

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00192&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00192. Целіакія

Автор: Tuire Ilus

Редактор оригінального тексту: Jukkapekka Jousimaa

Дата останнього оновлення: 2016-08-31

Основні положення

- Клінічна картина целіакії змінилася: зараз класична мальабсорбція зустрічається рідко, а діагноз ставиться на основі легких гастроінтестинальних симптомів та асоційованих станів.
- Тест на антитіла можна використовувати в якості скринінгу, але за нормальних обставин діагноз має підтверджуватися біопсією тонкого кишечника, проведеною під час гастроскопії.
- Слід заохочувати пацієнта до дотримання суворої безглютенової дієти.

Визначення

- При целіакії харчовий глютен викликає запалення слизової оболонки тонкого кишечника, внаслідок чого у генетично схильних до цього осіб розвивається атрофія ворсинок та гіперплазія крипт. Пошкодження зворотне за умов дотримання безглютенової дієти, проте рецидивує, якщо пацієнт знову починає вживати глютенівмісну їжу.
- Целіакія також маніфестує як шкірне захворювання (герпетиформний дерматит) [настанова 00271] Хронічні бульозні (пухир...), при якому свербіж та блискуча висипка з'являється переважно на ліктях (малюнок [зображення 00552] Dermatitis herpetiformis...), колінах (малюнок [зображення 00133] Dermatitis herpetiformis...) і сідницях. У випадку герпетиформного дерматиту відбувається ураження тонкого

кишечника, що схоже на таке при целіакії, проте воно має більш легкий перебіг. Діагностичною ознакою є наявність відкладань гранулярного IgA у біоптатах, взятих з ділянок неуразеної шкіри.

Симптоми

- Найтипівіші симптоми: діарея або неоформлені випорожнення, флатуленція, схуднення, та, у дітей, затримка у фізичному розвитку.
- Симптоми часто невиражені та нагадують такі при синдромі подразненого кишечника.
- Найчастіша ознака мальабсорбції - анемія, що може бути спричинена дефіцитом заліза (гіпохромна, мікроцитарна) або дефіцитом фолієвої кислоти (макроцитарна) або дефіцитом обох цих компонентів. Дефіцит вітаміну B₁₂ менш поширений.
- Може виникати мальабсорбція кальцію, що призводить до остеопорозу.
- Атипові симптоми наступні: дефект емалі постійних зубів, виразки слизової рота (афти), і симптоми зі сторони суглобів.
- Неврологічні симптоми (атаксія, полінейропатія, погіршення пам'яті) або повторні спонтанні викидні також можуть виникати внаслідок целіакії.
- Рівень печінкових ферментів (амінотрансфераз) може бути підвищеним у випадку нелікованої целіакії
[настанова 00213] Оцінка стану пацієнта (-...)].
- Асимптомну целіакію можна виявити випадково при рутинній біопсії слизової тонкого кишечника, зробленої під час гастроскопії, або шляхом тесту на антитіла в якості скринінгу у групах ризику.

Групи ризику

- Близько у 10% родичів першої лінії діагностується целіакія.
- У пацієнтів із дефіцитом IgA ризик виникнення целіакії в 10 разів більший, ніж у загальній популяції.
- Пацієнти із аутоімунними захворюваннями: цукровий діабет I типу [настанова 00492] Первинні та диспансерні ...], аутоімунні захворювання щитовидної залози [настанова 00512] Аутоімунний тиреоїдит], синдром Шегрена [настанова 00448] Первинний синдром Шегрен...], синдром Дауна [настанова 00676] Синдром Дауна], вогнищева алопеція [настанова 00291] Випадіння волосся].

Поширеність

- Поширеність діагностованої целиакії у дорослого населення Фінляндії становить 0,6%, але згідно з даними скринінгових досліджень 1% дітей, 2% дорослих, і до 2,7% людей похилого віку хворіють на дану патологію.
- 60–75% пацієнтів — жінки; герпетиформний дерматит частіше виникає у чоловіків, ніж у жінок.
- Сьогодні целиакія найчастіше діагностується у людей віком від 30 до 50 років або у дітей.
- Герпетиформний дерматит виникає приблизно у кожного шостого пацієнта із целиакією.

Діагностика

- Людям із малою кількістю симптомів та тим, хто відноситься до групи ризику, варто провести скринінг шляхом тесту на наявність антитіл.
 - Первинне дослідження — визначення сироваткового рівня IgA-антитіл до трансглютамінази.
 - У незрозумілих випадках слід визначити рівень високоспецифічних антитіл до ендомізів.
 - Визначення рівня антитіл до дезамінованих пептидів гліадину (DPGAbA) також можна використовувати для скринінгу целиакії, особливо у маленьких дітей; у пацієнтів, які відносяться до інших груп, чутливість та специфічність даного тесту подібна на таку при визначенні антитіл до трансглютамінази.
 - У пацієнтів із дефіцитом IgA слід визначати рівень IgG-антитіл.
- Як правило, діагноз слід підтверджувати біопсією тонкого кишечника чи шкіри.
 - Під час гастроскопії матеріал для біопсії слід брати якомога дистальніше.
 - Не варто починати безглютенову дієту до підтвердження діагнозу біопсією, оскільки під час дієтичного лікування важко поставити діагноз.
 - За наявності герпетиформного дерматиту матеріал для біопсії береться з ділянок неуразеної шкіри.

- Пошкодження тонкокишкових ворсинок розвивається виключно під час подальшого спостереження. У пацієнтів із позитивним результатом тесту на антитіла, але нормальною слизовою тонкого кишечника (латентна целіакія) за умови продовження ними вживання глютену, майже завжди в подальшому (за даними біопсії) виявляють характерні для целіакії атрофію ворсинок та гіперплазію крипт.
- В незрозумілих випадках пацієнту варто дотримуватися звичайної дієти та повторити біопсію тонкого кишечника через 1–2 роки.

Принципи діагностики

- Біопсію тонкого кишечника (або шкіри, за наявності герпетиформного дерматиту) слід робити завжди за наявності переконливих підозр щодо наявності захворювання. Тест на наявність антитіл може підтвердити діагноз, але негативний результат не виключає целіакію повністю.
- Якщо симптоми легкі чи атипові, в першу чергу слід робити тест на наявність антитіл, а гастроскопію проводити у хворих із виявленими антитілами.
- Тест на наявність антитіл та біопсія тонкого кишечника повинна проводитися під час дотримання пацієнтом звичайної дієти. Якщо хворий дотримується безглютенової дієти, він/вона має повернутися до глютенвмісної дієти за 3 місяці до взяття зразків.
- У більшості пацієнтів з целіакією виявляється HLA DR3-DQ2 або DR18-DQ8 гаплотип; їх відсутність виключає можливість целіакії. Однак дані генотипи розповсюджені в популяції, тому генетичний тест слід проводити тільки для виключення целіакії; позитивний результат не має діагностичного значення.
- Слід з обережністю проводити біопсію з метою отримання матеріалу високого класу: зразки, вирізані під кутом, можуть давати хибне враження нормальності щодо кишкових ворсинок або, з іншого боку, можуть призвести до хибно позитивного результату. У випадку суперечливого результату варто попросити досвідченого патологоанатома провести повторне дослідження.

Лікування

- Лікування складається з пожиттєвої безглютенової дієти і виключення з раціону пшениці, жита, ячменю та всіх продуктів, що містять ці злаки.
- Початкові рекомендації пацієнтам мають надаватися дієтологом після постановки діагнозу, а в подальшому — за потреби.
- Безглютеновий овес підходить для більшості пацієнтів з целиакією або герпетиформним дерматитом [доказ 02133 В], але у пацієнтів з надвисокою чутливістю симптоми можуть виникати навіть за відсутності пошкодження ворсинок тонкого кишечника.
- Лікування герпетиформного дерматиту починається із дапсону. Лікувальний процес варто проводити дерматологу.

Коментар експерта. Лікарський засіб дапсон станом на 13.05.2019 в Україні не зареєстрований

- За умови дотримання безглютенової дієти симптоми зазвичай зникають за кілька тижнів або місяців. Шкірні симптоми, однак, зникають повільніше: навіть при дотриманні безглютенової дієти потрібно приймати дапсон протягом 1–2 років.
- У пацієнтів, які вживають продукти із безглютеновим пшеничним крохмалем, тонкокишкові ворсинки відновлюються до нормального стану.
- Нове рішення Європейської Комісії змінило термінологію щодо безглютенової дієти та безпечних рівнів глютену у продуктах для людей з целиакією [веб|<http://eur-lex.europa.eu...>].
 - Якщо вміст глютену не перевищує 20 мг/кг, продукт отримує маркування “безглютеновий”. Якщо вміст глютену перевищує 20 мг/кг, але менший за 100 мг/кг, продукт отримує маркування “з низьким вмістом глютену”.

Подальше спостереження

- Зниження рівня антитіл свідчить про суворе дотримання пацієнтом безглютенової дієти. Однак це не гарантує відновлення слизової кишківника, що має бути підтверджено повторною біопсією приблизно через рік від початку дієти. Відповідно, якщо симптоми мальабсорбції відсутні, потреби у регулярному повторному проведенні ентероскопії немає. До підтвердження ефективності

дієтичного лікування пацієнт має знаходитись під спостереженням за місцем встановлення діагнозу. В подальшому повторний огляд можна проводити в первинній медичній допомозі.

- У більшості випадків герпетиформного дерматиту немає потреби в проведенні повторної біопсії, оскільки зникнення висипки є достатньою ознакою успіху лікування.
- У дітей достатньо зникнення антитіл; повторні біопсії потрібні тільки у незрозумілих випадках.
- Пацієнт, зазвичай, починає порушувати дієту у випадку відсутності регулярних повторних оглядів. Тому рекомендовано відвідувати первинну медичну допомогу кожні 2–3 роки, а огляд має включати перевірку симптомів целіакії або супутніх захворювань. Загальний аналіз крові та тест на антитіла проводиться з метою підтвердження дотримання пацієнтом лікування та виявлення мальабсорбції.

Рефрактерна целіакія

- Найчастішою причиною неефективного лікування є погана дієта. Пацієнти можуть свідомо не дотримуватися безглютенової дієти, але навіть випадкове вживання невеликої кількості глютену веде до відсутності зменшення рівня антитіл та недостатнього відновлення слизової тонкого кишечника.
- У рідкісних випадках неефективність безглютенової дієти спричинена помилковим діагнозом. Інші захворювання тонкого кишечника також можуть викликати атрофію ворсинок; якщо виникають проблеми, необхідно проконсультуватися із спеціалістом.
- Якщо симптоми зберігаються навіть за відновлення слизової тонкого кишечника, у пацієнта можуть бути інші захворювання шлунково-кишкового тракту, такі як мікроскопічний коліт [настанова 01101] Мікроскопічний коліт або синдром подразненого кишечника [настанова 00184] Функціональні захворюван...].
- Якщо атрофія ворсинок тонкого кишечника та симптоми мальабсорбції не коригуються суворою безглютеновою дієтою протягом 1–2 років або якщо виникає рецидив після гарної відповіді на лікування, у пацієнта має місце рефрактерна целіакія. Ризик рефрактерної целіакії особливо високий у пацієнтів, яким був поставлений діагноз в похилому віці, з вираженими “кишковими” симптомами та явними ознаками мальабсорбції.
 - Існує 2 підтипи рефрактерної целіакії.

- При типі 2 аномальне запалення клітин виявляється в тонкому кишечнику, і у половини пацієнтів протягом 4–6 років розвивається лімфома тонкого кишечника (EATL або Т-клітинна лімфома, асоційована із ентеропатією).
- При типі 1 запальні клітини тонкого кишечника схожі на ті, що знаходять при неускладненій целіакії, а прогноз значно кращий.
- Рефрактерна целіакія та лімфома тонкого кишечника має діагностуватися та лікуватися в спеціалізованих закладах.

Діагноз та порядок лікування целіакії

- Скринінг груп ризику проводиться первинною медичною допомогою.
- Діагностичні дослідження проводяться в закладі із можливістю проведення гастроскопії та біопсії зразків з тонкого кишечника.
- Діагнози целіакії у дітей та герпетичного дерматиту ставляться фахівцями.
- Пацієнтам із герпетичним дерматитом, які отримують дапсон, слід перебувати під спостереженням дерматолога. Якщо висипка контролюється безглютеновою дієтою, пацієнт може спостерігатися первинною медичною допомогою.
- Дієтологу обов'язково слід надавати рекомендації на момент виявлення діагнозу та через 1–6 місяців дотримання безглютенової дієти.
- Будь-які ускладнення слід оцінювати та лікувати в спеціалізованих закладах.

Соціальний захист

- Дітям з целіакією надається грошова допомога по інвалідності до досягнення 16 років.
- Дієтичний грант, який раніше виплачували дорослим, був скасований 1.01.2016.

Пов'язані ресурси

- Література пов'язані
[00392] [Coeliac disease – Relate...]

Джерела інформації

- R9. Rubio-Tapia A, Van Dyke CT, Lahr BD et al. Predictors of family risk for celiac disease: a population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6(9):983-7. [PubMedID|18585974].
- R10. Collin P, Mäki M, Keyriläinen O et al. Selective IgA deficiency and coeliac disease. *Scand J Gastroenterol* 1992;27(5):367-71. [PubMedID|1529270]
- R11. Virta LJ, Kaukinen K, Collin P. Incidence and prevalence of diagnosed coeliac disease in Finland: results of effective case finding in adults. *Scand J Gastroenterol* 2009;44(8):933-8. [PubMedID|19492246]
- R12. Mäki M, Mustalahti K, Kokkonen J et al. Prevalence of Celiac disease among children in Finland. *N Engl J Med* 2003;348(25):2517-24. [PubMedID|12815137]
- R13. Lohi S, Mustalahti K, Kaukinen K et al. Increasing prevalence of coeliac disease over time. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26(9):1217-25. [PubMedID|17944736]
- R14. Vilppula A, Kaukinen K, Luostarinen L et al. Increasing prevalence and high incidence of celiac disease in elderly people: a population-based study. *BMC Gastroenterol* 2009;9():49. [PubMedID|19558729]
- R15. Hill ID. What are the sensitivity and specificity of serologic tests for celiac disease? Do sensitivity and specificity vary in different populations? *Gastroenterology* 2005;128(4 Suppl 1):S25-32. [PubMedID|15825123]
- R16. Lewis NR, Scott BB. Meta-analysis: deamidated gliadin peptide antibody and tissue transglutaminase antibody compared as screening tests for coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2010;31(1):73-81. [PubMedID|19664074]
- R17. Peräaho M, Kaukinen K, Mustalahti K et al. Effect of an oats-containing gluten-free diet on symptoms and quality of life in coeliac disease. A randomized study. *Scand J Gastroenterol* 2004;39(1):27-31. [PubMedID|14992558]
- R18. Peräaho M, Kaukinen K, Paasikivi K et al. Wheat-starch-based gluten-free products in the treatment of newly detected coeliac disease: prospective and randomized study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17(4):587-94. [PubMedID|12622768]
- R19. Al-Toma A, Verbeek WH, Hadithi M et al. Survival in refractory coeliac disease and enteropathy-associated T-cell lymphoma: retrospective evaluation of single-centre experience. *Gut* 2007;56(10):1373-8. [PubMedID|17470479]

Настанови

- [Настанова 00271](#). Хронічні бульозні (пухирні) дерматози (герпетиформний дерматит, пемфігоїд).
- [Настанова 00213](#). Оцінка стану пацієнта (-ки) з аномальними результатами печінкових проб.
- [Настанова 00492](#). Первинні та диспансерні обстеження у пацієнтів з цукровим діабетом 1 типу.
- [Настанова 00512](#). Аутоімунний тиреоїдит.
- [Настанова 00448](#). Первинний синдром Шегрена.

- [Настанова 00676](#). Синдром Дауна.
- [Настанова 00291](#). Випадіння волосся.
- [Настанова 01101](#). Мікроскопічний коліт.
- [Настанова 00184](#). Функціональні захворювання кишківника та синдром подразненого кишківника (СПК).

Зображення

- [Зображення 00552](#). Dermatitis herpetiformis on the skin of the elbow region.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd Raimo Suhonen

- [Зображення 00133](#). Dermatitis herpetiformis on the knees.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd Raimo Suhonen

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 02133](#). Oats in coeliac diet.
Дата оновлення: 2003-08-08
Рівень доказовості: B
Резюме: Consumption of oats does not appear to cause villous atrophy in patients with coeliac disease.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00192 Ключ сортування: 008.084 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-08-31

Автор(и): Tuire Ilus Автор(и) попередніх версій статті: Pekka CollinOlavi Keyriläinen Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilka Salmén Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Gastroenterology Nutritional medicine

Ключові слова індексу

ісрс-2: D99 mesh: Celiac Disease Coeliac disease speciality: Gastroenterology mesh: Gluten mesh: gluten-free diet
speciality: Internal medicine speciality: Nutritional medicine mesh: Abdominal Pain mesh: anti-gliadin antibody
mesh: Avena sativa mesh: Biopsy mesh: care subvention mesh: Child mesh: Dermatitis Herpetiformis mesh: Diarrhea
mesh: Diet mesh: DQ8 mesh: endomysium antibodies mesh: Enteritis mesh: Gastroscopy mesh: HLA-DQ2
mesh: Hordeum mesh: IgA Deficiency mesh: Immunoglobulin A mesh: intestinal villi mesh: Lactose Intolerance
mesh: Lymphoma mesh: Malabsorption Syndromes mesh: Mass Screening mesh: Osteoporosis mesh: Secale cereale
mesh: small bowel biopsy mesh: small bowel lymphoma mesh: transglutaminase antibodies mesh: Triticum
mesh: villus atrophy