УДК 615.874-071-053.3/.7

Анциферова О.В., Спасич Т.А., Решетник Л.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ НА БЕЗГЛЮТЕНОВОМ ПИТАНИИ

ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, ОГАУЗ Областной клинико-консультативный диагностический центр, Иркутск

Резюме. *Прослежена динамика клинических симптомов целиакии у 112 детей на безглютеновом питании. Строгое беглютеновое питание соблюдали только 3 детей (2,6%), 35% родителей детей признали, что диетотерапия проводится с погрешностями. На первом году наблюдения купированы симптомы дерматитов и неустойчивого стула. Боли в животе, рвота, снижение аппетита, дефицит массы тела, раздражительность исчезли только на втором году диетотерапии. Концентрация антител к тканевой транглутаминазе (mТГ) класса IgA наиболее демонстративна для контроля эффективности элиминационной диеты, в среднем она снизилась в 31 раз.*
Ключевые слова: *целиакия, тканевая транглутаминаза, безглютеновое питание, дети.*

O.V. Antsiferova, T.A. Spasich, L.A.Reshetnik

THE CLINICAL EFFICACY OF GLUTEN-FREE DIET IN CHILDREN

Summary: *The dynamics of clinical symptoms of celiac disease in 112 children on a gluten-free diet are traced. Strict gluten-free diet kept only 3 children(2,6%), 35% of parents admitted that diet therapy is carried out with errors. Dermatitis and unstable chair disappeared in the first year of observation. Abdominal pain, vomiting, loss of appetite, body weight deficit, irritability disappeared only in the second year an elimination diet. The concentration of antibodies to tissue transglutaminase (TSH) most reflects the result of an elimination diet, the average is decreased by 31 times.*
Keywords: celiac disease, tissue transglutaminase, gluten-free food, children.
Keywords: *celiac disease, antibodies, gliadine, tissular transglutaminase, tolerance.*

Целиакия – генетически детерминированное заболевание, связанное с непереносимостью белков клейковины (глютена) пшеницы, ржи и ячменя. Поступление глютена в кишечник провоцирует иммунное воспаление и формирование атрофии слизистой оболочки (СО) двенадцатиперстной и тонкой кишки с синдромом мальабсорбции.

Симптоматика целиакии многолика и ее маски встречаются при многих гастроэнтерологических заболеваниях таких как: пищевая аллергия, бронхиальная астма, герпетиформный и буллезный дерматиты, артропатии, недостаточность поджелудочной железы и диабет 1-го типа, аутоиммунный тиреоидит, миелопатии и судорожный синдром, эпилепсия, бесплодие, аутоиммунный гепатит и билиарный цирроз, хроническая диарея и лактазная недостаточность, нарушения фосфорно-кальциевого обмена с остеопорозом и остеомаляцией, гипоплазией зубной эмали, множественный кариес и хронические рецидивирующие афтозные стоматиты, анемии, витаминная недостаточность, отставание в физическом и психомоторном развитии [1, 3].

Многообразие клинических проявлений целиакии и трудности диагностического процесса при ее латентном и атипичном течении приводят к поздней постановке диагноза, либо с масками целиакии больные наблюдаются у разных специалистов до конца дней. В то время как безглютеновая диета устраняет симптомы болезни [2].

Цель исследования. Проследить динамику клинико-параклинических показателей у детей на безглютеновом питании.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 2 лет находилось 112 детей в возрасте от 2 до 14 лет. Из них у 5 детей была манифестная форма целиакии, у 107 – скрытая (атипичная или латентная) форма проявления болезни. У 90 детей прослежена динамика концентрации антител к глиадину (АГА) и к тканевой трансглутаминазе (тТГ). Симптомы целиакии оценивались через 6 месяцев элиминационного питания. Различия между группами

оценивались с помощью Z – критерия и критерия Манна-Уитни и считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В педиатрической практике безглютеновая терапия в большей части случаев осуществляется с погрешностями, так как осознание этой необходимости возможно только у старших детей. На строгой беглютеновой диете находились только 3 детей; 39 родителей детей (35%) признали, что диетотерапия проводится с погрешностями, 68 (65%) родителей умолчали о строгости элиминационной диетотерапии. Купирование клинических проявлений целиакии на безглютеновой диетотерапии показано в таблице 1.

Таблица 1

Динамика жалоб ассоциированных с целиакией, у пациентов на безглютеновой диетотерапии при 1, 2 и 3 посещениях

Жалобы	1		2	*p (сравнение при 1 и 2 посещении	3	*p (сравнение при 1 и 3 посещении
	n	%	n	%	n	%
дерматиты	71	63,4	46	41,1*	11	9,8***
кожный зуд	8	7,1	3	2,7	0	**
изменение стула	65	58	31	27,7***	7	6,3***
боли в животе	40	35,7	27	24,1	9	8***
запор	17	15,2	11	9,8	9	8
рвота	21	18,8	17	15,2	7	6,3**
Снижение аппетита	59	52,7	47	41,9	28	25***
ДМТ	58	51,8	49	43,8	36	32,1*
раздражительность	19	16,9	14	12,5	9	8*

*p<0.05;**p<0.01;***p<0,001

Все анализируемые симптомы, по которым оценивалось состояние пациентов, на фоне безглютеновой диеты уменьшались. Так у 71 ребенка (63,4%) в начале наблюдения имели место дерматиты, через год они сохранялись у 46 детей (41,1%),через 2 года – у 11(9,8%). Вероятно, что у этих 11 детей дерматит не ассоциирован с целиакией, и это также результат диагностики, именуемый как пробная диетотерапия. Отмечалась положительная клиническая динамика такого симптома как изменение стула (более 2 раз в сутки, зловонный, объемный). В начали наблюдения он отмечен у 65 детей (58%), через год изменения сохранялись у 31 ребенка (27,7%), на втором году – только у 7 детей (6,3 %) $p<0,001$. Мы пришли к заключению о том, что диетотерапия этими детьми соблюдалась с погрешностями. Такие симптомы как: кожный зуд, боли в животе, снижение аппетита, дефицит массы тела, раздражительность уменьшались только на втором году наблюдения. Не было статистической значимости различий по такому симптому как запор, хотя единичные клинические наблюдения позволяют говорить об эффективности безглютенового питания и при запорах. Такие же результаты были получены в наблюдениях М.О.Ревновой [2].

Была проанализирована динамика концентрации антител у группы детей (n=90), находящихся на диетотерапии (табл.2).

Таблица 2

Динамика концентрации антител к глиадину и тканевой трансглутаминазе за 2-х летний период наблюдения на фоне безглютеновой диетотерапии

Концентрация антител (Ед/мл)	тТГIgA Me (Q25-Q75)	тТГIgG Me (Q25-Q75)	АГА IgA Me (Q25-Q75)	АГАIgG Me (Q25-Q75)
1 посещение	149,5 (19,3-358,3)	22,5 (14,4-38,3)	89,4 (37,2-176,1)	59,7 (26,6-140,9)
2 посещение	22,9 (12,3-79,4)	16,5 (11,4-19,7)	15,9 (11,5-71)	33,3 (19,3-79,9)

3 посещение	4,8 (4,6-10,1)	2,0 (1,2-6,4)	5,8 (2,1-7,2)	12,1 (5,3-20,7)
p	p1-2<0,05 p2-3<0,01	p1-2 >0,05 p2-3 < 0,01	p1-2<0,05 p2-3<0,01	p1-2<0,05 p2-3<0,05

p-статистически значимые различия (U -критерий Манна-Уитни)

По результатам наблюдения получили следующие данные: на фоне соблюдения диеты, титр антител к тканевой трансглутаминазе(тТГ) IgA в течение первого года диетотерапии снизился в 6,5 раз, в течение второго года в 4,3 раза. Таким образом, содержание наиболее достоверного маркера целиакии – антител к тТГ IgA уменьшилось в 31 раз. Статистически значимое снижение концентрации антител класса IgG к тТГ имело место только на втором году наблюдения, они снизились в 11 раз. В 4,9 раз уменьшилась концентрация антител к глиадину класса А(АГА IgA) на первом году наблюдения, еще в 2,7 раз уменьшилась их концентрация на втором году. Динамика их снижения произошла в 15 раз. Чувствительность и специфичность антител класса IgG к глиадину самая низкая из всех известных маркеров целиакии, поэтому динамика их снижения менее показательна. В течение первого года наблюдения концентрация их уменьшилась в 1,7 раз, на втором году – в 2,7 раз, но ниже нормативных значений их показатели не снизились.

Выводы. Безглютеновая диетотерапия у детей проводится в большей части случаев с погрешностями. Изменения стула и дерматиты на безглютеновой диетотерапии купируются на первом году элиминационной диетотерапии. Наиболее демонстративным маркером успешности безглютеновой диетотерапии являются антитела к тканевой трансглутаминазе, концентрация которых снизилась в 31 раз в среднем.

Литература:

1. Логинов, А.С. Болезни кишечника: Руководство для врачей / А.С. Логинов, А.И. Парфенов, М.: Медицина, 2009.– 631 с.
2. Ревнова, М.О. Целиакия у детей: клинические проявления, диагностика, эффективность безглютеновой диеты: Автореф. дис. ... д - ра мед. наук / Ревнова Мария Олеговна. - СПб., 2005. - 39 с.
3. Fasano, A. Current approaches to diagnosis and treatment of celiac disease: an evolving spectrum / A. Fasano, A. Catassi // Gastroenterology. - 2001. - Vol. 120. - P. 636-651.