

УДК: 616.31-08-039.71+616.341

Целиакия взрослых: комплексный метод лечения и профилактики глютен чувствительных поражений слизистой оболочки рта.

Д.В. Дударь

*Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь***Ключевые слова:** целиакия, поражения слизистой оболочки рта, лечение

Известно, что длительно протекающий и часто рецидивирующий афтозный стоматит, а так же другие хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки рта (СОР), трудно поддающиеся традиционному лечению, могут быть связаны с не диагностированной целиакией [4,7,8,12]. Лечение таких глютен чувствительных поражений СОР у больных целиакией является не простой задачей. Применение традиционной терапии в сочетании с безглютеновой диетой позволяет ускорить процесс заживления афт, ликвидировать воспалительные изменения СОР [1,6,9,12]. Однако, ряд авторов отмечают, что даже на фоне применения больными безглютеновой диеты морфологические признаки хронического воспалительного процесса сохраняются длительный период и поэтому заболевания СОР носят хронический рецидивирующий характер [8,11,12]. Это связывают с одной стороны с недостаточно строгим соблюдением больными безглютеновой диеты, а с другой с поступлением в организм так называемого «скрытого» глютена в составе пищевых продуктов, зубной пасты, ополаскивателей рта [4,5,6].

Целью данной работы было разработать комплексный метод лечения и профилактики поражений слизистой оболочки рта с учетом патогенетических механизмов их развития у больных целиакией взрослых, а также с подбором таких медикаментов местного лечения и средств ухода за полостью рта, которые не содержат в своем составе глютен. Сравнить эффективность предложенного комплекса с эффективностью традиционного метода лечения.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели нами были отобраны 62 больных целиакией, имеющих в анамнезе часто рецидивирующие глютен чувствительные поражения СОР. Среди них 45(72,58%) больных имели длительный анамнез заболевания и находились на безглютеновой диете более 1 года, 17(27,42%) – были впервые выявлены и безглютеновая диета им назначалась впервые. Диагноз целиакия верифицировался гастроэнтерологами на основании результатов серологических методов исследования (определение специфических антигенов класса IgA к тканевой трансглутаминазе методом иммуноферментного анализа (ИФА) ELISA на ИФА анализаторе stat fax с использованием наборов «TTG IgA Orkit» фирмы LABODIA SA и комплексного определения специфических антигенов класса IgA и IgG к синтетическим дезаминированным пептидам глиаина и тканевой трансглутаминазе человека одновременно с использованием набора «QUANTA Lite™ DGP / hTTG Screen IgA and IgG» фирмы Inova Diagnostics, Inc. Кроме того, у 54% этих больных диагноз целиакия был подтвержден морфологическим методом при исследовании биоптатов тонкой кишки и определением степени активности болезни по классификации M.N. Marsh, 1992 [10]. Содержание в ротовой жидкости секреторного IgA и антигенов к кишечному эндотоксину определяли с помощью ИФА по методике А.И. Гордиенко, В.А. Белоглазов, 2000, уровень IgG A, M. G в сыворотке крови определяли микротурбидиметрическим методом [2,3]

Все больные были рандомизированы на 2 груп-

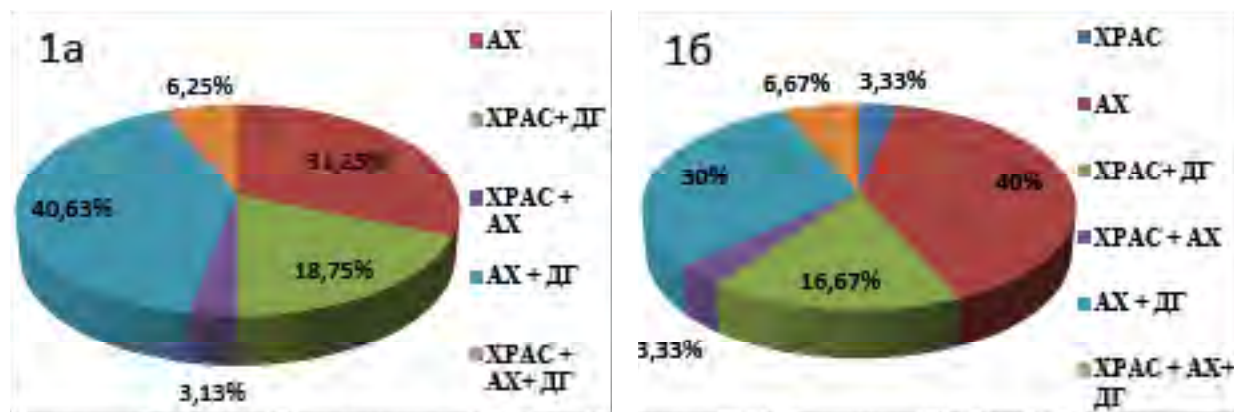


Рис. № 1а, 16. Структура заболеваний СОР больных целиакией в основной и контрольной группах

пы: в первую (основную) группу вошли 32 больных целиакией с часто рецидивирующими хроническими поражениями СОР. Среди них было женщин – 18, мужчин 14, в возрасте от 18 до 60 лет. Структура заболеваний СОР в основной группе представлена на рисунке №1а. Во вторую (контрольную) группу вошли 30 больных целиакией также с часто рецидивирующими хроническими поражениями СОР в возрасте от 18 до 60 лет, мужчин было 13 женщин 17. Структура заболеваний СОР в контрольной группе представлена на рисунке № 16.

Примечание: хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), ангулярный хейлит (АХ), десквамативный глоссит (ДГ)

Сравнительная характеристика больных в обеих группах в зависимости от тяжести поражения СОР представлена в таблице 1

Больным основной группы было предложено для лечения и профилактики глютен чувствительные поражения СОР постоянно строго соблюдать без-

глютеновую диету, пользоваться безглютеновой зубной пастой «Арджитал», безглютеновым зубным эликсиром «Лизодент», а во время рецидивов применять безглютеновую мазь «Кутивейт». Больным контрольной группы было также предложено строго соблюдать безглютеновую диету, однако, разрешено пользоваться зубной пастой «Colgate-Total -12», а во время рецидивов применять традиционное местное лечение (1% гидрокортизоновую мазь). В период наличия клинических признаков поражения СОР лечение проводили с применением тех же лечебных комплексов.

Эффективность проведенного лечения и профилактики определяли по динамике клинических симптомов во время лечения рецидивов на 3, 5, 7, 14, 28 сутки, наличию или отсутствию клинических проявлений поражений СОР во время осмотра стоматолога и динамике лабораторных показателей до лечения, через 6 и 12 месяцев, а также по частоте рецидивов до лечения, через 12 и 24 месяцев и ин-

Табл. 1

Сравнительная характеристика больных основной и контрольной группы в зависимости от тяжести поражения СОР (n=62)

Заболевание	Клинический признак	Основная (n=32)		Контрольная (n=30)	
		Впервые выявленные больные целиакией с забол. СОПР (n=10) n / %	Ранее находившиеся на лечении (n=22) n / %	Впервые выявленные больные целиакией с забол. СОПР (n=7) n / %	Ранее находившиеся на лечении (n=23) n / %
ХРАС	множественные афты (от 2-до 4)	1 (3,13)	3 (9,38)	0	1 (3,33)
	единичные афты	2 (6,25)	3 (9,38)	2 (6,67)	6 (20)
Ангулярный хейлит	Односторонний	3 (9,38)	8 (25)	3 (10)	8 (26,67)
	Двусторонний	4 (12,5)	11 (34,38)	3 (10)	10 (33,33)
Десквамативный глоссит	с очаговой десквамацией и атрофией	1 (3,13)	4 (12,5)	2 (6,67)	3 (10)
	с множественной десквамацией и атрофией	4 (12,5)	12 (37,5)	2 (6,67)	9 (30)

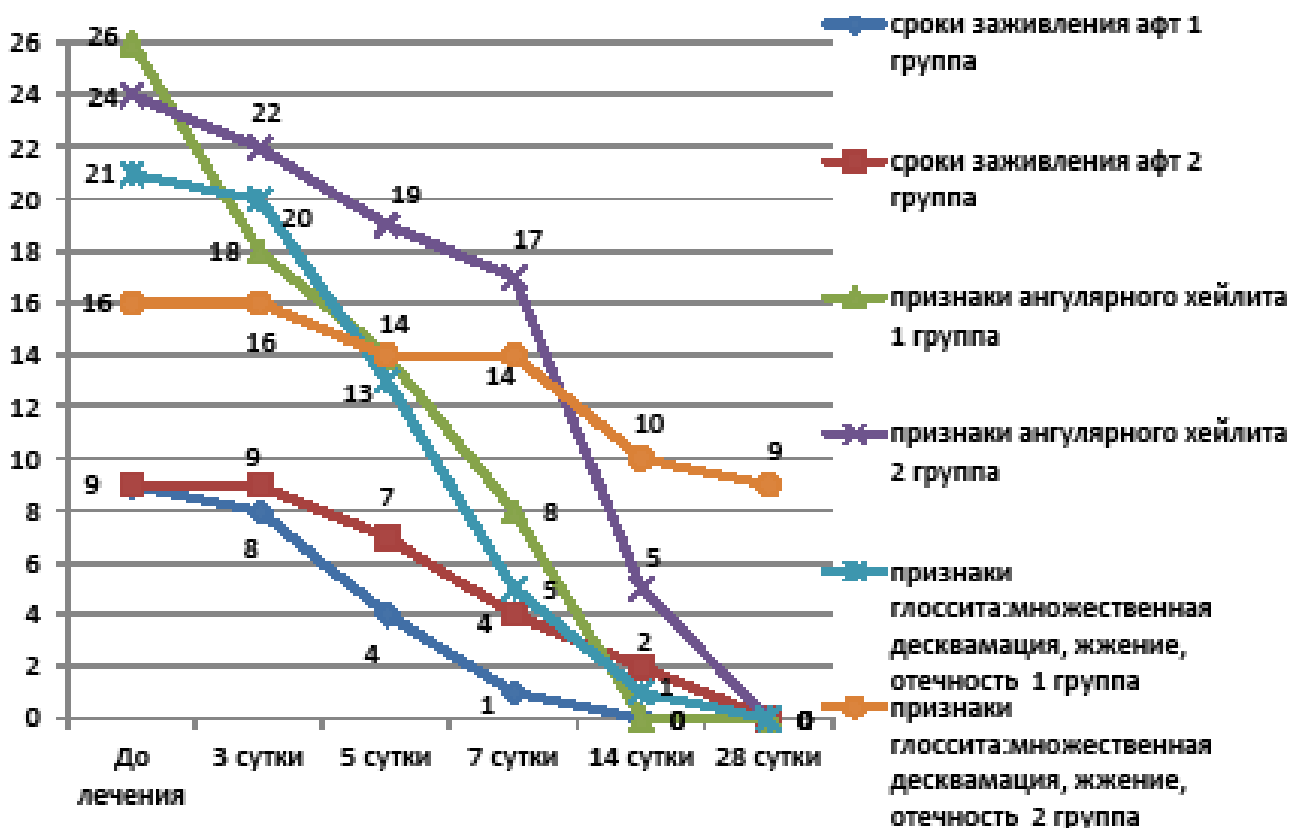


Рис. 2. Динамика регрессии клинических проявлений глютенчувствительных поражений СОР в обеих группах на фоне лечения

Табл. 2

Частота рецидивов глютен чувствительных поражений СОР у больных основной группы

Заболевание	До лечения (n=32)			через 1 год (n=32)			через 2 года (n=20)		
	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)
ХРАС	3 (9,38)	5 (15,6)	1 (3,1)	0	0	0	1 (5,0)	0	0
Ангулярный хейлит	11 (34,4)	13 (40,6)	2 (6,2)	2 (6,2)	0	0	1 (5,0)	0	0
Десквамативный глоссит	10 (31,3)	8 (25,0)	3 (9,38)	4 (12,5)	0	0	2 (10,0)	0	0

Табл. 3

Частота рецидивов глютен чувствительных поражений СОР у больных контрольной группы

Заболевание	До лечения (n=30)			через 1 год (n=30)			через 2 года (n=20)		
	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)	1-3 р/г (%)	4-6 р/г (%)	Более 6 р/г (%)
ХРАС	3 (10,0)	6 (20,0)	0	4 (13,3)	0	0	3 (15,0)	0	0
Ангулярный хейлит	11 (36,7)	12 (40,0)	1 (3,33)	4 (13,3)	0	0	8 (40,0)	0	0
Десквамативный глоссит	8 (26,7)	6 (20,0)	2 (6,67)	6 (20,0)	0	0	11 (55,0)	0	0

Табл. 4

Сравнительный анализ содержания sIgA и Анти-ЭТ-sIgA в ротовой жидкости больных основной и контрольной групп до и после лечения

Изучаемый параметр	Группы больных	Стат. показатели	Здоровые в возрасте 18-60 лет (n=30)	Сроки наблюдения		
				До лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
sIgA (мг/мл)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	120,5±2,62	30,36±1,82 *	68,07±1,14 <0,01	115,9±2,85 <0,01 =0,93
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		31,68±2,07 * =1,00	63,39±1,37 <0,01 =0,92	80,51±1,39 <0,01 <0,01 <0,01
Анти-ЭТ-sIgA (УЕОП)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	0,081± 0,002	0,221± 0,008 * *	0,171± 0,004 <0,01 *	0,141± 0,003 <0,01 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		0,211± 0,007 * * =0,95	0,19± 0,004 =0,23 * <0,39	0,171± 0,004 <0,01 <0,01 <0,01

Примечание: показатели статистической достоверности: P1- показатель достоверности различия данных до лечения в сравнении с показателями через 6 и 12 месяцев после лечения; P2- показатель достоверности различия данных через 12 месяцев и группы здоровые; P3- показатель достоверности различия данных основной и контрольной групп.

дексов гигиены до лечения, 28 суток, через 6 и 12 месяцев.

Результаты исследования

Динамика регрессии клинических проявлений глутен чувствительных поражений СОР под влиянием лечения в обеих группах больных представлена на рис. № 2.

Как видно из данных представленных на рис. № 2 клинические проявления афтозного стоматита, ангулярного хейлита, десквамативного глоссита в основной группе регрессировали значительно быстрее, чем в контрольной (в 2 и более раз). Очаговая атрофия сосочков языка сохранялась весь период наблюдения.

Частота рецидивов глутен чувствительных поражений СОР у больных обеих групп представлена в таблицах № 2 и 3.

Проведенный сравнительный анализ результатов показал, что на фоне лечения частота рецидивов снизилась в обеих группах, однако, в основной группе эффективность лечения была значительно выше, так как частота рецидивов как ХРАС, так и других поражений СОР (ангулярного хейлита, десквамативного глоссита) уменьшилась в 2 и более раз.

Динамика лабораторных показателей в ротовой жидкости и сыворотке крови до и после лечения у больных обеих групп представлена в табл. № 4-6.

Как видно из данных, представленных в таблице № 4, до лечения уровень sIgA в ротовой жидкости был в 4 раза ниже нормы в обеих группах больных. Через 6 месяцев после лечения уровень sIgA статистически достоверно повысился ($p1<0,01$) в обеих группах больных по сравнению с уровнем этого показателя до лечения, однако, при этом различие между группами статистически не достоверно ($p3=0,92$). Через 12 месяцев наблюдали дальнейший статистически достоверный ($p<0,01$) рост этого показателя в обеих группах, однако в основной группе больных прирост показателя был статистически достоверно выше ($p<0,01$), чем в контрольной. Анализируя полученные результаты можно отметить, что на фоне лечения в обеих группах больных такой показатель местного иммунитета как sIgA, характеризующий защитные свойства СОР значительно улучшился, однако через 12 месяцев эффективность лечения в основной группе по этому показателю была достоверно выше ($p<0,01$). Содержание антигенов к кишечному эндотоксину в ротовой жидкости больных обеих групп было достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p<0,01$). На фоне лечения через 6 и 12 месяцев показатели в обеих группах снизились статистически достоверно ($p<0,01$). Сравнивая показатели между собой через 6 и 12 месяцев выявлено, что через 12 месяцев имеет место статистически достоверное различие ($p\leq 0,05$), что свидетельствует о большей эффективности лечения в основной

Сравнительный анализ показателей IgA, M, G в сыворотке крови до и после лечения в обеих группах больных

Изучаемый параметр	Группы больных	Стат. показатели	Здоровые в возрасте 18-60 лет (n=30)	Сроки наблюдения		
				До лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
IgA (мг/мл)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	2,37±0,03	1,44±0,02 * *	1,61±0,05 =0,09 *	2,04±0,05 <0,01 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		1,39±0,02 * * =1,00	1,48±0,03 =0,87 * =1,00	1,84±0,04 <0,01 <0,01 <0,01
IgM (мг/мл)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	1,64±0,06	1,83±0,02 * *	1,87±0,07 >0,05 *	1,89±0,07 >0,05 >0,05
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		1,8±0,02 * * >0,05	1,8±0,09 >0,05 * >0,05	1,83±0,07 >0,05 >0,05 >0,05
IgG (мг/мл)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	11,54±0,29	15,67±0,15 * *	14,31±0,33 =0,07 *	13,21±0,31 <0,01 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		15,77±0,17 * * =1,00	15,69±0,21 =1,00 * =1,00	14,2±0,34 =0,02 <0,01 =0,04

Примечание: показатели статистической достоверности: P1- показатель достоверности различия данных до лечения в сравнении с показателями через 6 и 12 месяцев после лечения; P2- показатель достоверности различия данных через 12 месяцев и группы здоровые; P3- показатель достоверности различия данных основной и контрольной групп.

группе больных.

Как видно из данных, представленных в таблице 5 уровень иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови изменялся не однозначно. Так, содержание IgA до лечения в обеих группах больных было статистически достоверно ниже ($p<0,01$) аналогичного показателя у практически здоровых лиц. После лечения уровень IgA постепенно повышался и через 12 месяце был статистически достоверно выше в обеих группах, при этом в основной группе он был статистически достоверно выше ($p<0,01$), чем в контрольной, что может свидетельствовать о большей эффективности предложенного лечебного комплекса для основной группы.

Содержание IgM в обеих группах больных до лечения было статистически достоверно выше аналогичного показателя у здоровых лиц. После лечения значения показателей изменялись статистически не достоверно как через 6, так и через 12 месяцев.

Анализируя содержание IgG в сыворотке крови, следует отметить, что до лечения его уровень был

статистически достоверно выше ($p<0,01$) в обеих группах больных. После лечения уровень данного показателя постепенно снижался и через 12 месяцев в обеих группах был статистически достоверно ниже ($p<0,01$; $p=0,02$) аналогичного показателя до лечения. Однако, было обнаружено статистически достоверное ($p=0,04$) различие между показателями основной и контрольной групп через 12 месяцев после лечения, а именно, снижение показателя было более выраженным в основной группе больных, что может свидетельствовать о том, что под влиянием комплекса лечения в этой группе снижение напряженности неспецифического иммунитета было более значимым и следовательно эффективность лечения была выше.

Как видно из данных, представленных в таблице № 6 содержание антител к кишечному эндотоксину в сыворотке крови обеих групп до лечения было статистически достоверно выше ($p<0,01$) аналогичного показателя у здоровых лиц. После лечения уровень антител к кишечному эндотоксину по IgA

Табл. 6

Сравнительная характеристика уровня Анти-ЭТ- IgA, M, G в сыворотке крови в основной и контрольной группах больных до и после лечения.

Изучаемый параметр	Группы больных	Стат. показатели	Здоровые в возрасте 18-60 лет (n=30)	Сроки наблюдения		
				До лечения	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Анти-ЭТ- IgA (УЕОП)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	0,11±0,002	0,24±0,007 * *	0,19±0,002 <0,01 *	0,21±0,003 <0,01 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		0,26±0,007 * * =0,38	0,22±0,003 <0,01 * <0,01	0,22±0,003 <0,01 <0,01 =0,45
Анти-ЭТ- IgM (УЕОП)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	0,16±0,1	0,40±0,02 * *	0,33±0,01 <0,01 *	0,4±0,01 =1,00 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		0,43±0,02 * * =0,79	0,42±0,01 =0,99 * <0,01	0,42±0,02 =0,99 <0,01 =0,99
Анти-ЭТ- IgG (УЕОП)	Основная (n=32)	M±m P1 P2	0,56±0,1	1,12±0,03 * *	1,06±0,02 =0,61 *	0,93±0,01 <0,01 <0,01
	Контрольная (n=30)	M±m P1 P2 P3		1,14±0,03 * * =1,00	1,09±0,02 =0,75 * =0,99	1,04±0,02 =0,02 <0,01 <0,01

Примечание: показатели статистической достоверности: P1- показатель достоверности различия данных до лечения в сравнении с показателями через 6 и 12 месяцев после лечения; P2- показатель достоверности различия данных через 12 месяцев и группы здоровые; P3- показатель достоверности различия данных основной и контрольной групп.

снижился статистически достоверно ($p<0,01$) уже через 6 месяцев и через 12 месяцев оставался на том же уровне. Колебания уровня антител к кишечному эндотоксину IgM были не значительными и статистически не достоверными, а по уровню Анти-ЭТ- IgG отмечено статистически достоверное снижение уровня показателей в обеих группах больных через 12 месяцев. Анализируя изменение уровня антител к кишечному эндотоксину в сыворотке крови до и после лечения, следует отметить, что в обеих группах больных достигнуто статистически достоверное снижение напряженности в этом звене иммунитета, однако, полученные значения оставались выше аналогичных показателей у здоровых лиц.

Нами была также изучена динамика показателей гигиены рта у больных обеих групп до и на фоне лечения. Результаты представлены в таблице 7.

Как видно из данных представленных в таблице 7, до лечения в обеих группах больных индекс гигиены рта был достоверно выше, чем у практически здоровых лиц. Через 28 суток, 6 и 12 месяцев индекс гигиены снижился достоверно в обеих группах

($p1<0,05$, $p1<0,02$). При дальнейшем сравнении показателей между собой через 12 месяцев и группой практически здоровых лиц различие показателей оказалось статистически не достоверно ($p>0,05$). Индекс РМА до лечения в обеих группах больных был статистически достоверно выше, чем аналогичный показатель у практически здоровых лиц ($p<0,001$). Через 28 суток, 6 и 12 месяцев показатель РМА снижился в обеих группах, однако если в 1 группе больных снижение показателя во все сроки было статистически достоверно ($p1<0,05$, $p1<0,05$ и $p1<0,02$), то во 2 группе снижение показателя РМА было статистически не достоверно ($p1>0,05$, $p1>0,05$ и $p1>0,02$). Сравнение показателей РМА через 12 месяцев между собой и группой практически здоровых показало статистически достоверное различие показателей ($p3>0,02$, $p2<0,01$) что свидетельствует о большей эффективности лечения в 1 группе больных.

Динамика показателей состояния гигиены рта у больных обеих групп до и на фоне лечения

Изучаемый параметр	Группы больных	Стат. показатели	Здоровые (n=30)	Сроки наблюдения			
				До лечения	28 суток	6 мес.	12 мес.
Индекс гигиены	1 группа (n=32)	M±m	1,3±0,11	2,3±0,1	1,4±0,12	1,6±0,09	1,5±0,08
		P1		*	<0,05	<0,02	<0,02
		P2		*	*	*	>0,05
	2 группа (n=30)	M±m		2,2±0,15	1,5±0,09	1,7±0,10	1,6±0,11
		P1		*	<0,02	<0,05	<0,05
		P2		*	*	*	>0,05
Индекс РМА	1 группа (n=32)	M±m	9±0,72	42±2,9	34±1,8	31±1,4	26±1,3
		P1		*	<0,05	<0,05	<0,02
		P2		*	*	*	<0,01
	2 группа (n=30)	M±m		38±1,5	36±1,6	37±2,1	35±1,7
		P1			>0,05	>0,05	>0,05
		P2					<0,01
		P3					<0,02

Примечание: показатели статистической достоверности: P1- показатель достоверности различия показателей до лечения в сравнении с показателями через 28 суток, 6 и 12 месяцев после лечения; P2- показатель достоверности различия показателей через 12 месяцев после лечения и группы практически здоровых лиц; P3- показатель достоверности различия данных основной и контрольной групп через 12 месяцев.

Выводы

Применение комплексного метода лечения хронических рецидивирующих глютеновых чувствительных поражений СОР у больных целиакией взрослых с применением безглютеновой зубной пасты, безглютенового ополаскивателя рта, безглютеновой мази (во время рецидивов) на фоне строгого соблюдения безглютеновой диеты позволило статистически достоверно снизить сроки заживления афт, количество рецидивов глютеновых чувствительных поражений СОР, снизить индексы гигиены рта по сравнению с традиционным методом лечения.

Применение предложенного комплексного подхода в лечении глютеновых чувствительных поражений СОР способствовало нормализации ряда показателей иммунной системы, а именно статистически достоверному росту уровня sIgA в ротовой жидкости ($p<0,01$), IgA в сыворотке крови ($p<0,01$), снижению уровня специфических антител к кишечному эндотоксину класса Анти-ЭТ-IgA и IgG в ротовой жидкости и в сыворотке крови ($p<0,01$), что также свидетельствует об эффективности лечения.

Литература

1. Бельмер С. В. Проект рабочего протокола диагностики и лечения целиакии / С. В. Бельмер // Вопросы детской диетологии. – 2004. – Т. 2, № 1. – С. 87–103.
2. Гордиенко А. И. Микротурбидиметрический метод определения IgG, IgM, IgA человека / А. И. Гордиенко, В. А. Белоглазов // Иммунология та алергологія. – 2000. – № 1. – С. 12–15.
3. А. И. Гордиенко Использование твердофазного иммуноферментного анализа для определения общего и антиэндоксинного секреторного IgA человека / А. И. Гордиенко // Таврический медико-биологический вестник. – 2009. – 12, № 3 (47). – С. 82–89

4. Губська О. Ю. Целиакия: поширеність, особливості клінічного перебігу, діагностики, лікування та одужання хворих: дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : 14.01.36 / Олена Юріївна Губська. – К., 2009. – 378 с.
5. Передерій В. Г. Сучасні підходи до діагностики, лікування та харчування хворих на целиакию. Метод. Рекоменд. / Передерій В. Г., Губська О. Ю., Пережестова О. А. – К., 2005. – 29 с.
6. Ревнова М. О. Целиакия у детей / Ревнова М. О. – СПб., 2005. – 25 с.
7. Целиакия у больных с рецидивирующим афтозным стоматитом / S. Aydemir, H. C. Tekin, E. Aktunç [et al.] // Турка J. Gastronterol. – 2004. – Vol. 15, N 3. – P. 192.
8. Gluten-sensitive enteropathy in patients with recurrent aphthous stomatitis / R. Shakeri, F. Zamany, R. Sotoudehmanesh [et al.] // BMC. Gastroenterology. – 2009. – N 9. – P. 44.
9. Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition / J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2005. – Vol. 40. – P. 1–19.
10. M.N. Marsch Gluten gisticompatibility complex and the small intestine: a molecular approach to the spectrum of gluten sensitivity (celiac sprue) / Gastroenterology. – 1992. – Vol. 102. – P. 230–254.
11. Oral mucosal changes in celiac patients on a gluten-free diet / H. Lahteenoja, A. Toivanen, M. Viander, M. Maki // Eur. J. Oral Sci. – 1998. – Vol. 106. – P. 899–906.
12. Wray D. Gluten-sensitive recurrent aphthous stomatitis. Digestive Diseases and Sciences // Formerly Am. J. Digest. Dis. – 2011. – Vol. 1. – P. 139–145

Целіакія дорослих: комплексний метод лікування та профілактики глютен чутливих поразок слизової оболонки рота

Д.В. Дудар

У статті представлені результати дослідження з вивчення ефективності комплексного методу лікування уражень СОР у хворих на целіакію, що включає безглютенову дієту, безглютенових зубну пасту «Арджітал», безглютеновий зубний еліксир «Лізодент», а під час рецидивів безглютенову мазь «Кутівейт». Встановлено, що застосування такого комплексного підходу дозволило статистично достовірно знизити терміни загоєння афт, кількість рецидивів глютен чутливих запальних уражень СОР, нормалізувати стан гігієни рота, а також значно поліпшити показники місцевого та системного неспецифічного та специфічного імунітету.

Ключові слова: целіакія, ураження слизової оболонки рота, лікування

Adult celiac disease: a comprehensive method for the treatment and prevention of gluten sensitive mucosa of the mouth.

D.V. Dudar

The results of a study on the effectiveness of integrated treatment for lesions of the oral mucosa in patients with celiac disease, including a gluten-free diet, gluten-free tooth-paste «Ardzhital» gluten-free mouthwash «Lizodent» and during recurrences gluten-free ointment «Kutiveyt.» Found that the use of the integrated approach has allowed significantly reduce the healing time of the AFL, the number of relapses celiac inflammatory lesions of the oral mucosa, to normalize the status of oral hygiene, as well as significantly improve the performance of local, systemic non-specific and specific immunity.

Key words: Celiac Disease, lesions of the mucous membranes of the mouth, treatment