
- Уменьшение высоты щеточной каемки

Желательно проведение морфометрии, которая повышает достоверность диагностики и оценки результатов динамического наблюдения (Таблица 1).

Таблица 1. Ориентировочные морфометрические признаки атрофической энтеропатии при целиакии (Ю.А.Лысков, 2003).

<b>Показатель</b>	<b>Целиакия</b>
<b>Высота ворсинок (мкм)</b>	Менее 200 (субатрофия) до полного исчезновения (атрофия)

<b>Глубина крипт (мкм)</b>	Более 300
<b>Толщина слизистой оболочки (мкм)</b>	Менее 525 (субгипотрофия), менее 450 (гипотрофия)
<b>Соотношение ворсинка/крипта</b>	Менее 1,5
<b>Лимфоцитарная инфильтрация эпителия (межэпителиальные лимфоциты, %)</b>	Более 40%
<b>Плазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки (баллы по 4-бальной шкале)</b>	3-4

Сходная гистологическая картина может наблюдаться при некоторых других заболеваниях.

Восстановление слизистой оболочки на фоне соблюдения безглютеновой диеты может затруднять интерпретацию данных первичного гистологического исследования, если оно до назначения диеты не проводилось.

#### **Серологическое обследование**

Больным с целиакией для подтверждения диагноза должно быть проведено серологическое исследование.

Возможно определение в крови антиглиадиновых (AGA), антиэндомизимальных (EMA) антител, а также антител к тканевой трансглутаминазе (anti-tTG). В настоящее время наиболее информативным считается определение anti-tTG, однако аутоантитела (EMA и anti-tTG) повышаются при целиакии не сразу, поэтому их определение целесообразно у детей старше 2 лет. В этой старшей возрастной группе AGA можно не определять в связи с их меньшей чувствительностью. У детей до 2 лет целесообразно определять только AGA. В случае определения AGA обязательна оценка двух подклассов антител (IgA и IgG). Поскольку до настоящего времени методы определения перечисленных выше антител не унифицированы, единые нормативные значения не приводятся и могут быть получены из описания соответствующего диагностического набора реактивов.

Таблица 2. Чувствительность и специфичность определения уровней в крови различных антител при целиакии (у взрослых).

<b>Антитела</b>	<b>Чувствительность</b>	<b>Специфичность</b>
<b>EMA</b>	<b>97%</b>	98%
<b>IgG AGA</b>	<b>88%</b>	92%
<b>IgA AGA</b>	<b>52%</b>	94%
<b>anti-tTG</b>	<b>90%</b>	96%

Серологические методы диагностики целиакии информативны только в активный период заболевания. Серологическая верификация диагноза Ц в случае соблюдения пациентом строгой безглютеновой диеты более 1 месяца затруднена.

Пациенты с целиакией могут иметь дефицит IgA. Оценка уровня IgA AGA в этом случае является недостоверной. В случае повышения у ребенка только IgG рекомендуется провести определение уровня сывороточного IgA. Не следует ставить диагноз "Целиакия" только на основании положительных тестов, перечисленных выше, но только в сочетании с данными гистологического исследования.

Таким образом, диагноз целиакии обычно устанавливают на основании:

Клиники + морфологии + серологии.

**Если диагноз подтвержден морфологически и серологически, диагноз целиакии устанавливается раз и навсегда, и ребенок не требует никакого последующего**

**обследования! Ребенку назначается пожизненная безглютеновая диета.**

Если одна из этих составляющих имеет отрицательный ответ при положительных двух других, ребенку проводят генетическое исследование.

**Генетическое исследование** предполагает определение наличия генов DQ2 или DQ8. Наличие одного из этих генетических маркеров не обязательно указывает на наличие целиакии, поскольку встречается почти у трети людей в популяции, но делает предположение о наличии заболевания более вероятным. При отсутствии указанных генов диагноз целиакии маловероятен.

**При сомнительных результатах первичного обследования (например, минимальном характере морфологических изменений или отсутствии серологических маркеров) и обнаружении DQ2 или DQ8 диагноз целиакии предполагается и ставится под вопросом. Ребенку назначается безглютеновая диета на 1 год.**

Через год оцениваются клинические результаты соблюдения диеты: кишечные симптомы, физическое развитие, симптомы мальабсорбции и проводится повторная ФЭГДС с биопсией из двенадцатиперстной или тощей кишки и морфологическим исследованием биоптата. Эти результаты сопоставляются с данными первоначальной морфологии. Серологическое исследование на фоне соблюдения диеты повторно не проводится.

**При положительной динамике клинических симптомов и морфологических данных на фоне соблюдения безглютеновой диеты в течение года диагноз целиакии подтверждается. Дальнейшее исследование не показано. Ребенок остается на безглютеновой диете пожизненно.**

Важно, что само по себе улучшение состояния больного на фоне соблюдения безглютеновой диеты не является подтверждением целиакии, а должна учитываться только в комплексе с диагностическими критериями.

#### **Провокационный тест**

При затруднении интерпретации данных обследования или отсутствии четкой положительной динамики клинических симптомов и морфологической картины на фоне строгого соблюдения безглютеновой диеты в течение года, для верификации диагноза возможно проведение провокационного теста.

**Порядок проведение провокационного теста:** В ходе провокационного теста расширяют диету на срок до 6 месяцев при условии наблюдения врачом за состоянием пациента. В случае появления симптомов заболевания результаты оцениваются через 1 месяц или раньше с повторным проведением гистологического и серологического исследований. Если симптоматика не ухудшилась, расширенная диета остается до 6 месяцев. Через 6 месяцев от начала провокации проводится повторное гистологическое и серологическое исследования и окончательно решается вопрос о правильности диагноза.

Провокация при установленном диагнозе целиакии запрещена!

Недопустимо назначать диету, отменять ее, снова назначать.

Целесообразно начинать провокацию в гастроэнтерологическом отделении с ежедневными осмотрами ребенка.

Во время провокации ведется дневник с ежедневными записями ведущих симптомов и еженедельной динамикой веса.

При провокации желательно добавлять в пищу глютенный порошок или муку. Лучше не давать ребенку хлеба и выпечки, чтобы не давать ему необоснованную надежду. Ежедневная доза глютена (в граммах) при проведении провокации, в соответствии с критериями ESPGHAN, должна составлять не менее Юг, что соответствует приблизительно 150г пшеничной муки или 250г пшеничного хлеба.

**Если через 6 месяцев несоблюдения безглютеновой диеты или ранее (при появлении симптомов) ухудшается морфологическое состояние слизистой оболочки тонкой кишки и повышаются уровни специфических для целиакии антител в крови**

до диагностически значимых величин, устанавливается диагноз целиакии и ребенку назначается пожизненная безглютеновая диета.

Если ухудшения клинических, морфологических данных не выявлено, а серологические маркеры целиакии отсутствуют, диагноз целиакии снимают.

Таким образом, диагноз целиакии может устанавливаться у части больных в один этап, у другой части - в два этапа, у третьей - в три этапа.

#### **Дополнительные методы обследования при целиакии**

Больные целиакией требуют контроля их нутритивного статуса и выявления вторичных нарушений. Ниже перечислены исследования, которые могут потребоваться в процессе диагностики и наблюдения за больными целиакией.

**Общий анализ крови\***

**Общий анализ мочи\***

**Биохимическое исследование крови\*:**

**Общий белок, белковые фракции**

**Общие липиды, холестерин**

**Глюкоза**

**Аланиновая и аспарагиновая трансаминазы**

**Щелочная фосфатаза**

**Билирубин и его фракции**

**Кальций, фосфор**

**Натрий, калий**

**Сывороточное железо**

**Ультразвуковое исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек\***

**Липидограмма крови**

**Липидограмма кала**

**Ксилонный тест**

Примечание: \*-обязательные методы обследования

Выявленная **анемия** может потребовать углубленного обследования обмена железа, включая, общую и латентную железосвязывающие способности сыворотки, уровень трансферрина, процент насыщения трансферрина.

В связи высокой частотой **нарушений минерализации костной ткани** при целиакии требуется контроль за состоянием костной ткани: рентгенографическое исследование трубчатых костей, определение костного возраста. Может потребоваться углубленное обследование: определение минеральной плотности костной ткани методом денситометрии, а также биохимических маркеров (остеокальцин, С- и N-концевые телопептиды коллагена I типа, тартрат-резистентная щелочная фосфатаза, пиридинолин, дезоксипиридинолин, продукты деградации коллагена I типа).

## **ЛЕЧЕНИЕ**

Единственным методом лечения целиакии и профилактики ее осложнений является **строгая и пожизненная безглютеновая диета!**

Из питания следует исключить все злаки, кроме риса, гречки, кукурузы, пшеница, а также продукты, которые могут их содержать.

Условно выделяют группы продуктов, которые содержат т.н. явный или скрытый глютен. Различия заключаются в том, что в спецификации продуктов, содержащих "явный глютен", указано наличие глютено-содержащих компонентов, а в продуктах, содержащих "скрытый глютен" - не указано.

**Явный глютен:** Глютен содержится в продуктах, содержащих рожь, пшеницу, ячмень, овес и продукты их переработки (мука и хлеб из соответствующих злаков, хлебобулочные, макаронные и кондитерские изделия, крупы - пшеничная, манная, овсяная, перловая, "Геркулес", толокно, перловая, ячневая, "Артек", "Полтавская", "7 злаков", "4 злака" и т.п.,

отруби, "Мюсли", детские каши, хлеб, кондитерские изделия, макаронные, котлеты, блюда в панировке, пельмени, вареники, соусы с мукой и т.д.)

**Скрытый глютен** содержат:

- вареные колбасы, сосиски,
- полуфабрикаты из измельченного мяса и рыбы;
- мясные и рыбные консервы;
- многие овощные и фруктовые консервы, в т.ч. томатные пасты, кетчупы;
- мороженое, йогурты, сыры
- маргарины с глютен-содержащими стабилизаторами;
- некоторые виды уксусов и салатных соусов, майонезов;
- соевые соусы;
- многокомпонентные сухие приправы и пряности, («Вегета» и т.п.);
- концентрированные сухие супы, бульонные кубики;
- некоторые виды чая, кофе-и какао-смеси для быстрого приготовления;
- кукурузные хлопья при использовании ячменной патоки;
- имитации морепродуктов - крабовые палочки и др.;
- карамель, соевые и шоколадные конфеты с начинкой, "чупа-чупс", некоторые восточные сладости, повидло промышленного производства;
- некоторые пищевые добавки (краситель аннато E160B, карамельные красители E150a-E150d, овсяная камедь E411, мальтол E636, этилмальтол E637, изомальтол E953, малитит и мальтитный сироп E965, моно- и диглицериды жирных кислот E471);
- квас и некоторые алкогольные напитки (водка, пиво, виски).

**Нетоксичными, разрешенными к употреблению злаковыми** при целиакии являются рис, греча, кукуруза и пшено. Безопасными являются также мука и крахмалы, приготовленные из картофеля, тапиоки, маниоки, батата, бобов, гороха, сои, различных орехов.

Больные с целиакией могут употреблять мясо, рыбу, овощи, фрукты, яйца, орехи, мед, молочные продукты, высшие сорта колбас и сосисок (требуется уточнение состава), рис, бобовые, гречу, кукурузу, пшено, шоколад, мармелад, некоторые конфеты и восточные сладости, зефир, некоторые сорта мороженого.

Рекомендуются специализированные безглютеновые продукты для питания больных с целиакией. Рекомендованные приемлемые уровни глютена составляют <20 ppm для продуктов питания, естественным образом не содержащих глютен, и <200 ppm для продуктов, из которых глютен удаляется в процессе их выработки.

Практически все молочные смеси для питания детей первого года жизни и все лечебные смеси не содержат глютен. Для питания лиц старшего возраста выпускаются специальные продукты. В России сертифицированные продукты для питания больных с целиакией представлены фирмой "Доктор Шер" (Италия).

Целиакия не исчезает с возрастом и на фоне лечения, хотя клинические симптомы при соблюдении диеты полностью проходят и человек может чувствовать себя абсолютно здоровым. При нестрогом соблюдении диеты симптомы могут становиться менее выраженными, но морфологические изменения слизистой оболочки тонкой кишки, а главное - аутоиммунный процесс, сохраняются. При несоблюдении безглютеновой диеты у больных целиакией в 40-100 раз, по сравнению с популяцией в целом, повышается риск развития гастроинтестинальной лимфомы, которая развивается у 0,3% больных целиакией.

Необходимо учитывать наличие вторичных нарушений со стороны органов и систем и дефицитных состояний, которые могут потребовать специализированного питания. Рацион больного зависит от возраста, тяжести состояния и периода заболевания и строится на основании общих принципов: углеводный компонент составляют за счет круп - риса, гречки, кукурузы, овощей, картофеля, фруктов и ягод; белковый и жировой - за счет мяса, яиц, молочных продуктов, растительного и сливочного масла.

Для течения активного периода целиакии в раннем детском возрасте, характерны

выраженные диспептические расстройства и нарушения в состоянии питания, вплоть до дистрофии. Состояние и проведение диетотерапии у таких больных осложняется также частое развитие у них множественной пищевой непереносимости. Наиболее часто это - вторичная лактазная недостаточность (75%), сенсибилизация к белкам коровьего молока (72%), нередко - сенсибилизация к другим пищевым протеинам - рису, банану, белкам куриного яйца и пр.

Таким образом, приблизительно у 2/3 детей раннего возраста с целиакией в остром периоде наряду с глютенем требуется исключение молочных продуктов и смесей. Заменой молочным продуктам могут служить неаллергенные смеси на основе гидролизатов белка. При тяжелой гипотрофии нужно учитывать такие факторы, как анорексия, сниженная толерантность к пищевым нагрузкам. Ребенку первого года жизни назначается диета, содержащая 3-4 г белка и 130-150 ккал на 1 кг фактической массы тела, в тяжелых случаях используют сочетание парентерального и энтерального питания. Питание в активную стадию заболевания проводится согласно принципам диетотерапии детей с гипотрофией.

#### ***Непищевые продукты, содержащие глютен:***

Ряд непищевых продуктов может также содержать глютен, что следует учитывать в повседневной жизни. К сожалению, производители этих продуктов, как правило, не указывают их состав, что значительно затрудняет их выявление. К таким продуктам относятся клей на почтовых марках и конвертах, некоторые сорта косметики, в т.ч. губной помады, некоторые сорта зубной пасты и мн.др.

Лекарственные препараты могут содержать глютен, особенно, таблетки покрытые оболочкой.

#### **Медикаментозная терапия:**

Медикаментозная терапия при целиакии носит вспомогательный характер, но в ряде случаев может быть жизненно необходимой. В основном, она направлена на коррекцию метаболических нарушений и восполнение дефицитов, развившихся на фоне синдрома мальабсорбции. Обычно назначают витамины А, D, E, группы В, С, а также Са, Fe, микроэлементы, особенно Zn и Se.

Коррекция процессов переваривания проводится назначением препаратов высокоактивных панкреатических ферментов (Креон). Доза препарата определяется возрастом ребенка, характером питания и выраженностью стеатореи.

На фоне выраженной диареи могут назначаться адсорбенты-мукоцитопротекторы (Смекта).

Проводится коррекция нарушений кишечной микрофлоры современными пробиотиками (Энтерол, Бифиформ, Линекс, Примадофилус и др.).

#### **Диспансерное наблюдение**

***Диспансерное наблюдение проводится гастроэнтерологом!*** Кратность наблюдения: после установки диагноза в течение первых двух лет - 1 раз в полгода, с 3-го года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок - 1 раз в год. С учета пациент не снимается и передается во взрослую сеть.

***Обследование в ходе диспансерного наблюдения:*** опрос, осмотр, измерение роста и массы, копрограмма, клиническое исследование крови, биохимическое исследование крови; по показаниям - эндоскопическое и серологическое обследование.

Обязательное эндоскопическое и серологическое исследования проводится при первом поступлении и в активном периоде заболевания. Повторное эндоскопическое исследование проводится только при неустановленном окончательно диагнозе целиакии через 6-12 мес после начала соблюдения безглютеновой диеты или в случае ухудшения состояния больного, требующего установления связи этого ухудшения с целиакией или дифференциального диагноза.

Родственникам больного рекомендуется провести серологическое исследование, а в случае выявления повышенных уровней соответствующих антител - провести полный комплекс обследования, включая эндоскопическое и гистологическое исследования.

***Противорецидивное лечение:*** пожизненная строгая безглютеновая диета является 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.

***Профилактические прививки:*** проводятся в ремиссии по щадящей схеме.

Главный внештатный детский специалист  
гастроэнтеролог министерства здравоохранения  
Краснодарского края

О.В.Долбнева