

ОТЗЫВ

Кондратьевой Елены Ивановны, официального оппонента, доктора медицинских наук, профессора, заведующей научно-клиническим отделом муковисцидоза ФГБНУ «Медико-генетический научный центр» на диссертацию Бавыкиной Ирины Анатольевны на тему: «Нутритивный статус и оптимизация диетотерапии у детей с непереносимостью глютена», представленную на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.08 – педиатрия.

Актуальность темы.

В настоящее время стало очевидно, что реакции на глютен не ограничиваются развитием только целиакии, напротив, выделяется целый спектр расстройств, патогенетически связанных с непереносимостью глютена (Sarone A. et al., 2012-2014). Все эти расстройства делятся на три большие группы: аутоиммунная непереносимость глютена (собственно целиакия и т.н. аутоиммунные заболевания, часто ассоциированные с целиакией – сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит, герпетиформный дерматит, глютенная атаксия, глютенная полинейропатия), аллергическая непереносимость глютена (пищевая, респираторная, WDEIA, контактная крапивница) и неаутоиммунные/неаллергические (нецелиакийная непереносимость глютена или гиперчувствительность к глютену) (Catassi C et al., 2013). И если о частоте целиакии, как в общей популяции, так и в группах риска (ассоциированные аутоиммунные заболевания, дефицитные состояния – остеопороз, анемия, задержка физического развития) имеются определенные представления на примере отдельных небольших популяций (J. Y. Kang, 2013), то о распространенности нецелиакийной непереносимости глютена информация отсутствует, поскольку сейчас исследовательский фокус направлен на изучение особенностей патогенеза и оптимизации диагностики данного состояния.

Эпидемиологические исследования, проведенные в Европе и США, свидетельствуют, что распространенность целиакии колеблется в пределах 0,5-1% в общей популяции населения (Rostom A., Murray J.A., Kagnoff M.F., 2006; Green P.H., Ch.Cellier, 2007; Rodrigues A.F., Jenkins H.R., 2008; Rubio-Tapia A. et al., 2009). Распространённость чувствительности к глютену не известна, но по оценкам экспертов она не меньше, чем целиакии. Симптомы её чрезвычайно разнообразны и во многом схожи с проявлениями целиакии, зачастую дифференцировать их друг от друга представляет достаточно сложную задачу. К сожалению, эта форма непереносимости практически не известна врачам-педиатрам и, соответственно, мало диагностируется.

Главная роль в лечении Ц и профилактике ее осложнений принадлежит строгой пожизненной безглютеновой диете (Лаврова Т.Е., 2004; Ревнова М.О., 2004; Аверкина Н.А., Потапов А.С., Боровик Т.Э., Рославцева Е.А., 2004). Безглютеновая диета не всегда способствует быстрому устранению дефицитных состояний, связанных с синдромом мальабсорбции. Частота выявляемых дефицитных состояний, в том числе нутритивной недостаточности, задержки роста, требует адекватной терапии.

Важно то, что при целиакии соблюдение диеты должно быть пожизненным и строгим, а пациенты с чувствительностью к глютену после длительной многолетней диетотерапии могут в дальнейшем вернуться к употреблению глютеносодержащих продуктов. Но, такая длительная и такая строгая диета приводит большому психологическому и физическому напряжению и у ребёнка и в семье, часто бывает сложно обеспечить качественный и сбалансированный состав рациона питания ребёнка, не говоря уже о финансовых затратах.

Подавляющее большинство исследований посвящены периоду активных клинических проявлений. Имеется явный дефицит работ, посвящённых оценке нутритивных нарушений при большом стаже заболевания и длительной БГД, когда клинические проявления отсутствуют или минимальны, а негативные факторы диеты имеются. Непереносимость глютена и длительная БГД могут