

кової тканини, які проявляються ультраструктурними змінами у кістковій тканині, але ці короточасні дії значних наслідків для стану кісткових тканин не мають і не реєструються.

Автори [38] також показали, що хронічний психоемоційний і психосоціальний стрес, захворювання, які супроводжуються порушенням мінерального обміну, регулюючих функції гормонів, запальними процесами в організмі, аутоімунними реакціями, гіпоксією, ацидозом на перших етапах призводять до розвитку змін кісткової тканини на мікроструктурному рівні. Проте у подальшому ці зміни накопичуються і на певному рівні проявляються макроструктурними порушеннями, які реєструються інструментальними методами дослідження.

Список літератури знаходиться в редакції

Надійшла 12.09.11.



УДК 616.31(048)+577.472:528.931

К. М. Косенко, д. мед. н.

ДУ «Інститут стоматології АМНУ»

**РОЛЬ ВОДНОГО ФАКТОРУ У ФОРМУВАННІ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
НАСЕЛЕННЯ**

К. Н. Косенко

ГУ «Институт стоматологии АМНУ»

**РОЛЬ ВОДНОГО ФАКТОРА
В ФОРМИРОВАНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
НАСЕЛЕНИЯ**

К. N. Kosenko

SE "The Institute of Dentistry of the AMS of Ukraine"

**A ROLE OF WATER FACTOR IS IN FORMING
OF STOMATOLOGY HEALTH
OF POPULATION**

За даними ВООЗ, на лікування різних видів стоматологічної патології витрачається 10% усіх коштів, що асигнуються на охорону здоров'я в розвинутих країнах [1-3]. Світовий досвід свідчить, що за умов застосування сучасних технологій первинної та вторинної профілактики поширеність багатьох стоматологічних захворювань може бути суттєво зменшена. Однак існуючі профілактичні програми часто не досягають мети, тому що досі до кінця нез'ясованими залишаються роль екологічних факторів у розвитку стоматологічних захворювань, що загрожують виник-

ненням порушень харчування, зниженням якості і тривалості життя [1, 4-6].

В основі існуючих алгоритмів розробки профілактичних програм лежить аналіз стоматологічної захворюваності, таким чином, здійснення динамічного спостереження за показниками стоматологічного здоров'я в ключових вікових групах здобуває особливе значення в сучасних умовах.

Дослідження українських і закордонних вчених дозволяють розглядати моніторинг стоматологічних захворювань як високоефективний засіб оцінки ризиків захворюваності на карієс на популяційному рівні [7, 8]. На думку багатьох фахівців, одним з ведучих екологічних факторів у формуванні стоматологічної захворюваності є геохімічний (водний) [9, 10]. Водночас роль окремих мікроелементів, за винятком фтору, залишається недостатньо вивченою, особливо в умовах їх комбінованого впливу [11]. З огляду на розмаїтість екологічних систем світу, їх неоднорідність за біогеохімічними характеристиками дані літератури є вельми суперечливими. Це змусило нас підготувати огляд джерел останніх років, метою якого є оцінка впливу мінерального складу питних вод на стоматологічне здоров'я населення.

Матеріал та методи. Інформаційний пошук проведений по ключових словах «питна вода», «мінеральний склад», «стоматологічне здоров'я» у базах даних Medline, Ovid, HINARI, CINAHL, Embase, TRIP, каталогах дисертацій Національної бібліотеки України ім. В.І. Вернадського, Російської державної медичної бібліотеки з ретроспективою 10 років. Після виключення публікацій з низьким рівнем доказовості (рівень C-D за Bandolier), недостатньою релевантністю та пертинентністю, для подальшого аналізу відібрані 678 статей. Узагальнення літературних даних проведено методом контент-аналізу, з використанням бібліографічного та бібліометричного методу.

Результати дослідження. Серед екологічних чинників водний фактор залишається одним з найбільш важливих у визначенні стоматологічного здоров'я. Це стосується насамперед проблеми патології твердих тканин зуба [12]. За останні роки проблемі зв'язку ендемічного карієсу та сольового складу питних вод присвячено 285 публікацій, більшість з яких розглядають класичну концепцію карієспротективної ролі фтору. Значно менше наукових робіт присвячено асоціації мінерального складу питних вод та флюорозу - 103.

На думку деяких фахівців суттєвий профілактичний ефект здійснює споживання питної води, як природної так й фторованої, із вмістом фтору більше 1,5 мг/л, при чому про проявів флюорозу при цих концентраціях зареєстровано не було [13]. Втім, в останні роки з'являються дані на користь перегляду традиційних поглядів про профілактичну ефективність штучного фторування питної води. Зокрема, в роботі Давидова Б.М. та співавторів [14] досліджувався метаболізм фтору у дітей, що споживали воду із вмістом фториду натрію у концентрації 1,1-1,6 мг/л. Ця речовина у значній мірі екскретувалася з сечею і мало впливала на стан емалі.

В систематичному огляді (Cochrane Database of Systematic reviews, 2009) було узагальнено результати 144 досліджень, в яких приймали участь більше 65000 дітей у віці від 5 до 16 років. Результати проведеного мета-аналізу показали, що значення показника КПВ було меншим для тих груп, які використовували фтор місткі зубні пасти, гелі, ополоскувачі або у відношенні яких використовувалися засоби професійної фтор профілактики, натомість кореляційна залежність від вмісту фтору у питній воді була більш слабкою [15].

Parnell C., Whelton H., O'Mullane D. (2009) вважають фторування питної води методом вибору при здійсненні заходів профілактики карієсу на популяційному рівні [16]. McDonagh M.S. et al. (2000) розглядають аспекти безпечності фторування питної води з огляду на можливість виникнення побічних ефектів, насамперед флюорозу [17]. На небезпеку виникнення флюорозу при використанні систем штучного фторування вказує і Yeung S.A. [18]. Однак, австралійський автор зазначає, що фторування питної води залишається найбільш ефективним та соціально-орієнтованим засобом профілактики карієсу. На думку вченого, цільові концентрації фтору у залежності від клімату та поширеності карієсу мають складати від 0,6 до 1,1 мг/л.

В Україні проводилися дослідження проблеми забезпечення фтором осіб, що проживають у різних екологічних умовах [19, 20]. Були виділені території, що характеризуються різними концентраціями фтору у питній воді, в тому числі є ризиковими за виникненням симптомів гіпофторизму та флюорозу. Відзначено, що осередки ендемічної патології зазвичай концентруються у районі розвитку несприятливого процесу (техногенного чи природного) - тектонічних розломів, солянокупольних структур тощо [20].

В літературі існують вказівки на певну протективну роль солей жорсткості в етіопатогенезі карієсу [21, 22]. Проте зважаючи на низьке надходження з питною водою кальцію, міді, цинку та інших мікроелементів, які гіпотетично можуть впливати на процеси мінералізації твердих тканин зуба [11, 23], багато дослідників ставиться скептично до ймовірної ролі мінерального складу питної води у визначенні поширеності карієсу, традиційно приділяючи увагу лише вмісту фтору [9, 11, 13-17]. Не враховується різноманіття комбінацій сольового складу, можливість синергічного або антагоністичного впливу різних компонентів сухого залишку питної води. У той же час дослідження вітчизняних фахівців [24] показали, що навіть за умов однакового вмісту фтору у питній воді та подібній соціально-економічній ситуації у районах з різним рівнем мінералізації, загальної твердості та лужності, макро- та мікроелементного складу питних вод рівень поширеності карієсу та захворювань пародонту є відмінним [24].

Взаємозв'язок стану середовища існування людини з показниками здоров'я і якості життя є добре відомим. В останні роки у вітчизняних публікаціях набула популярності концепція так званих мікроелементозів, під якими розуміють стани дефіциту, надлишку або дисбалансу хімічних елементів, які природним чином відбиваються на здоров'ї людини [25]. Водночас, лише невелика кількість сучасних публіка-

цій присвячена впливу мікроелементів на стоматологічне здоров'я [26].

Слід зазначити, що водний фактор не є єдиним у детермінації ризику каріозного ураження. Відомо, що основним джерелом як есенціальних, так і неесенціальних мінеральних речовин для організму людини є харчові продукти [27]. Виключення складають лише фтор та стронцій, які надходять в організм переважно з питною водою (відповідно до 95% та 70% від загального добового надходження) [28]. Для окремих мікроелементів (фтор) є важливим й аерогенний шлях надходження в організм [29]. Слід зазначити, що квота водного фактору у постачанні організму мінеральними речовинами може зростати за умов аліментарного дефіциту, водночас біодоступність розчинених у воді мінеральних сполук є вищою ніж для мінералів, що надходять з їжею [27, 28].

На сьогодні є свідчення про карієс-протективну дію солей жорсткості [21, 22, 30], міді [31] і цинку [32]. Натомість солям магнію та фосфору деякими дослідниками відповідається роль карієсогенних мікроелементів [33]. Щодо стронцію дані літератури також є вельми суперечливими. В деяких джерелах він розглядається як мікроелемент з карієс-протективними властивостями, в інших – як карієсогенний мінерал [34, 35].

Поряд з природними компонентами природних вод велике значення має їх антропогенне забруднення токсичними речовинами. В літературі є відомості про тісний зв'язок рівня поширеності вроджених аномалій розвитку у популяції та концентрацій у питних водах нітратів, пестицидів та солей важких металів [36-38]. Gerlach R.F et al. (2002) вказують на тісний зв'язок високого вмісту у питній воді свинцю та порушень розвитку емалі, зокрема її мінералізації [39].

На нашу думку дослідження поширеності і інтенсивності основних стоматологічних захворювань і оцінку епідеміологічної ситуації слід розглядати як необхідний елемент адаптації профілактичних програм стосовно кожного окремого регіону. В комплексній системі профілактичних заходів фторування води слід розглядати, як ефективний захід, спрямований на зниження захворюваності карієсом населення України в регіонах з високим рівнем інтенсивності патологічного процесу, однак це не виключає використання альтернативних схем постачання організму фтором (фтороване молоко, фторована сіль, фтормісткі засоби дентальної гігієни) [15-17, 20, 40]. При цьому ефективність фторування багато в чому визначається санітарно-гігієнічними показниками його проведення, серед яких провідними є дотримання постійності рекомендованої концентрації фтору у воді та безперервність роботи фтораторних установок [17].

При виборі джерел водопостачання населених пунктів слід віддавати перевагу тим, де вміст мінеральних компонентів відповідає фізіологічно адекватним концентраціям, рекомендованим чинними нормативами. Для забезпечення об'єктивності оцінки ефективності реалізації масових профілактичних заходів ми рекомендуємо проводити моніторинг стоматологічної захворюваності на підставі вихідних та повторних (через 3-5 років) досліджень її показників у індек-

сних вікових групах, керуючись рівнями захворюваності карієсом згідно з критеріями ВООЗ [8].

Список літератури

- Rinzler C. A.** The Encyclopedia of Dental and Oral Health / C. A. Rinzler, M. S. Wolff NY., Facts on File; 1 ed. - 2010 - 312 p.
- Moreira Rda S** A relacao entre o espaco e a saude bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. / Rda S Moreira, LS Nico, NE Tomita // Cien Saude Colet. - 2007 -Vol. 12(1) - P. 275-284
- Uitgangspunten van mondzorg voor kinderen.** / JS Veerkamp, WE van Amerongen, NG Blanksma [et al.] // Ned Tijdschr Tandheelkd. - 2010 - Vol. 117(6) - S. 315-320
- Белікова І. В.** Наукове обґрунтування оптимізації функціонально-організаційної моделі профілактики стоматологічних захворювань у дітей: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / І. В. Белікова. — К., 2010. — 23 с.
- Закариєв З. З.** Роль стоматологической диспансеризации в снижении интенсивности заболеваний полости рта : диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Заур Закариевич Закариев; [Место защиты: ГОУ "Институт повышения квалификации федерального медико-биологического агентства"]. - Москва, 2009. - 99 с.
- Davies GM.** Delivering better oral health--an evidence-based toolkit for prevention: a review. / GM Davies, RM Davies // Dent Update. - 2008 - 35(7) - 460-462
- Recall,** reassessment and monitoring. / JE Clarkson, BT Amaechi, H Ngo, D. Bonetti // Monogr Oral Sci. - 2009 - Vol. 21 - P. 188-198
- Леус П. А.** Коммунальная стоматология. / П.А. Леус — Брест, 2000. - 234 с.
- Дичка Л. В. Вплив мінеральної води різних типів при використанні як питної на стан здоров'я населення: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01 / ДУ "Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М.Марзєєва АМН України". — К., 2008. - 20 с.
- Unfer B.** Avaliacao do conhecimento popular e praticas cotidianas em saude bucal. / Unfer B, Saliba O. // Rev Saude Publica. 2000 Apr;34(2):190-5
- Антонова А. А.** Каріес зубів у дітей в умовах мікроелементозів Хабаровського краю: патогенез, профілактика: Дис.... д.мед.н. / А.А. Антонова - Хабаровск, 2006 - 355 с.
- Fejerskov O.** Dental Caries: The Disease and Its Clinical Management. / Ole Fejerskov, Edwina Kidd NY., Wiley-Blackwell; 2nd ed. - 2008 - 640 p.
- Гігієнічне нормування фтору як провідний напрямок наукової діяльності професора Р.Д. Габовича / А.М. Гринзовський, Г.П. Степаненко, В.Г. Бардов [та ін.] // Гігієна населених місць. - 2009 - №54 - С. 82-86
- Давыдов Б. Н.** Особенности обмена фторидов у детей при профилактике кариеса. / Б.Н. Давыдов, Ю.Н. Боринский, О.А. Базанова // Стоматология - 2002 - № 1 - С. 63—66
- Topical fluoride as a cause of dental fluorosis in children.** / MC Wong, AM Glenn, BW Tsang [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. - 2010 - Vol. 1 - CD007693
- Parnell C,** Whelton H, O'Mullane D. Water fluoridation. / C. Parnell, H. Whelton, D. O'Mullane // Eur Arch Paediatr Dent. - 2009 - Vol. 10(3) - P. 141-148
- Systematic review of water fluoridation.** / MS McDonagh, PF Whiting, PM Wilson [et al.] // BMJ. 2000 - Vol. 321(7265) - P 855-859
- Yeung CA.** A systematic review of the efficacy and safety of fluoridation. / CA Yeung // Evid Based Dent. - 2008 - Vol. 9(2) - P. 39-43
- Ліщук А. М.** Екотоксикологічна оцінка небезпечності фтору залежно від ґрунтово- кліматичних умов та застосування мінеральних добрив: Автореф. дис... канд. с.-г. наук: 03.00.16 / Інститут агроекології і біотехнології УААН. — К., 2004. — 19 с.
- Крюченко Н. О.** Геохімія фтору питних вод України: Автореф. дис... канд. геол. наук: 04.00.02 / НАН України; Інститут геохімії, мінералогії та рудоутворення. — К., 2002. — 17 с.
- Науково-методичні** аспекти токсиколого-клінічних досліджень впливу мінерального складу питної води на стан здоров'я населення (огляд літератури) // М.Г. Проданчук, І.В. Мудрий, В.І. Великий [та ін.]. // Сучасні проблеми токсикології. - 2006 - №3 - С. 3-9
- Бабушкина Н. С.** Влияние экологических факторов на интенсивность кариеса у школьников Крыма. / Н. С. Бабушкина // Таврический медико-биологический вестник. - 2007 - т. 10, №1 - С. 7-8
- Хоменко Л.О.** Навколишнє середовище і стоматологічне здоров'я дітей України. / Л.О. Хоменко, О.І. Остапко, Н.В. Біденко // Архів клінічної медицини. - 2004 - №1 - С. 82-85
- Сравнительный анализ показателей стоматологической помощи в государственных и негосударственных стоматологических учреждениях некоторых областей Украины за 2007 год** / К.Н. Косенко, Г.Н. Варава, О.Э. Рейзвих, Р.Т. Жадько // Вісн. стоматології. — 2009. — N 1. — С. 83-86
- Гигиеническая оценка содержания микроэлементов в питьевой воде и продуктах питания в системе социально-гигиенического мониторинга.** / В.М. Боев, Н.Л. Лещцова, Н.А. Амерзянова [и др.] // Гигиена и санитария. - 2002 - №5 - С. 71-73
- Деньга О.В.** Мікроелементи та стоматологічне здоров'я дитячого населення. / О.В. Деньга, О.М. Світлична, Ю.М. Ворохта // Довкілля та здоров'я. - 2008 - №1 - С. 53-55
- Надворний М.М.** Роль водного фактора у забезпеченні фізіологічних потреб організму в есенціальних мінеральних речовинах. / М.М. Надворний, Ю.М. Ворохта, В.Л. Михайленко // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2005. - т. 9, №2. - С. 207-210
- Rylander R.** Drinking water constituents and disease. / R. Rylander // J Nutr. - 2008 - Vol. 138(2) - P. 423S-425S
- Durezza dell'acqua potabile e malattie cronico-degenerative. Parte I. Analisi delle ricerche epidemiologiche.** / G. Nardi, F. Donato, S. Monarca, U. Gelati // Ann. Ig. - 2003 - Vol. 15(1) - P. 35-44
- Environmental pollution in rural areas of Orissa state due to industrial emissions--with special reference to fluoride.** / AK Mukherjee, B. Ravichandran, K. Bhattacharya [et al.] // Indian J Environ Health. - 2003 - Vol. 45(4) - P. 325-334
- The effect of copper on demineralization of dental enamel.** / AZ Abdullah, SM Stafford, SJ Brookes, MS. Duggal // J Dent Res. - 2006 - Vol. 85(11) - P. 1011-1015
- Shashikiran ND.** Estimation of trace elements in sound and carious enamel of primary and permanent teeth by atomic absorption spectrophotometry: an in vitro study. / ND Shashikiran, VV Subba Reddy, MC. Hiremath // Indian J Dent Res. - 2007 - Vol. 18(4) - P. 157-162
- Муравяникова Ж.Г.** Профилактика стоматологических заболеваний. / Ж.Г. Муравяникова Ростов-на-Дону: Феникс, - 2004. - 383 с.
- Полякова Е. В.** Стронций-содержащие воды Юго-Восточного Беломорья и возможности их практического использования : Дис. ... канд. геол.-минерал. наук : 25.00.07 Архангельск, 2005 163 с.
- Gaby A. R.** Strontium and dental caries. / A.R. Gaby // Townsend Letter for Doctors and Patients - 2005 - Vol. 1 Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-132796753.html>
- Годованець О.І.** Особливості клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей, що проживають на території з підвищеним рівнем нітратів у питній воді. /

О.І. Годованець, М.М. Рожко, З.Б. Попович // Галицький лікарський вісник. – 2007 - №3 – С. 15-17

37. **Effects of 2,4-dichlorophenoxy acetic acid dimethyl amine salt on dental hard tissue formation in rats.** / AR Alpöz, N. Tosun, C. Eronat [et al.] // Environ Int. - 2001 – Vol. 26(3) – P. 137-142

38. **Вербницька А. В.** Розробка комплексу профілактичних заходів карієсу зубів у дітей при інтоксикації солями важких металів: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика. — К., 2007. — 17 с.

39. **Effect of lead on dental enamel formation.** / R.F. Gerlach, J.A. Cury, F.J. Krug, S.R. Line // Toxicology. – 2002 – Vol. 175(1-3) – P. 27-34

40. **Переслегина И.Г.** Мониторинг поступления фтора в организм детей, длительно получающих фторированное молоко, и динамика кариса их постоянных зубов. / И.Г. Переслегина, Е.М. Кузьмина, А.Г. Колесник // Стоматология. – 2002 – т. 81, №2 – С. 55- 58

Надійшла 19.09.11



УДК 616.31.311:616-07;616.314:616-08

І. Г. Романенко, д. мед. н., Д. В. Дудар

Кримський державний медичний університет

ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКНО (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

І. Г. Романенко, Д. В. Дудар

Крымский государственный медицинский университет

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗОВОЙ ОБОЛОЧКИ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦЕЛИАКИЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

I. G. Romanenko, D. V. Dudar

Crimean State Medical University

THE CHANGES IN ORAL MUCOUS MEMBRANE IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE (LITERARY REVIEW)

Целиакія (глутенова ентеропатія, глутенова хвороба) – генетично детермінована аутоімунна ентеропатія, яка характеризується типовим ураженням слизової оболонки тонкої кишки та виникає внаслідок харчового несприйняття глютену (рослинного білку, який входить до складу пшениці, жита, ячменю). Ця хвороба є класичним прикладом та моделлю стійкого харчового несприйняття, до розуміння проблем якого вченим вдалося доторкнутися лише в середині минулого століття [1-3, 5, 16, 17, 29].

Вперше целиакія була описана Samuel Gee у 1888 році, як хвороба, яка спотворює синдром мальабсорбції [14]. В 1950 році голландський педіатр W.K.Dicke пов'язав причину целиакії у дітей з глютенном, а в 1952 році G.McIver та J.French вперше успішно застосували аглутенову діету для лікування цієї хвороби [10,11]. Етіологія та патогенез хвороби до кінця не вивчено [2,3,5,6,17,25]. Патоморфологічні зміни в слизовій оболонці тонкої кишки виникають в результаті патологічної аутоімунної реакції на гліадін, яка протікає безпосередньо в слизовій оболонці тонкої кишки, та характеризується атрофією ворсин, лімфоцитарною інфільтрацією, гіпертрофією крипт, зміною форми ентероцитів та порушенням функцій тонкої кишки, синдромом мальабсорбції [2, 3, 9, 12, 15,17, 18, 20, 25, 27]. Аналогічна аутоімунна реакція нерідко спостерігається і в слизовій оболонці ротової порожнини, шкірі, клітинах крові інших тканинах тому, цю хворобу часто називають системною [2, 3, 6, 7, 22, 24, 28].

Целиакія – хвороба не тільки дітей, але й дорослих, поширеність її серед дорослої популяції у різних країнах складає 1:100 – 1:300 мешканців, або 1 % населення земної кулі [2,15,16,17,19,26]. Найчастіше перші прояви целиакії проявляються у дитинстві приблизно з двох років, коли дитина починає вживати продукти, багаті на глютен [5,7,16,17,26,29], але в останні десятиріччя доведено, що целиакією людина страждає усе життя, у тому числі і в підлітковому, і у дорослому віці [2,3,4,19,30]. У дослідженнях Vippula A. At all. [30] описана наявність целиакії навіть у осіб похилого віку. Так при обстеженні 2815 осіб похилого віку серологічні ознаки целиакії були виявлені у 60(2,13%) пацієнтів, а морфологічне підтвердження діагнозу у 35(1,24%).

Клінічні прояви целиакії різноманітні. У дітей частіше целиакія проявляється кишковими розладами та синдромом мальабсорбції [3, 5, 7, 17, 26], а у підлітків та дорослих частіше виявляють позакишкові прояви або так звані «асоційовані» з целиакією захворювання. Численні роботи дослідників щодо «асоційованих» з целиакією захворювань дозволили сформуванню так звані «групи» ризику наявності целиакії, до яких на сьогоднішній день, згідно рекомендацій Всесвітньої гастроентерологічної асоціації (OMGE), належать: герпетиформний дерматит Дюринга, аутоімунні захворювання: цукровий діабет I типу, тиреоїдит, ревматоїдний артрит, гепатит, синдром Шегрена; хронічні анемії (залізо– та фолієводефіцитна); остеопенія та остеопороз, повторні переломи; порушення генеративної функції – безпліддя; рецидивуючі ураження ротової порожнини (глосит, афти); неврологічні захворювання – полінейропатія, атаксія, епілепсія; онкопатологія (лімфома кишечника); синдром Дауна; а також – синдром подразненої кишки; ліфоцитарний коліт; синдром хронічної втоми; хвороба Аддісона. Знання груп ризику наявності целиакії необхідно лікарям різних фахів для проведення цілеспрямованого діагностичного пошуку целиакії серед осіб, які мають дану патологію [2-4, 6, 19, 21, 22, 24, 28].