УДК 616. 34-002. 31-002

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

СОСТОЯНИЕ МЯГКИХ И ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

***ГБОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск**
***Иркутский областной клинический консультативно-диагностический центр, г. Иркутск**

Резюме: *Показаны результаты сравнительного обследования 44 детей с целиакией, диагноз которой был поставлен на основании обнаружения антител к глиадину и к тканевой трансглутаминазе и подтвержден при биопсии кишки. В контрольной группе из 46 детей обнаружены антитела к глиадину, но диагноз целиакии не подтвержден при морфологическом описании биоптата слизистой дистального отдела 12-перстной кишки. При осмотре полости рта у детей с морфологически подтвержденной целиакией чаще встречались такие симптомы как: бледность слизистых, глоссит Хантера, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гипоплазия эмали зубов. Такие симптомы должно нацелить врача-стоматолога на диагностику целиакии.*
Ключевые слова*: целиакия, хроничесй рецидивирующий афтозный стоматит, зубы, глоссит Хантера.*

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

THE SOFT AND HARD TISSUES OF THE ORAL CAVITY IN CELIAK DISEASE IN CHILDREN

Summary: *The paper presents the survey data of the mouth and teeth 44 children with a confirmed diagnosis of celiac disease and 46 children in the control group. The study found a direct relationship was mucous and pathological state of the mucous membranes of the oral cavity and teeth, which is expressed in mucosal pallor, glossitis Hunter, recurrent stomatitis, and dental enamel defect.*
Keywords: *celiac disease, children, enamel defect, teeth, glossitis Hunter recurrent stomatitis.*

Введение. Целиакия - генетически детерминированное заболевание, связанное с непереносимостью белков клейковины (глютена) пшеницы, ржи и ячменя у лиц с DQ2/8 по системе HLA. Поступление глютена в кишечник провоцирует у них иммунное воспаление и формирование атрофии слизистой оболочки (СО) тонкой кишки с синдромом мальабсорбции.

Многообразие клинических проявлений целиакии и трудности диагностического процесса при ее латентном и атипичном течении приводят к поздней постановке диагноза, либо больные наблюдаются у разных специалистов до конца дней. В то же время, безглютеновая диета через 6-12 месяцев полностью устраняет все симптомы болезни [2, 7].

На сегодняшний день распространенность глютеновой энтеропатии в большинстве стран мира оценена как составляющая приблизительно 1 : 100–1 : 250 или 0,5–1 % общей популяции [1, 7]. Интересные данные о прогнозируемой, сравнительной распространенности глютеновой энтеропатии в США опубликованы Национальным институтом здоровья в 2006 году. Так, если язвенным колитом страдает 500 тыс. американцев, болезнью Крона – 500 тыс. человек, рассеянным склерозом – 333 тыс., муковисцидозом – 30 тыс., то целиакией в Америке должно быть поражено не менее 3 млн. человек. И только у 3 % больных в США на сегодняшний день заболевание диагностировано и они получают адекватное лечение [3].

Распространенность целиакии была представлена в виде модели айсберга в 1991 году Р. Логаном. Выявленные клинические случаи заболевания условно расположены над ватерлинией, тогда как область ниже ватерлинии отражает количество случаев недиагностированной целиакии. Кроме того, существует особая область – так называемая латентная целиакия, лежащая в основании треугольника. Она отражает состояние потенциальной (генетической) предрасположенности к целиакии, которая может развиться в любой момент в ответ на различные триггерные воздействия (глютеновую нагрузку, снижение иммунитета, стрессы, перенесенную кишечную инфекцию и т.д.). Согласно концепции Р. Логана, соотношение диагностированных и не диагностированных случаев целиакии составляет 1 : 5–1 : 13 [4].

Проблема целиакии крайне актуальна еще и потому, что заболевание поражает не только тонкую кишку, но и становится причиной всевозможных функциональных расстройств и заболеваний желудочно-кишечного тракта и внекишечных органов (нервной, эндокринной, половой, костно-мышечной, психической сферы и т.д.) [1].

Проявления целиакии наблюдаются и в полости рта, как начальном участке пищеварительной системы. Однако широкой аудитории врачей стоматологов проблема целиакии известна мало. Знакомство стоматологической общественности с симптомами целиакии будет служить целям профилактики многих, ассоциированных с целиакией изменений мягких и твердых тканей зубов [5, 6].

С дефицитом витамина В12 и фолиевой кислоты связаны желтушность СО, боли и жжение языка, глоссит Хантера (появление на дорсальной поверхности языка болезненных ярко-красных участков воспаления, распространяющихся по краям и кончику языка, часто захватывающих весь язык, высыпание афт, атрофия сосочков языка («лакированный язык»), эрозии, десквамация эпителия (губ, щек, мягкого неба, небных дужек), уменьшение количества вкусовых луковиц в эпителии языка) [5].

С нарушением всасывания кальция и фтора ассоциируется остеопороз и его проявления в виде размягчения костных тканей, нарушения закладки и минерализации зачатков молочных и постоянных зубов, задержка в прорезывании зубов, а вследствие этого – патология окклюзии и зубочелюстные деформации. Часто встречаются субкомпенсированная и декомпенсированная формы кариеса, повышение патологической стираемости и ломкости зубов, ранняя их потеря и немотивированные переломы коронок зубов и трещины эмали. Дефицитом магния могут быть обусловлены парестезии и мышечные судороги, тетания [7]. При целиакии повышается кровоточивость десен, воспаление и боли в нижнечелюстном суставе (артриты), отмечается снижение секреции слюнных желез, глосситы, гематомы [6].

Таким образом, эти симптомы могут указывать на глютеновую энтеропатию и являются показанием для диагностического поиска.

Цель исследования. Выявить симптомы изменений мягких и твердых тканей полости рта у детей с серологически и морфологически подтвержденной целиакией.

Материалы и методы. Из реестра больных целиакией детей кафедры детских болезней ИГМУ было детально осмотрено 44 ребенка 1-15 лет, у которых диагноз целиакии был выставлен на основании клинических симптомов, обнаружения антител к глиадину и к тканевой трансглутаминазе, а также подтвержден при биопсии кишки (группа 1). В контрольную группу (группа 2) вошли 46 детей такого же возраста, у которых обнаружены антитела к глиадину, но диагноз целиакии не подтвержден при морфологичеком описании биоптата СО дистального отдела 12-перстной кишки. Статистический анализ результатов проведен традиционными методами: расчет средней арифметической (М), доверительных интервалов (ДИ), Z–критерия. Использован пакет программ « MS Excel for Windows», Statistica 6.0.

Результаты исследования. Результаты осмотра полости рта (таблица 1) у детей показали, что десквамация эпителия СО губ и щек встречается у большого количества детей обеих групп: у 84,1% детей с установленным диагнозом целиакии и у 76,1% детей, входящих в группу контроля.

Таблица 1

Сравнение частоты клинических признаков изменений в полости рта в зависимости от результатов морфологии биоптата кишечника (% [95% ДИ])

Клинический признак	N=44	Группа 1	N=46	Группа 2	Критерий z
Глоссит Хантера	5	11,4 [3,8-22,3]	3	6,5 [1,3-15,8]	2,6**
Задержка прорезывания зубов	3	6,8 [1,3-16]	4	8,7 [2,4-18,4]	1,2
Десквамация эпителия губ и щек	37	84,1 [72-93,3]	35	76,1 [62,9-87,2]	0,4
Хронический рецидивирующий афтозный стоматит	3	6,8 [1,3-16]	2	4,3 [0,4-12]	2,3*
Гипоплазия эмали зубов	3	6,8 [1,3-16]	2	4,3 [0,4-12]	2,3*
Переломы зубов	2	4,5 [0,4-12,5]	3	6,5 [1,3-15,3]	1,8

Множественный кариес	16	36,4 [22,2-50,6]	16	34,8 [21,0-48,6]	0,2
Бледность слизистой полости рта	22	50 [35,2-64,8]	14	30,4 [17,1-43,7]	2,3*
Боли в языке	3	6,8 [1,3-16]	4	8,7 [2,4-18,4]	1,2

* – различие статистически значимо: p<0,05; ** – различие статистически значимо: p<0,001.

Бледность слизистой полости рта обнаружена у половины детей с целиакией и у 30,4 % детей контрольной группы по причине латентного дефицита железа у тех и других. Латентный дефицит железа выявляется у половины детей до пяти лет в России и в развивающихся странах[2]. Различия по указанному признаку были статистически значимыми (p<0,05). Множественный кариес встречался с одинаковой частотой в обеих группах: у 36,4 % пациентов с целиакией и 34,8% детей контрольной группы (p>0,2). Этот симптом неспецифичен для целиакии и может являться следствием многих других причин.

Переломы зубов, запоздалое прорезывание молочных зубов обнаружены у очень небольшого количества детей – 4-8% в обеих группах. Эти симптомы не патогномоничны для целиакии. Статистически значимые различия получены нами при выявлении глоссита Хантера (болезненных ярко-красных участков воспаления на дорсальной поверхности языка). Он описан у 11,4% детей с целиакией [ДИ 3,8-22,3] и у 6,5% детей контрольной группы [ДИ 1,3-15,8] (p<0,01). Также достоверными признаками целиакии оказались такие симптомы как хронический рецидивирующий афтозный стоматит и гипоплазия эмали зубов (6,8% [95%1,3-16] против 4,3% [95%0,4-12] p<0,05).

Достоверные признаки для целиакии (глоссит Хантера, бледность слизистой оболочки полости рта, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гипоплазия эмали зубов) встречались, преимущественно, при манифестных клинических проявлениях целиакии. При малосимптомных (латентных) вариантах ее течения изменения мягких и твердых тканей полости рта не выявлялись. У детей контрольной группы в крови были найдены антитела к глиадину, а при морфологии биоптата повышенное количество межэпителиальных лимфоцитов, расцененное как проявление энтерита. Причина энтерита не верифицирована и не достаточно изучена.

Выводы. При осмотре полости рта обнаружение таких симптомов как: бледность слизистых, глоссит Хантера, хронические рецидивирующие афтозные стоматиты, гипоплазия эмали зубов должны нацелить врача-стоматолога на диагностику целиакии.

Литература:

1. Логинов, А.С. Болезни кишечника. Руководство для врачей / А.С. Логинов, А.И. Парфенов - М.: Медицина, 2009.- 631с.
2. Ревнова, М.О. Целиакия у детей: клинические проявления, диагностика, эффективность безглютеновой диеты: автореф. дис. ... д - ра мед. наук, С-Пб., 2005. - 39 с.
3. Celiac disease / WHO-OMGE: Practice guidelines // World Gastroenterology News. — 2006. — Vol. 10, Issue 2. — Suppl. 1-8.
4. Green, P.H. Celiac disease / P.H. Green, B. Jabri // Lancet. - 2003. -P. 383-391.
5. Oral Health Status and Salivary Properties in Relation to Gluten-free diet in children with celiac disease/ E.Shteyer, T.Berson, O.Lachmanovitz et al. //J. Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2013. - Jul; 57(1). -P.49-52.
6. Oral hygiene and periodontal treatment needs in children and adolescents with celiac disease in Greece / A. Tsami, P. Petropoulou, J. Panayiotou et al. // Eur. J. Paediatr Dent. -2010. - Sep; 11(3). - P. 122 - 126.
7. Oral signs in the diagnosis of celiac disease: review of the literature / M.R. Giuca, G. Cei, F. Gigli, P. Gandini // Minerva Stomatol. -2010. - Jan-Feb; 59(1-2). - P. 33 -43.