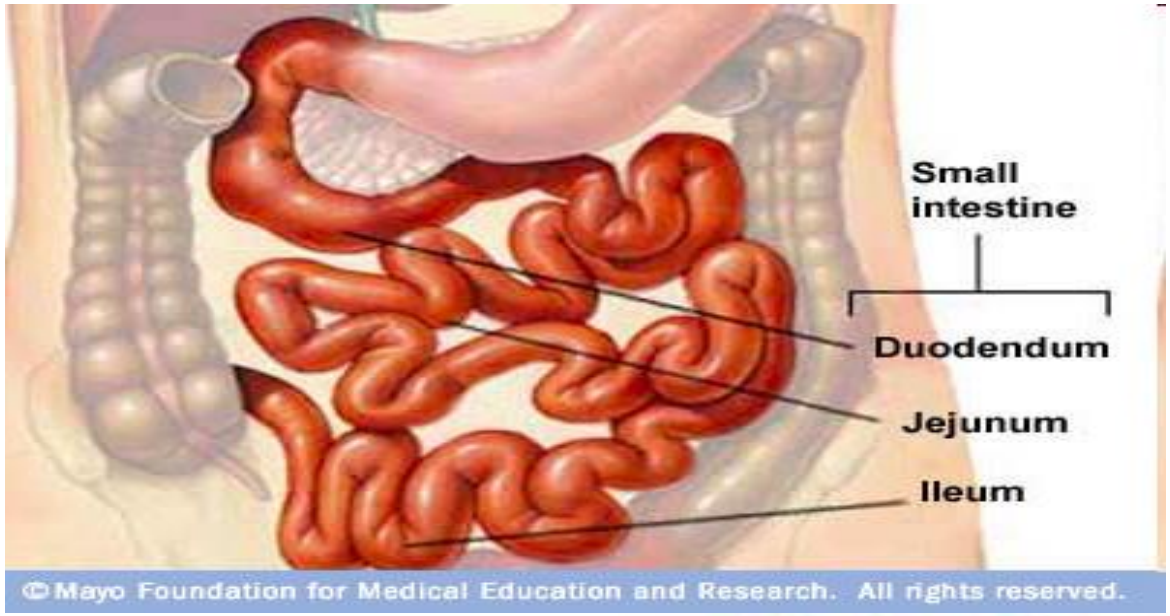
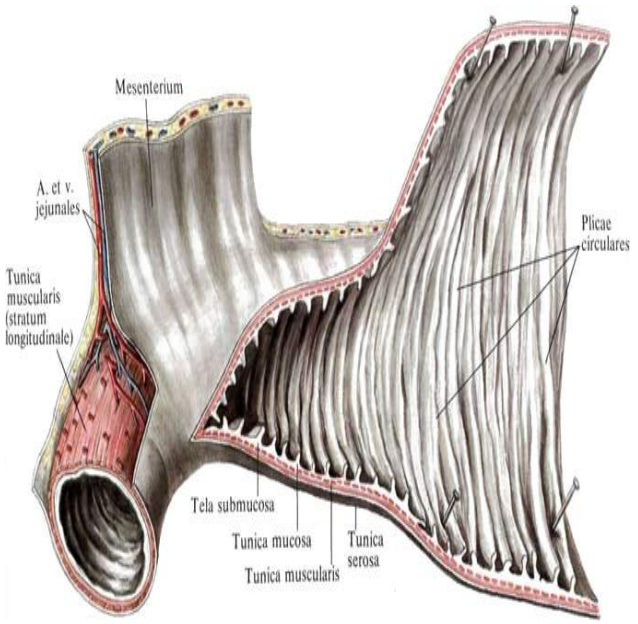
Целиакия и синдром мальабсорбции

(глютеновая энтеропатия, нетропическая спру, болезнь Ги-Гертера-Гейбнера)

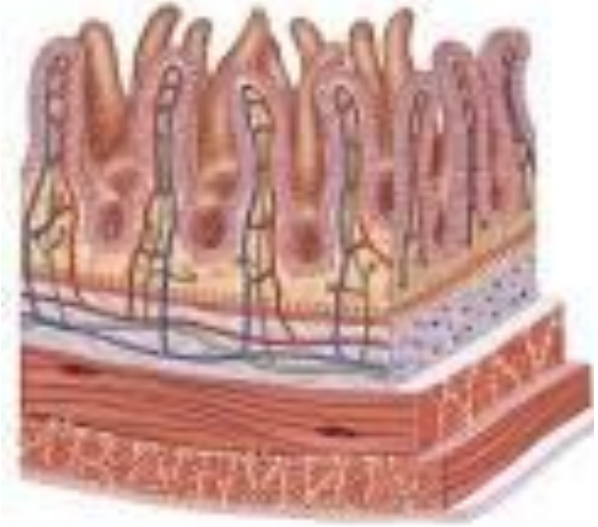


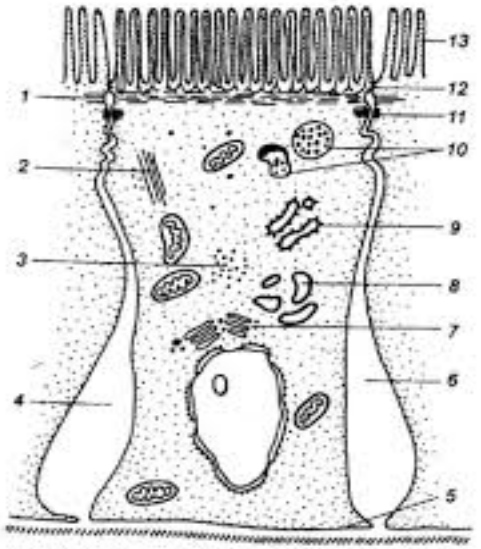
Строение тонкой кишки











Функции тонкой кишки

1.**Пищеварительная:**

-полостное пищеварение

-мембранное (дисахаридазы, пептидазы, липазы),

-внутриклеточное пищеварение

2. **Всасывательная**

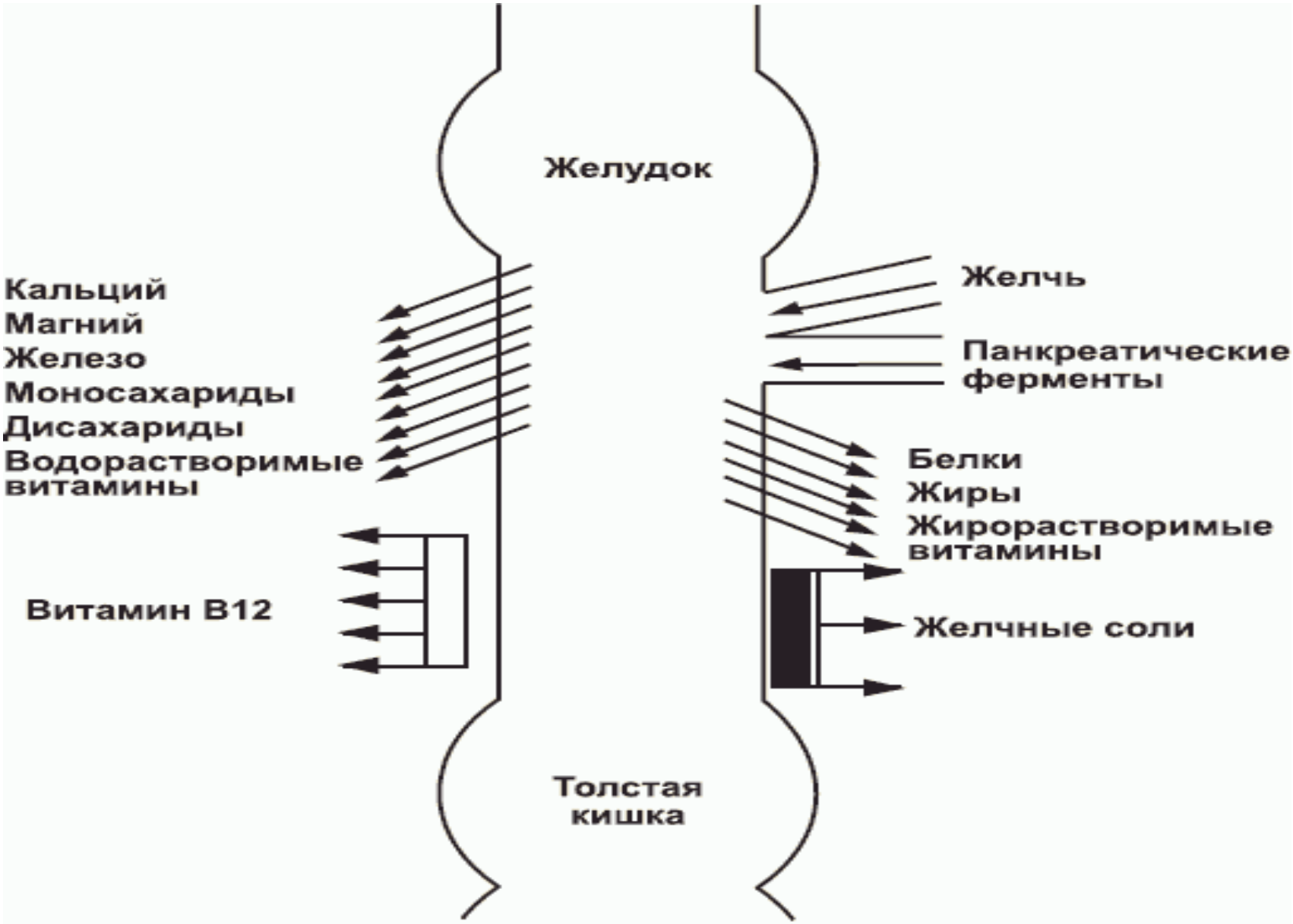
3. **Экскреторная и секреторная**, обеспечивающая поддержание гомеостаза

4.«**Эндокринная»** (клетки APUD-системы) – регуляция секреции ферментов, пролиферации эпителиоцитов, всасывания, моторной функции кишки. Гормоны-инкретины (ГПП-1)

5. **Моторная**

6. **Барьерная** (иммунная защита от пищевых антигенов, вирусов, бактерий, воздействия токсинов, лекарственных препаратов, синтез IgA, E, M, G).

Всасывание нутриентов в тонкой кишке



Целиакия: определение

Иммуно-опосредованное генетически детерминированное системное заболевание, возникающее в ответ на употребление глютена и характеризующееся развитием атрофической энтеропатии, появлением в крови специфических антител и широким спектром глютензависимых клинических проявлений

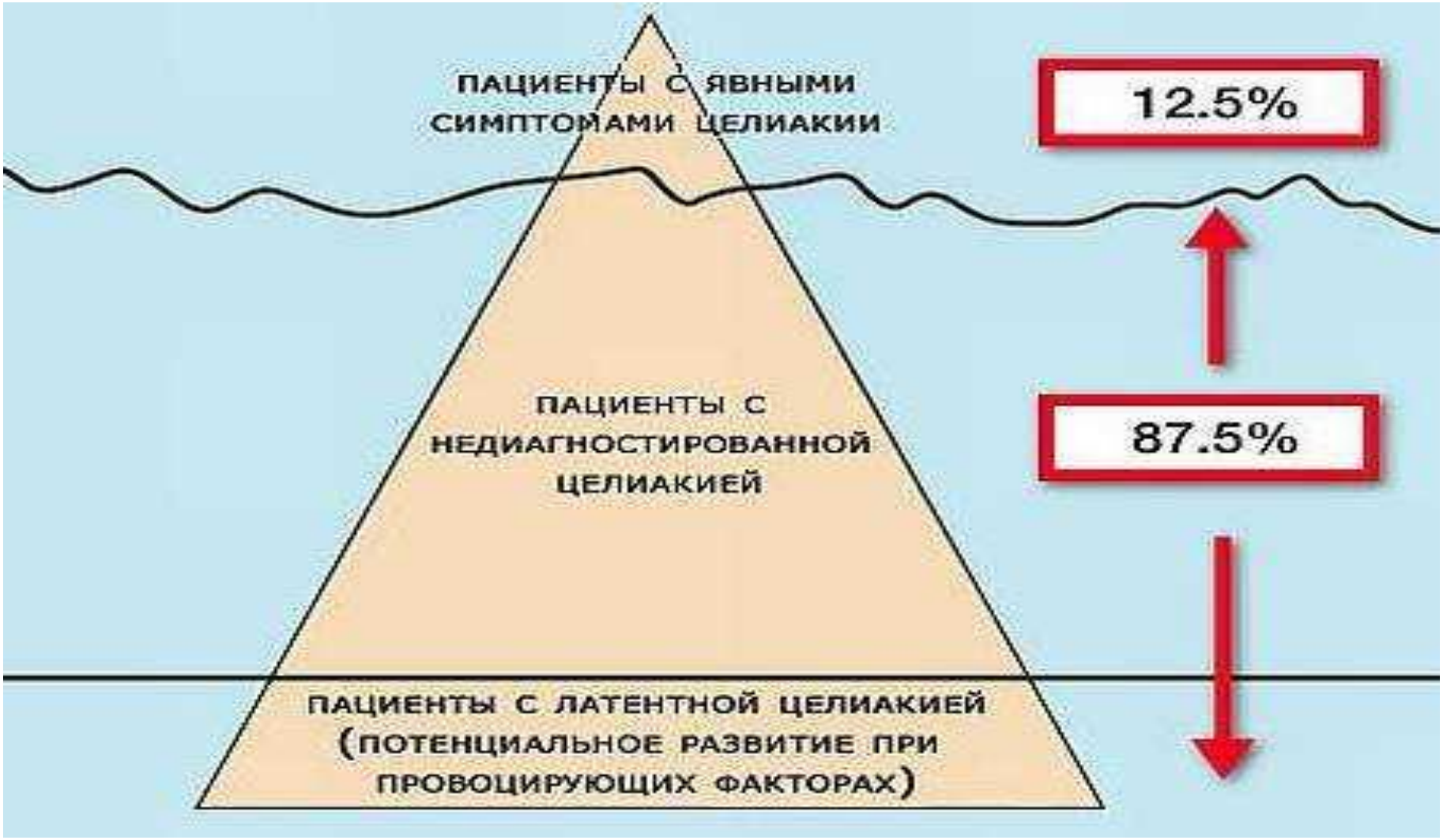


Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Москва, март 2016 г.

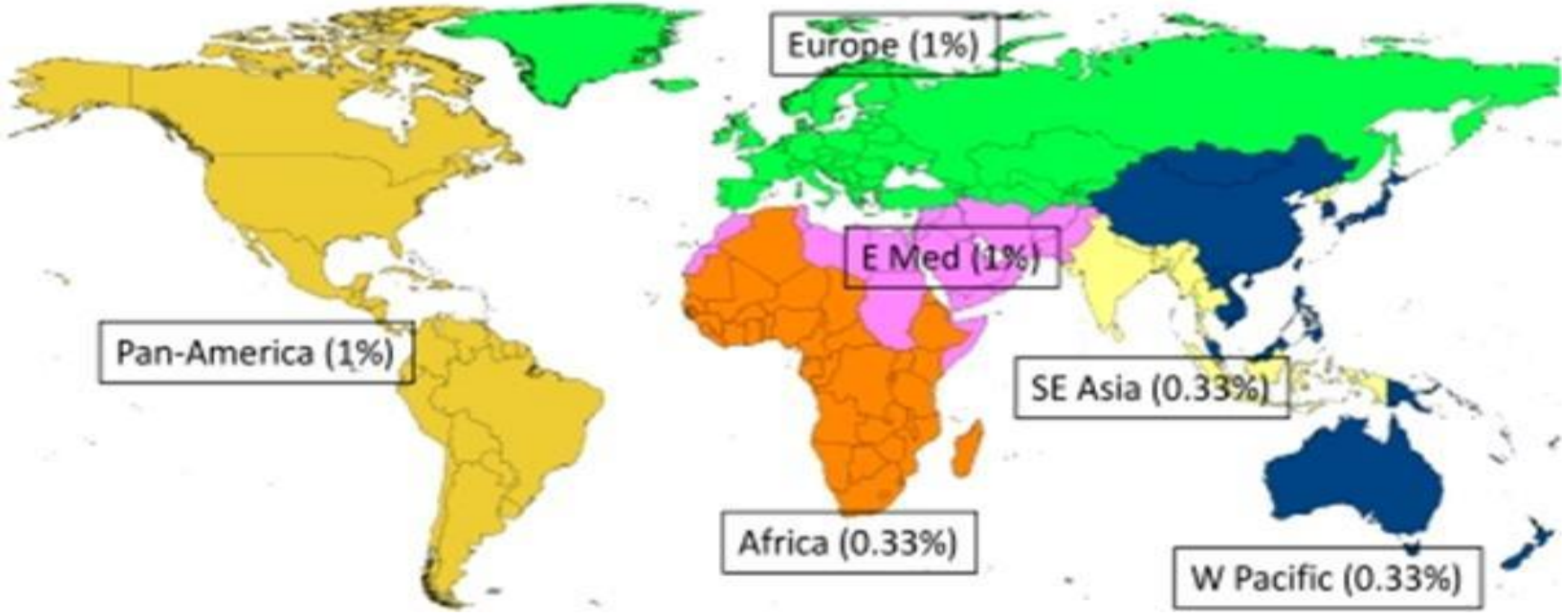
Актуальность

- Рост заболеваемости среди взрослого населения старше 30 лет (2 пик заболеваемости)
- Малосимптомное или атипичное течение у взрослых
- Поражает не только тонкую кишку, но и является причиной функциональных расстройств и заболеваний других органов ЖКТ, а также эндокринной, нервной, костно-мышечной систем
- Значительно увеличивает риск онкологических и аутоиммунных заболеваний
- Приводит развитию синдрома мальабсорбции (СМ). При СМ более 10 лет – риск онкологии

«Айсберг» целиакии



Эпидемиология целиакии



- 0,5% - 1% в популяции (1:250 – 1:100)
- В России предполагаемая частота 1:100 – 1:250
- Соотношение мужчин и женщин 1:2
- Наличие целиакии сопряжено с риском аутоиммунной патологии (до 10%) и онкологических заболеваний (в 20 раз повышен риск лимфом ЖКТ)

Гипотезы патогенеза



Патогенез целиакии

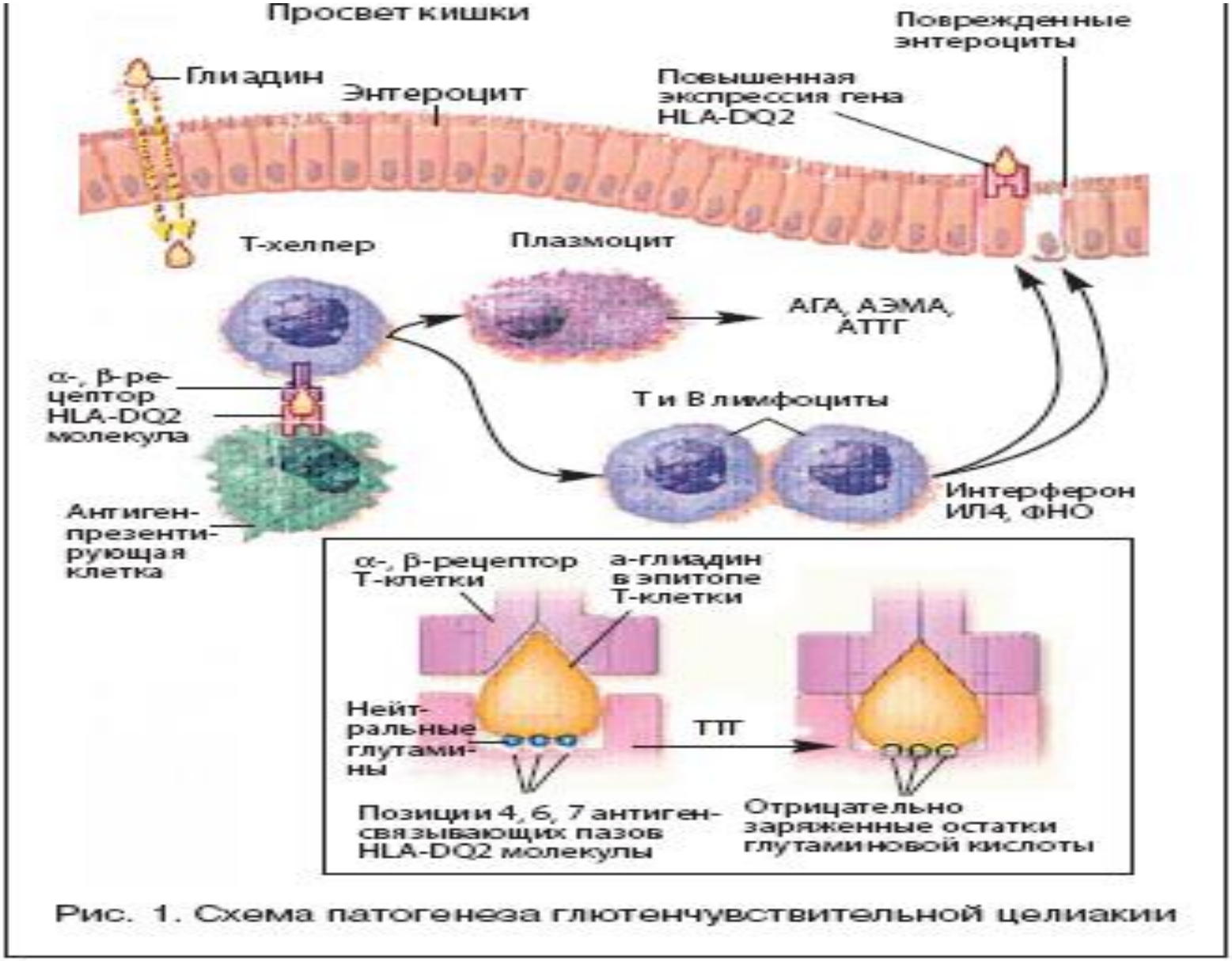


Рис. 1. Схема патогенеза глютенчувствительной целиакии

Триггерные факторы целиакии

- Введение прикорма в виде каш
- Беременность, роды, аборты
- Нервно-психические травмы
- Интеркуррентные заболевания
- Кишечные инфекции
- Антибиотикотерапия

Клинические формы целиакии

- Типичная (классическая)
- Атипичная
- Рефрактерная
- Бессимптомная (латентная)
- Потенциальная

Клиническая классификация целиакии

- Симптомная форма

(с гастроэнтерологическими или внекишечными симптомами)

- Бессимптомная форма (латентная)
- Потенциальная

Периоды течения:

-Латентный (от начала введения глютена до развития клинических проявлений)

-Активный (клиническая манифестация)

-Ремиссия (неполная, полная)

-Декомпенсация

Клинические критерии целиакии
Кишечные симптомы

- **Диарея** - 2 и более раз в сутки, возможно ночью, полифекалия, пенистый, зловонный, светло-желтый стул, стеаторея
- **Боли** в околопупочной области через 3-5 часов после еды, усиливающиеся к вечеру
- **Метеоризм (**выраженное увеличение живота)
- **Синдром мальабсорбции** 2-3 степени

Целиакия. Особенности анамнеза

- Развитие диареи и синдрома мальабсорбции часто с раннего детства (через 1-2 месяца с момента введения в качестве прикорма манной, пшеничной, овсяной, ячменной, ржаной круп)
- Клиническая ремиссия после пробного назначения аглютеновой диеты и ухудшение после возобновления приема глютена
- Наследственная отягощенность – расстройства питания в раннем детстве у ближайших родственников

Особенности целиакии у взрослых

- Манифестирует в любом возрасте
- Часто малосимптомные и атипичные формы
  - У 35% пациентов - только внекишечные манифестации



Целиакия – «болезнь-хамелеон»

Группы риска по наличию целиакии

Группа риска	Частота целиакии
Родственники первой и второй степени родства	5-15%
Эндокринные заболевания (СД 1 типа, АИТ, болезнь Аддисона, нарушения репродуктивной функции)	5%
Аутоиммунные заболевания (ПБЦ, АИГ, синдром Шегрена, РА, миокардит)	2-5%
Лимфоцитарный колит	15-27%
Хромосомные аномалии (синдром Дауна)	12%

Внекишечные симптомы при целиакии

- Гематологические: рефрактерная ЖДА, В12-дефицитная анемия, тромбоцитоз, геморрагический синдром
- Поражение кожи и слизистых: герпетиформный дерматит Дюринга, атопический дерматит, алопеция, витилиго, хейлит, рецидивирующий афтозный стоматит, гипоплазия эмали, множественный кариес
- Эндокринопатии: АИТ, СД 1 типа, бесплодие, выкидыши, гипофункция эндокринных желез
- Поражение костей: остеомаляция, остеопороз
- Поражения гепато-билиарной системы (бессимптомное повышение АЛТ, АСТ, амилазы)
- Поражение нервной системы (мозжечковая атаксия, полиневропатии, психические нарушения)

Связаны с системным воспалением и СМ !

Синдром мальабсорбции при целиакии



Синдром мальабсорбции: определение

Это комплекс расстройств, связанный с нарушением всасывания в тонкой кишке нутриентов, витаминов и микроэлементов.

В широком смысле этот термин включает также синдром мальдигестии - синдром нарушенного пищеварения.

Мальабсорбция + мальдигестия =

Синдром мальассимиляции или мальнутриции.

Этиология синдрома мальабсорбции

- **Первичный** – связан с наследственными и врожденными нарушениями строения тонкой кишки и ферментопатиями (дефицит дисахаридаз, пептидаз)

- **Вторичный** - при приобретенных заболеваниях

-Энтерогенный

-Панкреатогенный (хронический панкреатит, рак ПЖ)

-Гастрогенный (атрофический гастрит, резекция желудка, гастринома, рак желудка)

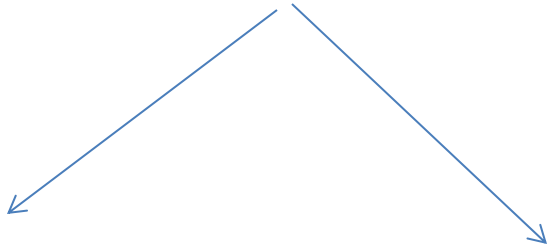
-Гепатогенный (холестатические заболевания печени, ЦП)

-Кологенный (ВЗК)

Заболевания тонкой кишки (энтеропатии)

1. **Глютеновая энтеропатия (целиакия)**
2. **Болезнь Крона**
3. **Болезнь Уиппла**
4. **Дивертикулез**
5. **Опухоли, лимфома тонкой кишки**
6. **Резекция тонкой кишки,** анастомозы
7. **Инфекционные и паразитарные заболевания тонкой кишки** (туберкулез, лямблиоз, стронгилоидоз, аскаридоз, дифиллоботриоз, иерсинеоз, кампилобактериоз, сальмонеллез), СИБР в тонкой кишке
8. **Токсическая** (тяжелые металлы, алкоголь, уремия),
9. **Ятрогенная:** лекарственная (НПВС, антибиотики, антациды, цитостатики, глюкокортикоиды, слабительные), лучевая терапия
10. **Аллергическая** энтеропатия
11. **Эндокринная энтеропатия** (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет, болезнь Аддисона, гипопаратироез, опухоли APUD-системы)
12. **Иммунодефицитные состояния** (ОВГГГ, СПИД)
13. **Гемодинамическая** (нарушение мезентериального кровообращения, тяжелая правожелудочковая недостаточность)
14. **Функциональные заболевания тонкой кишки (**первичные и вторичные ферментопатии, моторные дискинезии)
15. **Системные заболевания** (амилоидоз, системная склеродермия)

Синдром мальабсорбции (СМ)



Местные нарушения на уровне тонкой кишки

Общие нарушения на уровне организма

Местные нарушения при СМ

- Морфологические изменения слизистой оболочки (дистрофическо-атрофические изменения слизистой оболочки, укорочение и уплощение ворсин).
- Нарушение работы ферментных и транспортных систем тонкой кишки (ТК).
- Расстройства моторики.
- *Развитие синдрома избыточного бактериального роста в ТК (СИБР).*
- *Развитие диареи.*

Последствия СИБР при СМ

1. Преждевременная деконьюгация желчных кислот:

- нарушение всасывания жиров, жирорастворимых витаминов, развитие стеатореи
- повышение потери желчных кислот с калом, нарушение механизма ГЭЦ

2. Повреждение слизистой оболочки ТК (бактериальными токсинами и протеазами, деконьюгированными желчными кислотами)

3. Разрушение пищеварительных ферментов

4. Связывание и нарушение всасывания витамина В12

5. Повышение продукции фенолов, органических кислот, что приводит к эндогенной интоксикации

6. Развитие диареи

Виды диареи

- По течению: острая, хроническая (более 3 недель)
- По этиологии: гастрогенная, панкреатогенная, энтерогенная, кологенная
- По патогенезу:

1. Секреторная (водная, хологенная)
2. Осмотическая
3. Экссудативная
4. Гиперкинетическая

Механизмы развития диареи

1. Секреторная – повышение секреции воды и электролитов в просвет ТК

- Пассивная секреция при повышении гидростатического давления в сосудах тонкой кишки (лимфома, амилоидоз кишки, болезнь Уиппла, правожелудочковая недостаточность)
- Активная секреция при активации системы аденилатциклаза - цАМФ

-инфекционные агенты, СИБР

-желчные кислоты (заболевания и резекция ileum, ПХЭС)

-слабительные (сенаде, бисакодил, касторовое масло)

-нейроэндокринные опухоли (ВИПома поджелудочной железы, гастринома, мастоцитома, карциноидный синдром, ворсинчатая аденома, медуллярная карцинома щитовидной железы)

- Поражение ворсинок (целиакия, болезнь Крона, Уиппла, микроскопический колит)

Механизмы развития диареи

2. Осмотическая – снижение всасывания воды и электролитов при скоплении в просвете ТК гиперосмолярного содержимого

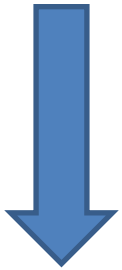
- Синдром мальдигестии (нарушения полостного, мембранного пищеварения при заболеваниях ПЖ, ЖВП, печени, тонкой кишки)
- Синдром мальабсорбции
- Прием солевых слабительных (магнезия), антацидов с магнием (маалокс, гастал), сорбита, ксилита, акарбозы.

Дифференциальный диагноз диареи

Вид диареи	Характер стула	Наличие болевого синдрома
Секреторная	обильный водянистый стул, часто более 1 л. Сохраняется после пробы с голоданием	-
Осмотическая	обильный неоформленный кал (полифекалия), с непереваренными остатками пищи. Исчезает после пробы с голоданием	-
Экссудативная	жидкий необильный стул с примесью слизи, крови (гематохезия)	После стула
Гиперкинетическая	частый жидкий или кашицеобразный необильный стул	Перед стулом, схваткообразный характер

Общие нарушения при синдроме мальабсорбции

Нарушение всасывания и дефицит в организме белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов, желчных кислот



Нарушения всех видов обмена: белкового, жирового, углеводного, водно-электролитного, минерального, витаминного, гормонального.

Нарушение всасывания жиров

- Похудание
- Стеаторея
- Нарушение всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, Е, К
- Гипохолестеринемия ⟶ снижение синтеза желчных кислот, половых гормонов
- Оксалатурия и развитие МКБ

Нарушение всасывания белков

- Похудание
- Креаторея
- Трофические нарушения кожи, мышечная атрофия
- Гипоальбуминемия и гипоонкотические отеки
- Гипогаммаглобулинемия и снижение иммунитета

Нарушение всасывания углеводов

- Похудание
- Амилорея
- Гипогликемические состояния

Нарушение всасывания электролитов

- Гипокальциемия с развитием остеопороза и остеомаляции
- Гипокалиемия, гипонатриемия гипомагниемия

Нарушение всасывания микроэлементов, витаминов

- Дефицит жирорастворимых витаминов (К, Е, Д, А),
- Дефицит витаминов группы В, фолиевой кислоты, витамина С
- Дефицит железа (сидеропенический синдром, анемия)
- Дефицит цинка, меди, селена

Нарушение всасывания желчных кислот

- Развитие ЖКБ
- Секреторная (хологенная) диарея
- Усугубление нарушения всасывания жиров и жирорастворимых витаминов.
- Развитие МКБ

Клинические проявления СМ

- Похудание
- Астеновегетативный синдром
- Геморрагический синдром
- Общий анемический синдром
- Сидеропенический синдром
- Дисэлектролитный(гипокальциемический, гипокалиемический, гипонатриемический, гипомагниемический) синдром
- Гиповитаминоз
- Синдром белково-энергетической недостаточности

Клинические проявления СМ

Опорно-двигательный аппарат	Остеопороз, переломы костей, остеоартроз, судороги, мышечная слабость	Дефицит кальция, витамина Д, магния, калия, кальция
Эндокринная система	Гипогонадизм: аменорея, импотенция, инфантилизм; вторичная полигландулярная недостаточность	Выраженные нарушения всасывания
Нервная система	Периферическая полинейропатия, парестезии, фуникулярный миелоз, энцефалопатия, астенический синдром, депрессия	Дефицит витаминов В1, В12

Клинические проявления СМ

Мочевыделительная система	Оксалатурия, мочекаменная болезнь	Нарушения связывания оксалатов в тонкой кишке при мальабсорбции жиров
Сердечно-сосудистая система	Миокардиодистрофия, дисметаболическая кардиомиопатия, нарушения сердечного ритма, СН	Дефицит калия, магния, белка, витаминов В1, В6
Орган зрения	Ксерофтальмия, гемералопия	Дефицит витаминов А, В1
Система кроветворения	Анемия микро- макроци-тарная, геморрагический синдром	Дефицит железа, витамина В12, фолиевой кислоты, витамина К, С
Иммунная система	Вторичный иммунодефицит, частые ОРВИ, Аллергические заболевания	Нарушение всасывания белков, витамина С

Объективные признаки СМ

1.Снижение индекса массы тела (ИМТ)

2.Изменение кожи и ее придатков: сухая, бледная, шелушащаяся, снижен тургор, дерматиты

3. Изменения в полости рта

Кожные проявления при СМ








Полость рта при СМ



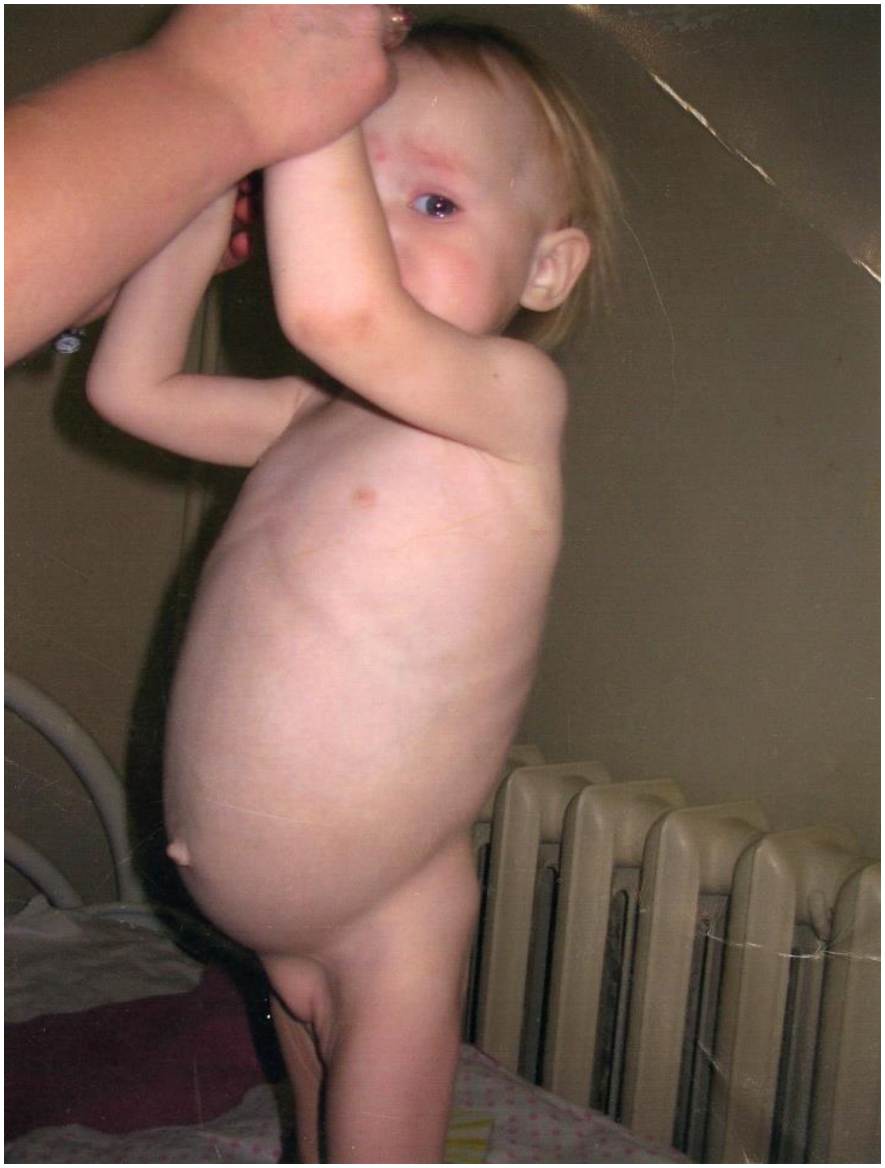





Объективные признаки СМ

4. Изменения со стороны пищеварительной системы:

- Вздутие - часто ограниченное, вокруг пупка, распространенный тимпанит при перкуссии живота (метеоризм)
- Урчание и шум плеска при пальпации слепой кишки и терминального отрезка подвздошной кишки (недостаточность илеоцекального сфинктера) – симптом Образцова
- Болезненность в точке Поргеса




КРАДЕНОЕ
СОЛНЦЕ

Объективные признаки СМ

5. Изменения со стороны костно-мышечной системы:

- Гипотрофия мышц, снижение мышечного тонуса
- Судороги мелких групп мышц (симптомы Хвостека, Труссо, симптом мышечного валика)
- Деформация позвоночника

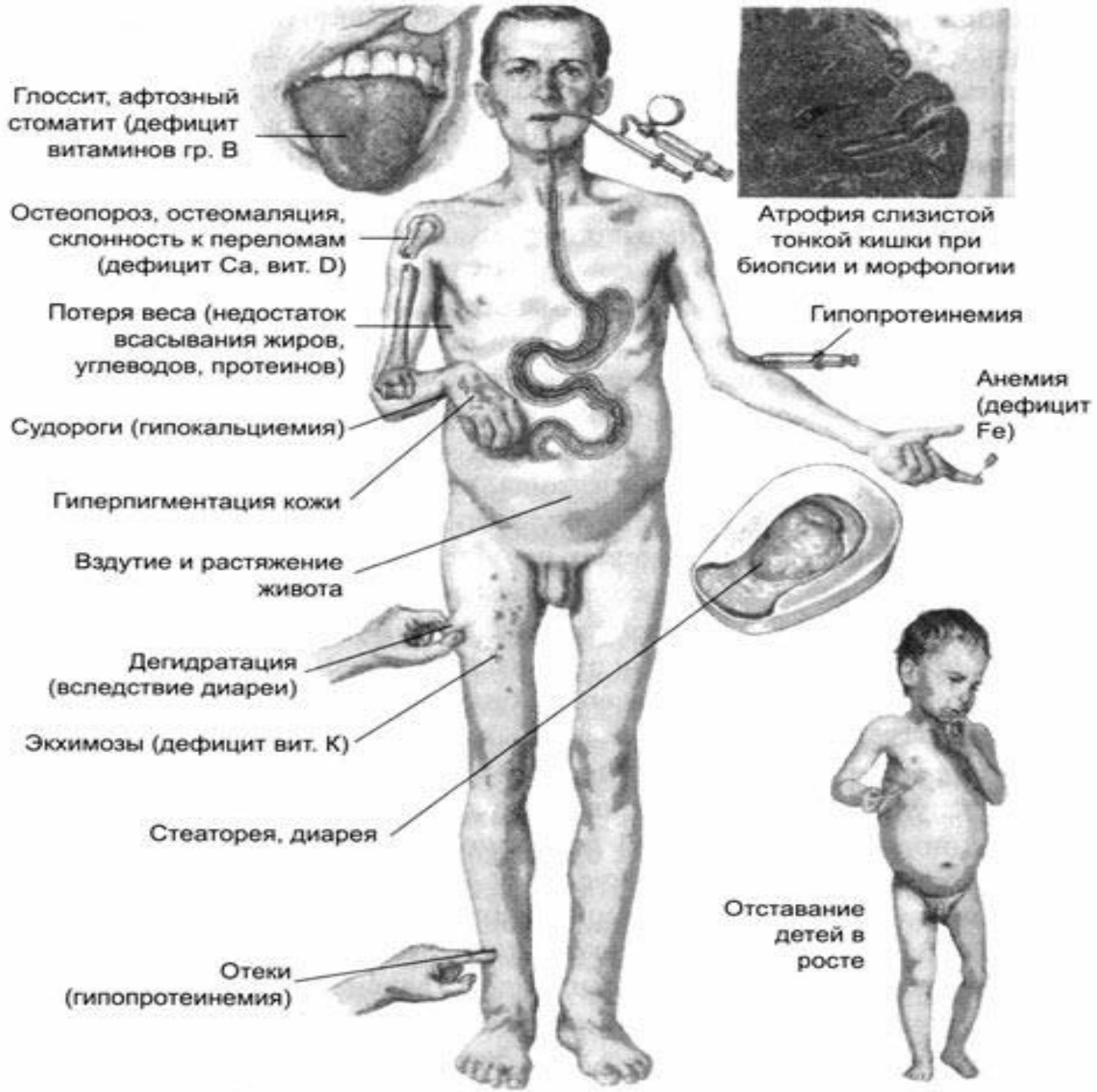






Объективные признаки СМ

6. Изменения со стороны со стороны сердечно-сосудистой системы:
Нарушения ритма сердца, расширение границ сердца, гипотония, тахикардия
7. Изменения со стороны эндокринной системы:
Признаки гипофункции эндокринных желез (щитовидной, половых, надпочечников).
8.Изменения со стороны нервной системы:
Нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов
9.Гипоонкотические отеки


Глоссит, афтозный стоматит (дефицит витаминов гр. В
Остеопороз, остеомаляция, склонность к переломам (дефицит Са, вит. D)
Потеря веса (недостаток всасывания жиров, углеводов, протеинов)
Судороги (гипокальциемия)
Гиперпигментация кожи
Вздутие и растяжение живота
Дегидратация (вследствие диареи)
Экхимозы (дефицит вит. К)
Стеаторея, диарея
Отеки (гипопротеинемия)
Атрофия слизистой тонкой кишки при биопсии и морфологии
Гипопротеинемия
Анемия (дефицит Fe)
Отставание детей в росте

Классификация синдрома мальабсорбции

ПО ХАРАКТЕРУ ПОРАЖЕНИЯ:

- Парциальная (селективная) мальабсорбция
- Тотальная мальабсорбция

ПО ТЯЖЕСТИ:

- Легкий (I степени)
- Среднетяжелый (II степени)
- Тяжелый (III степени)

Степени тяжести СМ

- ***Легкий (I степени)*** – преобладание местных кишечных симптомов, похудание до 5 кг.
- ***Среднетяжелый (II степени)*** – потеря веса 5-10 кг в условиях полноценного питания, появляются трофические, электролитные нарушения (но не доминируют в клинической картине)
- ***Тяжелый (III степени)*** – прогрессирующая потеря веса более 10 кг, доминируют общие проявления, дистрофические изменения в органах.

Диагностика целиакии

Кого необходимо обследовать?

1. Больные с клинико-лабораторными проявлениями СМ, такими как диарея, снижение массы тела, стеаторея, боли и вздутие в животе, запоры, синдром избыточного бактериального роста, должны быть обследованы для выявления целиакии (1А).

2. Больные с СД 1 типа, гипертрансаминаземией, АИТ, герпетиформным дерматитом, рефрактерной ЖДА, мозжечковой атаксией, бесплодием должны быть обследованы на целиакию, в особенности при наличии гастроэнтерологических жалоб или лабораторных изменений (1А, 2А, 2В).

Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Москва, март 2016 г.

Принципы диагностики целиакии

- **Клинические критерии** (неспецифичны!)
- Явный клинический, серологический и морфологический ответ на исключение из диеты глютена или на его введение в рацион (специфический признак!)
- **Иммунологические**
- **Генетические**
- **Морфологические**

Иммунологические маркеры целиакии

- **Антитела к тканевой транслутаминазе** (**IgA** tTG) - метод выбора!

- **Антитела к деамидированным пептидам глиадина** (aDPG) – более специфичные и чувствительные

- **Антитела к эндомизию** (IgA EmA)

- **Антиглиадиновые антитела** (IgA и IgG AGA) и **антитела к ретикулину** (IgA ARA) - используют только для контроля эффективности аглютеновой диеты

Серонегативная целиакия – в 6-22% случаев:
при гипогаммаглобулинемиях, аглютеновой диете,
в латентной стадии, при иммуносупрессивной терапии

Значение иммунологических показателей

1. В качестве первого шага при проведении скрининговых исследований в группах риска рекомендуется использовать определение анти-тТГ с целью отбора пациентов для дальнейшего эндоскопического обследования (степень достоверности рекомендаций 1А).

2. У детей моложе 2 лет определение ант-тТГ IgA должно сочетаться с определением анти-ДПГ IgA и IgG (степень достоверности рекомендаций 1В).

3. Ввиду недостаточной специфичности метода, а также низкой прогностической ценности положительных и отрицательных результатов **определение уровня АГА в настоящее время не рекомендуется** в комплексе диагностических мероприятий при подозрении на целиакию (степень достоверности рекомендаций 1А).

4. При выявлении селективного дефицита IgA рекомендуется определение анти-тТГ IgG в сочетании с анти-ДПГ IgG (степень достоверности рекомендаций 1В).

5. Экспресс-тесты могут быть использованы для первичной диагностики целиакии в случае недоступности остальных серологических методов и обязательно подтверждены гистологическим исследованием (степень достоверности рекомендаций 1В).

6. **Обязательным требованием является проведение серологической диагностики до назначения лечебной диеты** на фоне употребления обычного количества глютенсодержащих продуктов. Ограничение или исключение глютена в рационе может привести к быстрому снижению титра специфических антител, что сделает дальнейший диагностический поиск затруднительным, а иногда и невозможным (степень достоверности рекомендаций 1А).

7. **При сильном подозрении на целиакию должна быть выполнена биопсия тонкой кишки даже при отрицательных серологических тестах** (степень достоверности рекомендаций 1В).

Генетические маркеры целиакии

- **HLA DQ2/DQ8** – расположены на 6 хромосоме

Гаплотип DQ2 (DQA1*05, DQB1*02) – у 90-95%

Гаплотип DQ8 (DQA1*03, DQD1*0302) – у 5-10%

Значение генетического исследования при целиакии

1.Отрицательные результаты генетического типирования позволяют исключить целиакию.

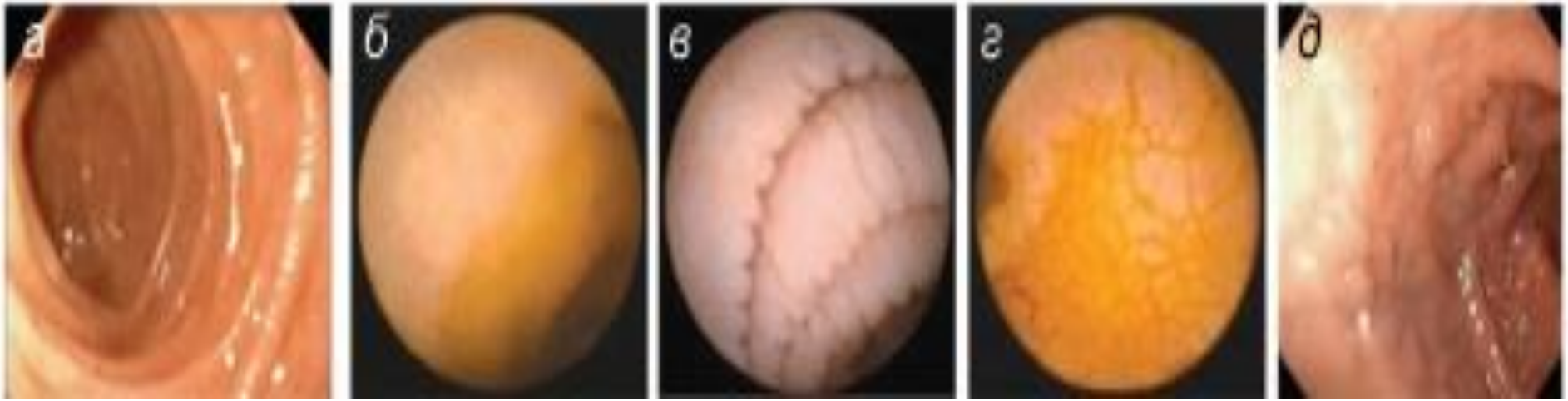
Наличие данных гаплотипов у 30% здорового населения не позволяет использовать данное исследование в качестве скринингового метода и не является основанием для постановки диагноза целиакии (1А).

2. Генетическое типирование может быть использовано для исключения диагноза целиакии. Ценность генетических маркеров определяется тем, что они не зависят от того, находится ли пациент в момент исследования на АГД или нет (1А).

Всероссийский консенсус по диагностике и лечению целиакии у детей и взрослых. Москва, март 2016 г.

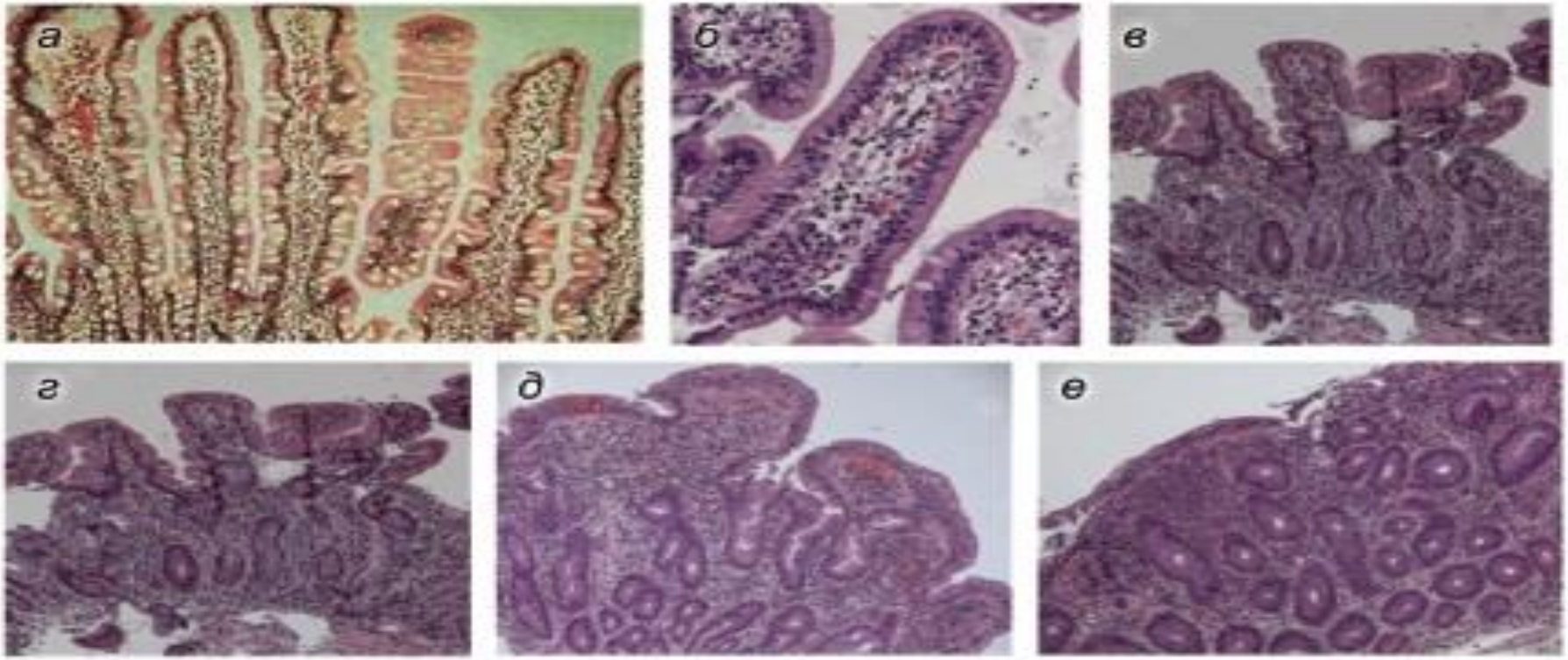
Эндоскопические признаки целиакии

Рис. 1. Эндоскопические признаки целиакии: *а* – нормальная структура слизистой; *б* – исчезновение циркулярных складок*; *в* – поперечная исчерченность складок*; *г* – ячеистый рисунок слизистой*; *д* – микронодулярная структура слизистой.



Гистологические признаки целиакии

Рис. 3. Гистологическая классификация целиакии Marsh–Oberhuber: *а* – норма; *б* – Marsh 1 (увеличение количества МЭЛ)*; *в* – Marsh 2 (гиперплазия крипт)*; *г* – Marsh 3A (умеренная атрофия)*; *д* – Marsh 3B (выраженная атрофия)*; *е* – Marsh 3C (отсутствие ворсинок)*.



*C.Pilozzi, 2010.

Значение морфологических признаков

1. Для постановки диагноза целиакии положительные результаты серологического исследования должны подкрепляться результатами гистологического исследования биоптатов СОТК с подсчетом количества МЭЛ (25 на 100); (1А).

2. **Выявление при микроскопическом исследовании типов повреждения 2, 3а–3с является достаточным основанием для диагностики целиакии у серопозитивных пациентов даже при отсутствии у них клинических проявлений заболевания.**

3. Изменения гистологической структуры СОТК, соответствующие типу 1 по Marsh–Oberhuber, не могут служить основанием для установления диагноза целиакии без проведения иммуногистохимического анализа и должны оцениваться только в совокупности с серологическими, генетическими и клиническими данными (1А).

4. **Проведение морфологического исследования должно происходить на фоне употребления обычного количества глютенсодержащих продуктов.** Исключение глютена из рациона может привести к быстрому восстановлению нормальной структуры СО, что сделает морфологическое подтверждение целиакии затруднительным, а иногда и невозможным (1А).

Диагностики синдрома мальабсорбции при целиакии

1. **Клинический анализ крови:** макро-микроцитарная анемия
2. **Биохимический анализ крови:** протеинограмма, СРБ, липидограмма, электролиты, глюкоза, амилаза, липаза, АЛТ, АСТ, билирубин, ЩФ, ГГТП
3. **Коагулограмма:** гипопротромбинемия, гипофибриногенемия
3. **Определение в крови уровня витамина В12, фолиевой кислоты, железа, ферритина**
4. **Общий анализ мочи:** оксалатурия, при тяжелой мальабсорбции – снижение суточного диуреза
5. **Копрограмма**
6. **Диагностика СИБР**

Дифференциальный диагноз копрограммы

Вид синдрома	Характеристика копрограммы
Гастрогенный (при гипо- и ахлоргидрии)	Неизмененные мышечные волокна - «бифштексный кал», соединительнотканные волокна
Панкреатогенный	Нейтральный жир (стеаторея), измененные мышечные волокна (креаторея), крахмал
Энтеральный	Жирные кислоты и мыла (стеаторея), внеклеточный крахмал (амилорея), измененные мышечные волокна (креаторея)
Колитический -Цекальный -Дистальноколитический	-Перевариваемая клетчатка, внутриклеточный крахмал, йодофильная флора. -Слизь, лейкоциты, эритроциты

Методы диагностики СИБР

1. Прямой метод – аспирация и посев дуоденального и еюнального содержимого
2. Непрямые методы – определение метаболитов микрофлоры.

- ***Водородный дыхательный тест*** натощак и после нагрузки лактулозой
- *Метод газожидкостной хроматографии* дуоденального содержимого, кала, крови
- *Масс-спектрометрия крови* – определение компонентов пристеночной микрофлоры тонкой кишки.

Пример формулировки диагноза целиакии

- Целиакия. Типичная форма с субтотальной атрофией СО тонкой кишки. Синдром мальабсорбции средней степени тяжести
- Целиакия. Атипичная форма с преобладанием внекишечных симптомов (хр.железодефицитная анемия средней степени тяжести, остеопороз, герпетиформный дерматит)
- Целиакия с преобладанием обстипации, компенсированная на фоне аглютеновой диеты

Принципы лечения целиакии



Принципы терапии целиакии

1. **Аглютеновая диета** (пожизненно!)
2. **Улучшение пищеварения и всасывания** в тонкой кишке (заместительная ферментная терапия)
3. **Лечение СИБР** и восстановление эубиоза
4. **Улучшение состояния слизистой оболочки** тонкой кишки (применение вяжущих, адсорбирующих, обволакивающих препаратов)
5. **Лечение диареи и нормализация моторной функции кишки**
6. **Коррекция метаболических нарушений**, дисэлектролитемии, анемии, гиповитаминозов, эндокринных нарушений

Аглютеновая диета

Запрещенные продукты:

- хлеб
- булка
- печенье
- сухари
- сушки
- торты
- пирожные
- вафли
- макароны
- манная крупа
- овсяная крупа
- перловая крупа
- ячневая крупа
- «пшеничка»
- сухие супы
- соусы



Скрытый глютен!

- вареные колбасы, сосиски, полуфабрикаты из измельченного мяса и рыбы;
- многие мясные, рыбные консервы;
- многие овощные и фруктовые консервы, в том числе томатные пасты, кетчупы;
- некоторые сорта мороженого, йогуртов, творожные сырки, плавленые сыры;
- маргарины с глютенсодержащими стабилизаторами;
- некоторые виды уксусов и салатных соусов, майонезов; соевые соусы;
- многокомпонентные сухие приправы и пряности;
- концентрированные сухие супы, бульонные кубики, картофельное пюре быстрого приготовления;
- картофельные и кукурузные чипсы; замороженный картофель-фри;
- некоторые виды чая, кофе- и какао-смеси для быстрого приготовления (быстрорастворимые);
- кукурузные хлопья при использовании ячменной патоки;
- имитации морепродуктов – «крабовые палочки», «крабовое мясо»;
- карамель, соевые и шоколадные конфеты с начинкой, восточные сладости
- некоторые пищевые добавки (краситель аннато Е-160b, карамельные красители Е-150а – Е-150d, мальтол Е-636, изомальтол Е-953, мальтит и мальтитный сироп Е-965);
- квас, пиво.

Аглютеновая диета

Разрешенные продукты

- рис
- кукуруза
- пшено
- греча
- овощи
- фрукты
- мясо
- рыба
- птица
- молочные продукты



Лечебное питание при СМ

- **Диета №4:** дробное питание 5-6 раз в день, механическое, химическое, термическое щажение кишки. При снижении ИМТ – повышение общей калорийности до 3500 ккал, продуктов, богатых железом, кальцием, калием.
- *Содержание белков* – повышенное до 130—135 г/сут.,
- *Содержание жиров* - до 70-80 г/сут. жиров, преимущественно в виде среднецепочечных и короткоцепочечных жирных кислот,
- *Содержание углеводов* - ограничение до 250 г/сут.

- Рекомендуется использовать диетические продукты – энпиты, сбалансированные продукты детского питания
- При диарее рекомендуется диета, богатая танином (черника, черемуха, крепкий чай), веществами вязкой консистенции (кисели, слизистые супы, протертые каши).
- Для восстановления эубиоза кишки рекомендуется функциональное питание, содержащее пребиотики: бифидок, актимель, активиа, биомакс, зеленый чай.

2.Улучшение пищеварения и всасывания в тонкой кишке

- **Ферменты:** креон, панзинорм, мезим-форте, трифермент (при СМ 2-3 степени 100 000–200 000 ед. по липазе в сутки).

При недостаточности дисахаридаз – лактаза, тилактаза

- **Стимуляторы выработки мембранных ферментов:** фенобарбитал, анаболики, фолиевая кислота
- **Стимуляторы всасывания в тонкой кишке:** анаболические стероиды, эуфиллин, пролонгированные нитраты (при мезентериальной ишемии), эссенциале

3. Лечение СИБР и восстановление эубиоза ТК

- **Пребиотики** (инулин, пектин, лактулоза, мукофальк, закофальк, хилак-форте)
- **Пробиотики** (энтерол, линекс, бифиформ, бион-3)
- **Синбиотики** (бифиформ-комплекс, линекс-био, флористин, риофлора-баланс)
- **Деконтаминация тонкой кишки** (альфа-нормикс, энтерофурил, ципрофлоксацин, макмирор)

4.Улучшение состояния слизистой оболочки кишки

- **Вяжущие**: танальбин, таннакомп, препараты висмута (де-нол, новобисмол, пепто-бисмол), кальция карбонат, белая глина
- **Адсорбенты**: смекта, неосмектин, энтеросгель, рекицен РД, полифепан, полисорб, мукофальк
- **Фитопрепараты**: бактерицидные (черника, земляника, малина, клюква), спазмолитические (ромашка, мята, тысячелистник, шалфей, зверобой, календула), вяжущие, противовоспалительные (кора дуба, зверобой, ольха, черемуха)

6.Коррекция метаболических, электролитных нарушений, анемии, гиповитаминозов, эндокринных нарушений

При потере 10% и более массы тела необходима:

- **Заместительная терапия витаминами и минералами** в дозах, превышающих суточную потребность: препараты калия, магния (панангин), кальция (глюконат кальция), железа (венофер, феррум-лек), витамины группы В, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота, жирорастворимые витамины (виталипид)
- **Энтеральное питание** (*пептамен,* портаген, порталак, содержащие корокоцепочечные жирные кислоты, изокал)
- **Парентеральное питание** в тяжелых случаях синдрома мальабсорбции

- растворы аминокислот (аминостерил, полиамин, вамин, аминоплазмаль) по 200-250 мл на протяжении 10-15 дней.
- жировые эмульсии (липофундин, интралипид)
- 5% раствор глюкозы

Лечение рефрактерной целиакии

- Парентеральное и энтеральное питание с восполнением дефицита всех нутриентов

- Будесонид 9 мг/сут. 4-8 недель с постепенным снижением дозы

Общие рекомендации по лечению целиакии

1. Строгая АГД рекомендуется как симптомным (1A), так и бессимптомным пациентам (2C).

2. Овес не рекомендуется включать в диету больным целиакией (2C).

3. В случае тяжелого течения заболевания с выраженной белково-энергетической недостаточностью рекомендовано назначение глюкокортикоидов (1B).

4. Больные с впервые установленным диагнозом целиакии должны быть обследованы и получать симптоматическое лечение дефицитов микронутриентов – железа, кальция, фолиевой кислоты, витамина D, витамина B12 (2C).

Итого: современные черты целиакии у взрослых

- Целиакия – системное и полисиндромное заболевание
- Редко – типичная классическая форма
- Часто – атипичная, латентная или потенциальная
- Часто внекишечные манифестации (поражение кожи, щитовидной железы, анемия, аллергические заболевания)
- Необходимо обследование лиц групп риска по целиакии
- Отсутствуют высокочувствительные серологические тесты, необходима комплексная программа обследования
- Необходима пожизненная аглютеновая диета для профилактики развития СМ, АИЗ, злокачественных новообразований ЖКТ
- Должна быть высокая настороженность врачей-клиницистов и эндоскопистов в отношении наличия целиакии!

Будьте здоровы!

