Целиакия

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K90.0, K90.4 · Союз педиатров России, Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация медицинских генетиков

Целиакия — системное иммуноопосредованное заболевание у генетически предрасположенных людей, возникающее при употреблении глютена пшеницы, ржи и ячменя. Рекомендация описывает отбор детей и пациентов из групп риска на обследование, серологическую и морфологическую диагностику, пожизненную безглютеновую диету и диспансерное наблюдение.

Главное

- Диагноз нельзя ставить только по симптомам: клиника варьирует от тяжелой мальабсорбции до внекишечных и бессимптомных форм; нужна совокупная оценка клиники, серологии, морфологии и при необходимости HLA-типирования.
- На обследование направляют пациентов с ЖКТ-жалобами (диарея, стойкие запоры, боли в животе, увеличение живота, метеоризм, тошнота, рвота, потеря массы тела, изменение поведения) и дополнительными жалобами: дефицит массы/отставание в росте, задержка полового развития, стойкая анемия, высыпания, витилиго, алопеция, дефекты эмали и множественный кариес, боли в костях/суставах, афтозный стоматит, раздражительность, утомляемость, нарушения менструального цикла; также селективно обследуют группы риска. УДД 5, УУР С.
- Первичный серологический тест — anti-tTG IgA плюс общий IgA; при подтвержденном дефиците IgA используют anti-tTG IgG и IgG к деамидированным пептидам глиадина. УДД 5, УУР С.
- У ребенка с клиникой целиакии и anti-tTG IgA более чем в 10 раз выше верхней границы нормы диагноз обычно подтверждают без биопсии при положительных EMA IgA; рутинная ЭГДС с биопсией в такой ситуации не нужна. УДД 5, УУР С.
- Если нужна морфологическая верификация, при ЭГДС следует брать не менее 4 биоптатов из дистальной 12-перстной кишки и 1–2 из луковицы; для патолого-анатомической диагностики рекомендованы критерии: соотношение ворсина/крипта <2:1 и/или МЭЛ >25 на 100 энтероцитов. УДД 5, УУР С.
- Единственное лечение — строгая пожизненная безглютеновая диета; она обязательна и при симптомной, и при бессимптомной подтвержденной целиакии. УДД 5/4, УУР С.
- После постановки диагноза наблюдение пожизненное: в первый год осмотр обычно каждые 3–6 месяцев, затем при клинико-серологической нормализации в среднем 1 раз в год; anti-tTG контролируют через 3/6 и 12 месяцев, затем ежегодно. УДД 5, УУР С.

Диагностика

1. Заподозрите целиакию при ЖКТ-жалобах, задержке роста/массы, задержке полового развития, стойкой анемии, кожных проявлениях, витилиго, алопеции, дефектах эмали, болях в костях/суставах, афтозном стоматите, утомляемости, нарушениях менструального цикла; обследуйте также группы риска. УДД 5, УУР С.
2. На осмотре всем пациентам оцените рост, массу тела, при необходимости окружность головы, соматический статус и при показаниях неврологический статус; это делают и при первичной диагностике, и при наблюдении. УДД 5, УУР С.
3. Начните с anti-tTG IgA и общего IgA; быстрые POC-тесты допустимы только для скрининга, положительный результат не ставит диагноз и не является основанием переводить ребенка на безглютеновую диету. УДД 5, УУР С.
4. При дефиците общего IgA определяйте anti-tTG IgG и IgG к деамидированным пептидам глиадина; изолированное повышение anti-tTG IgG при нормальном IgA не является специфичным маркером целиакии. УДД 5, УУР С.
5. Если anti-tTG IgA ♡ верхних границ нормы и EMA IgA нормальные, повторяйте anti-tTG IgA на фоне глютенсодержащей диеты с интервалом 1–3–6 месяцев; рост антител или появление симптомов — показание к ЭГДС с биопсией. УДД С, УУР 5.

6. При повышенных специфических антителах рекомендована ЭГДС с биопсией для верификации, кроме ситуаций диагностики без биопсии. УДД 5, УУР С. Marsh 2 или 3А–С у серопозитивного пациента достаточно для диагностики, Marsh 1 сам по себе диагноз не подтверждает.
7. HLA-DQ2/DQ8 не применяйте как скрининг: эти гаплотипы есть примерно у 30% здоровых. Используйте HLA при неясном диагнозе, обследовании уже на безглютеновой диете без протокола диагностики или расхождении серологии и гистологии; отсутствие HLA-DQ2/DQ8 исключает целиакию в 98–99% случаев. УДД 5, УУР С.

Лечение

- Назначьте строгую пожизненную безглютеновую диету после подтверждения диагноза. УДД 5/4, УУР С.
- Исключите явный и скрытый глютен: пшеницу, рожь, ячмень и продукты с их производными; безопасные безглютеновые продукты должны содержать не более 20 ppm, то есть 20 мг/кг готового продукта.
- Овес лучше исключить, кроме специального безглютенового овса; его пробное введение возможно только под контролем симптомов и динамики специфических антител. УДД 5, УУР С.
- Контролируйте 25-OH витамин D, по показаниям железо, кальций, фолиевую кислоту, витамин B12; выявленные дефициты корректируйте. УДД 5, УУР С.
- При нутритивной недостаточности, не исправляемой рационом и безглютеновой диетой, рассмотрите энтеральное питание, а при невозможности — парентеральное. УДД 5, УУР С.
- При тяжелом течении с выраженной белково-энергетической недостаточностью возможно назначение системных кортикостероидов: преднизолон 1 мг/кг/сут на 10–14 дней с постепенной отменой. УДД 5, УУР С.
- При выраженной диарее можно использовать кишечные адсорбенты; лоперамид не применяйте из-за риска пареза кишечника. УДД 5, УУР С.
- При «целиакийном кризе» и вторичной экссудативной энтеропатии проводите посиндромную парентеральную коррекцию: электролиты с углеводами, 20% альбумин человека; при стойкой анорексии возможен короткий курс парентерального питания. УДД 5, УУР С.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с симптомами, anti-tTG IgA >10 верхних границ нормы и диагностическим титром EMA направьте к гастроэнтерологу с опытом ведения целиакии для постановки диагноза, в том числе без биопсии. УДД 5, УУР С.
- Госпитализация показана, если нужны сложные инвазивные диагностические вмешательства с наблюдением, стационарная диагностика/лечение/реабилитация или есть сопутствующая патология либо осложнения, требующие стационара.
- Экстренная или неотложная госпитализация нужна при тяжелом синдроме мальабсорбции с водно-электролитными нарушениями, тяжелой недостаточностью питания, других осложнениях целиакии, тяжелом течении сопутствующих заболеваний или жизнеугрожающих состояниях.
- При среднетяжелом и легком течении, если нужно провести диагностическую программу, терапию и оценить эффект безглютеновой диеты, помощь может оказываться в дневном стационаре.
- В сомнительных диагностических ситуациях пациента следует направить в учреждение экспертного уровня.

Частые вопросы

Можно ли поставить диагноз целиакии без биопсии?

Да, у ребенка с симптомами, anti-tTG IgA >10 верхних границ нормы и положительными EMA IgA диагноз в большинстве случаев ставит опытный специалист без ЭГДС с биопсией. В дальнейшем диагноз подтверждают снижением антител и клиническим ответом на безглютеновую диету.

Какие анализы сдать первыми при подозрении на целиакию?

Первично определяют anti-tTG IgA и общий IgA. Если общий IgA низкий, используют anti-tTG IgG и IgG к деамидированным пептидам глиадина.

Нужен ли HLA-DQ2/DQ8 всем пациентам?

Нет, HLA-типирование не является скринингом и не нужно при положительном титре anti-tTG IgA и подтвержденной биопсией целиакии или при anti-tTG IgA >10 верхних границ нормы и наличии EMA. Оно полезно при неясном диагнозе; отсутствие HLA-DQ2/DQ8 исключает целиакию в 98–99% случаев.

Какие продукты строго исключить при целиакии?

Исключают продукты из пшеницы, ржи и ячменя, а также продукты со скрытым глютеном. Овес допустим только специальный безглютеновый и под контролем симптомов и антител.

Как наблюдать пациента после постановки диагноза?

Наблюдение пожизненное: в первый год обычно осмотр каждые 3–6 месяцев, затем при нормализации симптомов и серологии примерно ежегодно. anti-tTG проверяют через 3/6 и 12 месяцев, после нормализации — ежегодно.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/404-celiakiya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/404_2