

4. **Максимовская Л. Н.** Распространенность и интенсивность кариеса зубов у лиц, живущих с ВИЧ / Л. Максимовская, А. Шатохин // Институт стоматологии.- Москва, 2004.-№3.-С.56-57

5. **Шатохин А. И.** Особенности организации амбулаторной стоматологической помощи больным ВИЧ-инфекцией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Москва, 2006.-21 с.

6. **Ющук Н. Д.** Проблемы ВИЧ-инфекции в стоматологии / Н. Ющук, Ю. Мартынов - 2-е изд., доп.- М.: Веди, 2003.-96 с.

7. **Coogan M., Greenspan J., Challacombe S.** Oral lesions in infection with human immunodeficiency virus // Bulletin of the World Health Organization | September 2005, 83 (9).-p.700-706

Поступила 21.03.11



УДК 616.34-036.1:612.017:616.31

О. А. Синьковская

Днепропетровская государственная медицинская академия

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

В работе представлены результаты клинического стоматологического обследования детей с целиакией и синдромом мальабсорбции. Необходимость изучения стоматологического статуса у данного контингента детей обусловлена функциональными, органическими изменениями как со стороны слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта, так и твёрдых тканей зубов с нарушением их структуры и порядка прорезывания.

Ключевые слова: целиакия, синдром мальабсорбции, зубы, дети, полость рта, стоматологические заболевания.

О. О. Сінковська

Дніпропетровська державна медична академія

СТОМАТОЛОГІЧНА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ У ДІТЕЙ З ЦЕЛІАКІЄЮ

В роботі представлені результати клінічного стоматологічного обстеження дітей з целіакією та синдромом мальабсорбції. Необхідність вивчення стоматологічного статусу у даного контингенту дітей обумовлена функційними органічними змінами як з боку слизової оболонки порожнини рота та тканин пародонту, так і твердих тканин зубів з порушенням їх структури та порядку прорізування.

Ключові слова: целіація, синдром мальабсорбції, порожнина рота, стоматологічні захворювання.

О. А. Sinkovskaya

Dnipropetrovsk State Medical Academy

DENTAL DISEASE IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE

The work presents the results of clinical dental examination of children with celiac disease and malabsorption syndrome. The need for the study of dental status in this group of children is caused by functional organic changes of the mucous membrane of the oral cavity and periodontal tissues and hard tooth tissues with the violation of their structure and order the dentition.

Key words: celiac disease, malabsorption syndrome, teeth, children, oral cavity, dental disease.

Одним из актуальных вопросов стоматологии является выявление взаимосвязи между изменениями органов полости рта и заболеваниями внутренних органов, так как правильное понимание причин патогенетических процессов в полости рта позволяет уточнить как диагностику, так и выбор рационального лечения и профилактики [1-4]. Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее распространенных патологических состояний детского возраста, в структуре общей заболеваемости составляют около 40 % и характеризуются рецидивирующим хроническим течением, приводящим нередко к инвалидизации [5, 6]. В первую очередь это касается существенного увеличения случаев врожденных и наследственно - обусловленных ферментопатий (целиакия (Ц), лактазная недостаточность и др.), сложной патогенетической основой которых является нарушение всасывания многих микро- и макронутриентов (синдром мальабсорбции - СМА) с последующим прогрессирующим нарушением обменных процессов и формированием сочетанной патологии многих систем, в первую очередь начального отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - органов и тканей полости рта [7-9].

Анатомическая и функциональная взаимосвязь между ЖКТ и органами полости рта обуславливает проявление тяжелой стоматологической патологии, особенно в условиях хронического процесса, сопровождающегося нарушением способности тонкого кишечника расщеплять и всасывать белки, жиры, дисахара, фолиевую кислоту, кальций, фосфор, вит. В12 и многие другие нутриенты [10], что влияет на формирование зубов как высокоминерализованных органов с нарушением их структуры, химического состава твёрдых тканей, порядка прорезывания, с развитием кариеса и некариозных поражений [11].

Патологические процессы, развивающиеся на фоне нарушенного всасывания в тонком

кишечнике, параллельно сопровождаются функциональными и органическими нарушениями и со стороны слизистой оболочки полости рта, тканей пародонта, твердых тканей зубов. Такая взаимосвязь осуществляется посредством анатомических, физиологических, гуморальных коммуникаций различных отделов ЖКТ и обусловлена, прежде всего, эмбриогенетически [3], так как они являются производными единой основы - эндодермальной выстилки первичной кишечной трубки. Поэтому симптомокомплекс отклонений, выявляемых при осмотре органов полости рта у ребёнка, может стать маркером таких заболеваний, как Ц и СМА, а их лечение нередко приводит к исчезновению или резкому уменьшению выраженности стоматологических проявлений [9, 10].

Исследования, проведенные среди пациентов с Ц и СМА, установили, что у взрослых и детей с данной патологией широко распространены некариозные поражения твёрдых тканей и кариес зубов [9-11].

В литературе достаточно подробно описаны проявления Ц и СМА в ротовой полости у взрослого контингента больных [10, 11]. Данные относительно детского контингента малочисленны и имеют разнонаправленный характер [9, 12]. Выявление характера стоматологической патологии у детей с Ц различных возрастных групп является одним из важных моментов при планировании и проведении как индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий, так и массовых региональных программ профилактики. В связи с этим продолжают оставаться актуальными вопросы изучения состояния органов полости рта у детей с СМА и Ц, изменений со стороны тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта, состава и свойств ротовой жидкости, твёрдых тканей зубов.

Цель настоящего исследования. Оценка стоматологического статуса у детей различных возрастных групп на фоне Ц и СМА.

Материалы и методы исследования. В работе представлен характер стоматологической патологии в результате обследования 83 детей (42 с первичными СМА, из них 23 - с Ц и 41 практически здоровый ребёнок – I-II группы здоровья) от 1 года до 17 лет. Основную группу составили дети с Ц (I гр.) и СМА (II гр.) и контрольную группу - дети без общесоматической патологии. Различия в количестве мальчиков и девочек как внутри основной, так и контрольной группы, было недостоверным, что стало основанием характеризовать структуру стоматологической патологии с учетом возраста в обеих группах.

Диагноз основного соматического заболевания у детей был установлен в гастроэнтерологи-

ческих отделениях, генетических центрах Днепропетровской обл., г. Киеве на основании соответствующих диагностических критериев. Со времени установления диагноза длительность болезни у детей на момент осмотра составляла от 1 года до 10 лет.

Клиническое стоматологическое обследование детей проводилось традиционными методами в стандартных условиях стоматологического кабинета. Результаты обследования заносились в специальные карты ВОЗ в модификации ГУ «Институт стоматологии АМН Украины».

Определение интенсивности кариеса зубов у детей проводилось соответственно рекомендациям ВОЗ (1989). При оценке соответствия сроков и парности прорезывания временных зубов ориентировались на данные Зуевой Т.Е. (2003).

Результаты исследований и их обсуждение. Структура выявленных стоматологических заболеваний у обследованного контингента детей, представленных в табл. 1, характеризуется широким спектром изменений органов полости рта. Данные сопоставления стоматологической заболеваемости детей основной (I и II) группы с контрольной показали, что наиболее распространённой патологией являются некариозные поражения твёрдых тканей зубов (78,26 % и 63,16 % соответственно) с высокой достоверностью по отношению контрольной группе ($p < 0,01$).

Необходимо также отметить, что показатель поражаемости кариесом зубов в группе детей с Ц составил 65,22 %, в то время как в контрольной группе детей он соответствовал 53,65 %.

Оценка соответствия сроков и парности прорезывания временных зубов выявила задержку прорезывания преимущественно у детей с Ц (60,87 %, $p < 0,01$) по отношению к больным с СМА (47,37 %). Особенностью детей с Ц явилось также достоверно более позднее прорезывание постоянных зубов (60,86 %), чем у детей с СМА (47,36 %).

У детей обеих групп выявлена склонность к различным воспалительным заболеваниям слизистой оболочки полости рта и губ как в первой (56,52 % - 21,74 % случаев), так и во второй группе (47,36 % - 21,05 %) с недостоверной разницей между ними. В группе детей с Ц проявления метеорологического хейлита встречалось в 43,47 % случаев. Частота выявления ангулярного хейлита в группе детей с Ц была выше, чем в группе детей с СМА – в 56,52 % случаев. В единичных случаях как у больных Ц, так и у здоровых детей, диагностирована короткая уздечка верхней губы / языка ($p > 0,05$).

Учитывая наиболее высокий удельный вес заболеваний твёрдых тканей зубов среди стоматологической патологии у обследованных детей с Ц и СМА в обеих группах (у 30 детей из 42 - 71,43 %), проведен анализ структуры поражае-

мости твёрдых тканей зубов у обследованных детей с учётом возраста (табл. 2).

Таблица 1

Структура стоматологической патологии у обследованных детей, (%)

Симптомы	I группа (n= 23)	II группа (n= 19)	Контрольная группа (n= 41)	P	P1	P2
Короткая уздечка верхней губы/ языка	21,74	26,32	17,07	>0,05	<0,05	<0,05
ХРАС	30,43	31,57	14,63	>0,05	<0,05	<0,05
Хронический катаральный глос- сит	43,4	31,57	24,39	>0,05	<0,01	>0,05
Метеорологический хейлит	43,47	36,84	19,51	>0,05	<0,05	<0,05
Ангулярный хейлит						
Некариозные поражения твёрдых тканей зубов	56,52	47,36	12,2	>0,05	<0,01	<0,05
Острый герпетический стоматит	21,74	21,05	12,2	>0,05	<0,05	<0,05
Некариозные поражения твёрдых тканей зубов	78,26	63,16	29,27	>0,05	<0,01	<0,05
Кариес зубов	65,22	57,89	53,65	>0,05	<0,05	>0,05
Позднее прорезывание временных зубов	60,87	47,37	26,83	<0,05	<0,01	<0,05
Позднее прорезывание постоян- ных зубов	60,86	47,36	17,07	<0,05	<0,01	<0,05
Заболевания тканей пародонта	34,78	36,84	25	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: P – достоверность различия между I и II группами детей.

P1 - достоверность различия со здоровыми детьми I группы, P2 - II группы.

Таблица 2

Структура поражаемости твёрдых тканей зубов у детей с Ц и СМА с учётом возраста, (%)

Нозологические формы	Возраст, лет			Всего 1 – 17 лет (n = 42)
	1-6 лет	7-12 лет	13-17 лет	
Некариозные поражения твёрдых тканей зубов (n =30)	23,32±1,2	40±1,24	36,68±1,14	71,43±1,27
Кариес зубов (n = 26)	23,08±1,7	30,77±1,04	46,15±1,27	61,9±1,14
Осложнённый кариес (n =16)	26,67±0,92	33,16±1,12	40,17±1,32	38,01±1,2
Сочетанное поражение твёрдых тканей зубов (n =15)	20±0,18	26,67±1,27	53,33±1,32	35,71±1,7

В структуре стоматологической патологии, у детей обеих групп, наибольший удельный вес составили некариозные поражения твёрдых тканей и кариес зубов (71,43 % и 61,9 % соответственно). У 16 детей диагностировано сочетанное поражение зубов кариесом и некариозными поражениями, при этом частота сочетанных поражений твёрдых тканей зубов была выявлена в 2 раза чаще в подростковом возрасте (в среднем 53 %), чем в младшем школьном (23 %). Тем не менее, изолированные поражения твёрдых тканей зубов с одинаковой частотой встречались в школьном возрасте у детей с Ц и СМА. В дошкольном и школьном возрасте частота некариозных поражений

твёрдых тканей и кариеса зубов была достоверно ниже, чем у детей старшего контингента.

Проведенный индивидуальный анализ показал, что множественный кариес преобладал у детей с тяжёлыми формами СМА и имел прямую достоверную корреляционную зависимость от тяжести болезни, возраста детей и выраженности степени дисбиоза полости рта ($r=+0,67$; $p<0,05$).

Рост интенсивности кариеса зубов у пациентов с Ц и СМА также зависил от возраста детей. Так, у обследованных детей интенсивность кариеса возрастала от $5,77\pm0,32$ у детей до 6 лет и до $8,57\pm0,25$ – в старшем школьном возрасте (табл. 3).

Таблиця 3

Заболієваемість каріесом зубів дітей с Ц і СМА, (М±m)

Возраст, лет	КПУ ₃ /кп ₃	кп _п	компонент к, %	компонент п, %	Осложнение каріеса, %
1 – 6	5,77 ± 0,32	6,67 ± 0,27	70,52 ± 3,97	29,48 ± 1,58	9,67 ± 0,70
7 – 12	6,56 ± 0,30	7,51 ± 0,37	54,75 ± 3,97	45,25 ± 1,67	12,38 ± 0,62
13 - 17	8,57 ± 0,25	6,85 ± 0,62	49,60 ± 3,90	50,4 ± 1,52	16,05 ± 0,70

Данные, приведенные в табл.3, демонстрируют, что интенсивность каріеса зубов у детей до 6 лет оказалась высокой и составила в индексе кп₃ – 5,77±0,32 и кп_п – 6,67±0,27 усл.ед. Осложнения по данной группе в компоненте к выявлены в 9,67±1,27 %. В группе детей 7-12-летнего возраста установлены высокие показатели интенсивности каріеса зубов (кп₃+КПУ₃ = 6,56±0,20, кп_п = 7,51±0,37), а в структуре индекса кп₃ компонент к (кариес) составил 54,75±3,97 %, а пломбированные зубы - всего лишь 45,25±1,67 %. Осложненный каріес в данной группе детей в компоненте к был выше, чем у детей до 6 лет и соответствовал 12,38±0,62 %.

Полученные результаты индексов интенсивности каріеса зубов у контингента детей 13 – 17 лет составили 8,57 ± 0,25 по зубам и 6,85 ± 0,62 по полостям. В структуре данного индекса кариозные поражения составили 49,60 ± 3,90 %, пломбы – 50,4 ± 1,52 %. Осложнения каріеса в структуре компонента к соответствовали 16,05 ± 1,27 %.

Анализируя данные проведенного исследования, установлено, что в период с дошкольного и до старшего школьного возраста в 1,5 раза возрастает интенсивность поражения каріесом, при этом процент осложнений каріеса увеличивается прямопропорционально в 1,7 раз. Полученные данные позволяют сделать заключение о высокой интенсивности каріеса зубов у детей, больных Ц и СМА, как во временном (5,77 усл.ед), сменном (6,56 усл.ед), так и в постоянном прикусе (8,57 усл.ед.).

В структуре некариозных поражений твёрдых тканей зубов (табл. 4) у детей с Ц и СМА преобладала гипоплазия, достигая 66,66 % случаев примерно с одинаковой частотой во всех возрастных группах. Также определялись единичные случаи клиновидных дефектов (10 %) и эрозии эмали в 23,34 % случаев у детей школьного возраста.

Таблиця 4

Структура заболеваемости некариозными поражениями твёрдых тканей зубов контингента детей с Ц и СМА в возрастном аспекте, (%)

Возраст, Лет	Гипоплазия эмали	Клиновидный Дефект	Эрозия эмали	Всего
1 – 6 лет	20	-	3,33	23,33
7 - 12лет	26,67	3,3	10	40,0
13 - 15 лет	20	6,67	6,67	36,67
Итого	66,66	10	23,34	100

Таким образом, стоматологическое обследование показало, что заболеваемость каріесом и некариозными поражениями твёрдых тканей зубов у детей больных Ц и СМА достаточно высока и с возрастом прогрессирует. Полученные данные позволили составить стоматологический симптомокомплекс ребенка больного Ц и СМА: метеорологический и ангулярный хейлит, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, хронический катаральный глоссит, каріес и некариозные поражения твёрдых тканей зубов, задержка сроков прорезывания временных и постоянных зубов. Полученные данные свидетельствуют о значимости раннего стоматологического обследования и более глубокого изучения особенностей состояния полости рта у детей на фоне Ц и

СМА с анализом лабораторных исследований, что важно как для диагностики, так и для необходимости разработки адаптированных лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению формирования и прогрессирования стоматологических заболеваний, что является важной составной частью качества жизни ребёнка.

Список литературы

1. Десятниченко К. С. О механизме взаимосвязи ротовой фазы пищеварения, состояния полости рта и желудочной секреции / К. С. Десятниченко, В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. - 2007. - №3. - С. 102-103.
2. Куцевляк В. Ф. Особенности течения некоторых заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне патологии желудочно-кишечного тракта / В.

Ф. Куцевляк, Л. И. Титова, К. Ф. Божко // Український стоматологічний альманах. - 2007. - №5. - С. 14-16.

3. **Цимбалістов А. В.** Патологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта / А. В. Цимбалістов, Н. С. Робакидзе // Стоматология для всех. - 2005. - №1. - С. 28-34.

4. **Павленко О. В.** Сучасні проблеми стоматологічного здоров'я населення України / О. В. Павленко, І. А. Головня, І. П. Мазур // Журнал практичного лікаря. - 2005. - № 5. - С. 8-13.

5. **Белоусов Ю. В.** Педиатрическая гастроэнтерология / Ю. В. Белоусов // Клинические лекции. - Харьков: Факт, 2007. - 373 с.

6. **Мусина, Н. Н.** Частота патологии полости рта, соматических заболеваний и их симптомов у пациентов стоматологической клиники г. Уфы / Н. Н. Мусина, Г. М. Биккинина, Э. Р. Исаков // Академический журнал Западной Сибири. - 2006. - №1. - С. 15-17.

7. **Литинская Т. О.** Целиакия: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, современные методы диагностики и лечения / Т. О. Литинская // Дерматология - 2008. - №2. - С. 7-10.

8. **Сабельникова Е. А.**, Диагностика «скрытых» форм целиакии и сочетанных с ней заболеваний / Е.

А. Сабельникова, А. И. Парфенов, С. В. Быкова, Р.Б. Гудкова, Н.А. Мельников // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - № 2. - 2004. - С.127.

9. **Снигирёва Д. Г.** Изменения слизистой оболочки, ротовой жидкости, органов полости рта у детей с целиакией и синдромом мальабсорбции / Д. Г. Снигирёва // Труды V съезда стоматологической ассоциации России. - Москва, 1999. - С. 188-190.

10. **Мдинаридзе Г. Н.** Состояние полости рта у больных воспалительными заболеваниями кишечника / Г. Н. Мдинаридзе, В. Г. Румянцев, Ю. М. Максимовский, М. Ю. Юрков // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2006. - №4. - С. 17-21.

11. **Крумс Л. М.** Болезни зубов и остеопороз могут служить ключами к диагностике целиакии / Л. М. Крумс, А. И. Парфёнов, О. А. Кондратьева, С. Г. Хомерики, А. В. Кузин // Терапевтический архив. - 2006. - № 2. - С. 64 - 66.

12. **Зайцева Н. Е.** Профилактика и лечение заболеваний полости рта у детей, страдающих желудочно-кишечными нарушениями / Н. Е. Зайцева, Н. О. Савичук // Биологическая терапия. - 2006. - 31. - С. 38-42.

Поступила 04.04.11

