

АССОЦИИРОВАННЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ТЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И ИНСУЛИНОЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА

РЕЗЮМЕ

Под наблюдением находились 494 пациента, которые были отобраны методом случайной выборки и разделены на 3 группы: с инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) (187 больных), с первичным ИЗСД (163 больных) и без ИЗСД (144 больных), в возрасте от 15 до 72 лет с различными воспалительными заболеваниями пародонта.

Анализ полученных результатов показал, что среди воспалительных заболеваний пародонта преобладающими являются пародонтит и гингивит.

Одной из причин распространения воспалительных заболеваний пародонта является сахарный диабет, на фоне которого заболеваемость достигает максимального уровня.

Ключевые слова: воспалительные заболевания пародонта, гингивит, пародонтит, инсулинозависимый сахарный диабет.

SUMMARY

ASSOCIATE PARALLELS IN THE CURRENT OF PARODONTIUM INFLAMMATORY DISEASES AND INSULIN-INDEPENDENT DIABETES MELLITUS

494 patients were under supervision whom have been selected by a method of random sample and are divided into 3 groups: with insulin-independent diabetes mellitus (IIDM) (187 patients), with primary IIDM (163 patients) and without IIDM (144 patients), at the age from 15 till 72 years with parodontium inflammatory diseases. The analysis of the received results has shown that periodontitis and gingivitis are prevailing among parodontium inflammatory diseases.

The diabetes is one of the reasons of distribution of parodontium inflammatory diseases which against the background morbidity reaches a maximum level.

Keywords: parodontium inflammatory diseases, periodontitis, gingivitis, insulin-independent diabetes mellitus.

Инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД) является одним из наиболее часто встречаемых заболеваний человечества и представляет собой важную медико-социальную проблему [2, 5, 9]. Дополнительно к заболеваниям глаз, почек, сердца, нервов и сосудов, осложнения в ротовой полости являются основными проблемами диабета. Среди больных сахарным диабетом большое распространение имеют воспалительные заболевания пародонта, которые встречаются у 47–98% больных, отличаются тяжелым течением и резистентностью к традиционным методам лечения [3, 6, 7, 12].

Данная патология эндокринной системы характеризуется ранними стоматологическими проявлениями в виде стоматитов, гингивитов, дистрофических нарушений пародонта, что является одной из причин ранней потери зубов и вынужденным использованием различных конструкций несъемных протезов, даже в молодом возрасте. Изменения со стороны челюстно-лицевой области при ИЗСД множественны и зависят от уровня гликемического контроля, длительности данной патологии. [4, 10, 11]

К структурным изменениям в тканях пародонта у больных диабетом приводят глубокие метаболические нарушения, выраженные изменения в микроциркуляторном русле пародонта: повреждение базальной мембраны

Шахбазов Камран Бадал
оглу,

*Ассистент кафедры
Терапевтической
стоматологии,
Азербайджанский
Медицинский
Университет*

и эндотелиоцитов кровеносных капилляров, нарушение проницаемости их стенок и реологических свойств крови. Это существенно влияет на трофику тканей пародонта, способствуя прогрессированию в них дистрофических и воспалительных процессов [8].

Цель исследования — изучение особенностей течения воспалительных заболеваний пародонта у больных с ИЗСД.

Материал и методы исследования.

Работу проводили на базах кафедры терапевтической стоматологии Азербайджанского медицинского университета, Республиканского и городского эндокринологических диспансеров. Под наблюдением находились 494 пациента, которые были отобраны методом случайной выборки и разделены на 3 группы: с ИЗСД (187 больных), с первичным ИЗСД (163 больных) и без ИЗСД (144 больных), в возрасте от 15 до 72 лет с различными воспалительными заболеваниями пародонта.

Клиническое обследование проводили по общепринятой схеме [1]. Выясняли жалобы пациента, анамнез жизни, развитие настоящего заболевания, перенесенные и сопутствующие заболевания. После внешнего осмотра приступали к осмотру и инструментальному обследованию полости рта, при котором учитывали состояние слизистой оболочки щек, губ и языка, состояние десневого края, наличие свищей, абсцессов, наддесневых и поддесневых зубных отложений. Воспалительные явления в десне оценивали по гиперемии, отеку, кровоточивости, расшатанности зубов и наличия пародонтальных карманов. Глубину пародонтальных карманов и обнажение поверхности корней зубов определяли градуированным пародонтальным зондом в четырех точках у каждого зуба, регистрируя наибольшее из полученных измерений.

При каждом контакте с пациентами при помощи глюкометра («One Touch Profile») определяли содержание в их крови глюкозы. Все пациенты с ИЗСД получали комплексное консервативное лечение, которое в дополнение к профессиональной гигиене полости рта, обучению и контролю качества гигиены, включало общее лечение, назначенное врачами-эндокринологами в соответствии с принятыми в лечебных учреждениях схемами.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью вычисления среднеарифметической взвешенной, критерия Ван-дер-Вардена, критерия Стьюдента, критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение.

В результате проведенного комплексного обследования стоматологическая заболеваемость была выявлена у 367 из 494 пациентов (75,0%). Нозологическая структура воспалительных заболеваний пародонта среди обследованных больных представлена в таблице 1.

Анализ полученных результатов показал, что среди воспалительных заболеваний пародонта преобладающими являются пародонтит — 47,8±2,2% и гингивит — 31,4±2,1% ($p<0,001$). Удельный вес пародонтоза (4,3±0,9%) и прочей стоматологической заболеваемости (1,6±0,6%) был невелик. У 46 из 494 пациентов (9,3±1,3%) отмечалось одновременное сочетание гингивита и пародонтита, что подтверждает единые этиологические корни этих заболеваний в связи с новой концепцией о необходимости их объединения под названием — воспитательные заболевания пародонта.

Однако, в разных группах пациентов ситуация со стоматологической заболеваемостью существенно различается. Так, наиболее высокая частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта наблюдалась среди больных первой группы с клинически диагностированным ИЗСД — 96,3±1,4%. В частности, это касалось пародонтита, частота заболеваемости которым среди больных ИЗСД достигала практически максимального уровня — 81,3±2,9%, тогда как частота гингивита в этой группе больных заметно меньше и составила 20,3±2,9% ($p<0,001$). Вероятно, ИЗСД приводит к настолько серьезным нарушениям в пародонте, что уже предвестник начала его поражения — гингивит сразу же переходит в пародонтит. Подтверждением этому служит факт наличия сочетанных форм гингивита и пародонтита у 21 из 187 больных ИЗСД (11,2±2,3%).

Во второй группе пациентов с первично выявленным ИЗСД стоматологическая заболеваемость также оказалась довольно высокой, но заметно уступала больным с развившимся ИЗСД, составляя в среднем 57,7±3,9% ($p<0,001$). Инте-

Таблица 1 Нозологическая структура и частота встречаемости воспалительных заболеваний пародонта

Нозологическая структура	Общая группа пациентов (n=494)		Пациенты трех групп наблюдения					
			Больные ИЗСД (n=187)		Первичный ИЗСД (n=163)		Без ИЗСД (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гингивит	155	31,4±2,1	38	20,3±2,9	49	30,1±3,6	68	47,2±4,2
Пародонтит	236	47,8±2,2	152	81,3±2,9	53	32,5±3,7	31	21,5±3,4
Пародонтоз	21	4,3±0,9	15	8,0±2,0	4	2,5±1,2	2	1,4±1,0
Прочие	8	1,6±0,6	3	1,6±0,9	3	1,8±1,0	2	1,4±1,0
Всего	367	75,0±2,0	180	96,3±1,4	94	57,7±3,9	93	64,6±4,0

Примечание: сумма нозоформ больше числа пациентов со стоматологической заболеваемостью из-за одновременного сочетания гингивита и пародонтита.

Таблица 2

Возрастная приуроченность стоматологической заболеваемости среди пациентов с разными формами ИЗСД и без него

Возрастные группы, лет	Пациенты с ИЗСД			Пациенты с первичным ИЗСД			Пациенты без ИЗСД		
	Число пациентов	Число пациентов с СЗ		Число пациентов	Число пациентов с СЗ		Число пациентов	Число пациентов с СЗ	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%
<20	33	31	93,9±4,2	27	9	33,3±9,2	23	8	34,8±4,0
20–34	39	37	94,9±3,4	32	16	50,0±8,9	26	15	57,7±4,1
35–49	55	54	98,2±1,8	39	23	59,0±7,9	30	20	66,7±8,8
50–64	34	33	97,1±2,9	37	27	67,9±9,0	35	26	74,3±7,5
≥65	26	25	96,2±3,8	28	19	73,0±7,4	30	24	80,0±7,4
Всего	187	180	96,3±1,4	163	94	57,7±3,9	144	93	64,6±4,0

Примечание: СЗ — стоматологическая заболеваемость

ресно, что показатели встречаемости гингивита и пародонтита оказались идентичными — соответственно 30,1±3,6% и 32,5±3,7% ($p>0,05$). Первый из этих показателей намного превысил свой аналог в предыдущей группе ($p<0,05$), а второй, напротив, был меньше своего аналога ($p<0,001$). В группе больных с первичным ИЗСД также отмечалось меньшее число одновременного сочетания гингивита и пародонтита — 15 случаев на 163 обследованных (9,2±2,3%; $p>0,05$).

Стоматологическая заболеваемость у пациентов третьей группы, не имеющих ИЗСД на период проведения исследования, была практически такой же, как и у пациентов с первичным ИЗСД — 64,6±4,0% ($p>0,05$). Однако, в этой группе разница в показателях встречаемости гингивита и пародонтита была очень велика — соответственно 47,2±4,2% и 21,5±3,4% ($p<0,001$), т.е. первый из них намного превышает ($p<0,001$), а второй явно уступает показателям других групп ($p>0,05$). Сочетания гингивита и пародонтита были выявлены у 10 из 144 пациентов (6,9±2,1%; $p>0,05$).

Во всех трех группах пациентов заболеваемость пародонтозом была небольшая и варьировала от 1,4±1,0% до 8,0±2,0% ($p<0,01$). Невысокой была и прочая стоматологическая заболеваемость — от 1,4±1,0% до 1,8±1,0% ($p>0,05$).

Таким образом, результаты настоящего исследования показывают, что по мере развития ИЗСД более легкие, поверхностные воспалительные заболевания пародонта (гингивит) сменяются более тяжелыми и глубокими (пародонтит).

Анализ данных возрастной структуры стоматологической заболеваемости показал, что по мере повышения возраста пациентов возрастает их стоматологическая заболеваемость. Возрастная приуроченность стоматологической заболеваемости — хорошо известный факт, и объясняется он многими взаимосвязанными и взаимообусловленными причинами — старением тканей пародонта, снижением его защитных функций и прочими. Еще одной такой причиной признается ИЗСД, который, нарушая местное кровообращение в пародонте и снижая его иммунные свойства, благоприятствует развитию стоматологической заболеваемости.

Возрастная приуроченность стоматологической заболеваемости справедлива в отношении пациентов с первичным ИЗСД и без него (таблица 2).

Для последней группы пациентов данная ситуация вполне понятна и полностью вписывается в канву известных фактов — чем больше возраст пациентов, тем выше у них стоматологическая заболеваемость. Стоматологическая заболеваемость возрастает и в группе пациентов с первичным ИЗСД — от 33,3±9,2 до 73,0±7,4% ($p<0,02$).

Идентичность полученных результатов показывает, что в начальной стадии диабетические изменения в пародонте не приобретают выраженный патологический характер, вызывающий рост стоматологической заболеваемости. Причем начальные стадии ИЗСД не причиняют значительных беспокойств пациентам, побуждающих их к обращению за медицинской помощью. Повышенный уровень сахара у них был выявлен непосредственно на стоматологическом приеме, и ни один из этих пациентов ранее не проходил подобного обследования. В этом аспекте следует отметить следующее: распространенность ИЗСД намного шире, чем это представляется в официальных данных. Поэтому раннее выявление ИЗСД, при котором реабилитация углеводного обмена весьма проста и эффективна, во многом будет способствовать эффективной его профилактике и снижению распространенности среди населения. Важно и то, что одновременно значительно снизится и риск заболеваемости воспалительными заболеваниями пародонта, одной из причин которой является ИЗСД.

Совершенно иная ситуация складывается среди пациентов с ИЗСД, когда какой-либо возрастной приуроченности стоматологической заболеваемости не прослеживается, так как во всех возрастных группах она практически одинаковая и варьирует от 93,9±4,2 до 98,2±1,8% ($p>0,05$). Следовательно, ИЗСД является причиной, благоприятствующей развитию стоматологической заболеваемости и, вне зависимости от возраста, при клинически развернутом ИЗСД происходит сильное воздействие на состояние полости рта, в

частности, на ткани пародонта. Данная ситуация весьма неблагоприятная, так как столь тяжелое заболевание, как ИЗСД, довольно часто встречается в молодом и очень молодом возрасте, когда стоматологическая заболеваемость не столь часта, протекает в более легких формах и лучше поддается лечению. При этом ИЗСД «омолаживает» стоматологическую заболеваемость.

Анализ взаимообусловленности ИЗСД и стоматологической заболеваемости в зависимости от пола пациентов показал, что в третьей группе пациентов, не имеющих ИЗСД, стоматологическая заболеваемость среди мужчин составила $79,4 \pm 5,1\%$, а среди женщин она была намного меньше — $63,1 \pm 5,6\%$ ($p < 0,001$). По-видимому, это связано с тем, что женщины, по сравнению с мужчинами, более внимательно относятся к соблюдению гигиены полости рта и эстетичности зубных рядов.

Во второй группе пациентов с первичным ИЗСД стоматологическая заболеваемость среди мужчин была несколько выше, чем среди женщин — $64,9 \pm 5,6\%$ и $51,2 \pm 5,4\%$ соответственно ($p > 0,05$), т.е. уже в начальном периоде развития ИЗСД в пародонте происходят изменения и создаются условия для развития стоматологической заболеваемости и нивелированию ее показателей среди пациентов обоих полов. Максимального уровня стоматологическая заболеваемость с полным нивелированием ее показателей среди мужчин и женщин наблюдается среди первой группы пациентов с ИЗСД — $96,6 \pm 1,9\%$ и $95,9 \pm 2,0\%$ соответственно ($p > 0,05$). Следовательно, только лишь соблюдение гигиены полости рта не может обеспечить эффективную профилактику стоматологической заболеваемости, обусловленной ИЗСД и протекающей на его фоне.

Основные нозологические формы стоматологической заболеваемости — гингивит и пародонтит присущи всем возрастным группам, однако первый из них чаще наблюдается в более молодом возрасте, а второй — в пожилом возрасте. Анализ взаимовлияния воспалительных заболеваний пародонта и ИЗСД показал ряд особенностей в возрастной заболеваемости гингивитом среди пациентов разных групп.

Так, в третьей группе больных без ИЗСД наиболее высоким был показатель заболеваемости гингивитом среди пациентов самой молодой возрастной группы до 20 лет — $78,3 \pm 8,8\%$. С каждым повышением возрастного интервала на 15 лет показатель заболеваемости гингивитом последовательно снижался и достигал наименьшего значения у пациентов в возрасте старше 65 лет — $26,7 \pm 8,2\%$ ($p < 0,01$). Такое стремительное снижение заболеваемости гингивитом напрямую связано с тем, что с повышением возраста, наряду с физиологическими изменениями, происходят и изменения защитных функций пародонта, и начавшийся воспалительно-инфекционный про-

цесс на поверхностных тканях пародонта (гингивит) быстро распространяется в его глублежащие ткани и вызывает более тяжелые поражения (пародонтит). Кроме того, данную возрастную динамику можно объяснить и тем, что в более старших возрастных группах состоянию полости рта уделяется большее внимание и при развитии гингивита эти пациенты своевременно обращаются к стоматологам.

Во второй группе пациентов с первичным ИЗСД наблюдалась аналогичная картина, но темпы снижения заболеваемости гингивитом по мере повышения возраста были более медленными — с $44,4 \pm 9,7\%$ до $21,4 \pm 7,9\%$ ($p > 0,05$). Если перенести на данную группу вышесказанное о возрастной эффективности лечения гингивита, то можно полагать, что начальные стадии ИЗСД негативно отражаются на эффективности его лечения. При этом даже начальные стадии ИЗСД повышают частоту заболеваемости гингивитом.

В первой группе пациентов с клинически выраженным ИЗСД какой-либо возрастной приуроченности заболеваемости гингивитом не отмечалось, и ее показатели в разных возрастных группах варьировали в небольших пределах — от $15,4 \pm 5,9$ до $23,5 \pm 7,4\%$ ($p > 0,05$). Скорее всего, состояние пародонта при ИЗСД столь же неблагоприятное, как и в любом возрасте, он подвержен воспалению, а невысокая частота встречаемости воспалительных заболеваний в этой группе пациентов связана с быстрым перерастанием гингивита в пародонтит или же в совместном их протекании.

Анализ возрастной динамики заболеваемости пародонтитом в первой группе пациентов показал, что, во-первых, вне зависимости от возраста, при ИЗСД заболеваемость достигает очень высоких показателей, в среднем $81,3 \pm 2,9\%$ и значения во всех возрастных группах идентичные, с вариацией от $76,5 \pm 7,4\%$ до $85,5 \pm 4,8\%$ ($p > 0,05$).

Во-вторых, наблюдается быстрое перерастание гингивита в пародонтит. В-третьих, на фоне ИЗСД существенно снижается эффективность лечения пародонтита, т.е. лечение этого заболевания должно носить специфический характер, учитывающий ИЗСД.

Во второй группе пациентов с первичным ИЗСД не только снижается заболеваемость пародонтитом — в среднем $32,5 \pm 3,7\%$ ($p > 0,01$), но она приобретает выраженный возрастной характер. Однако, в данном случае, по мере повышения возраста пациентов заболеваемость пародонтитом не снижается, как это наблюдалось при гингивите, а, наоборот, повышается — с $22,2 \pm 8,1$ до $50,0 \pm 9,6\%$ ($p > 0,05$).

Следовательно, по мере развития начальных стадий ИЗСД в пародонте начинают происходить процессы, благоприятствующие воспалительным заболеваниям, в частности, пародонтиту. Выраженность этих процессов еще слабая, так как

общий показатель заболеваемости пародонитом не столь заметно превышает аналогичный показатель третьей группы пациентов без ИЗСД, у которых он составляет в среднем $21,5 \pm 3,4\%$ ($p < 0,05$) при той же возрастной динамике повышения заболеваемости пародонитом — от $13,0 \pm 7,2\%$ до $30,0 \pm 8,5\%$ ($p > 0,05$).

Заключение.

Таким образом, распространенной стоматологической патологией являются воспалительные заболевания пародонта, среди которых преобладают гингивит (чаще среди молодых) и пародонит (чаще у пожилых).

Одной из причин распространения воспалительных заболеваний пародонта является ИЗСД, на фоне которого стирается возрастная и половая приуроченность заболеваний пародонта и заболеваемость достигает максимального уровня. Сопоставительная характеристика сравниваемых групп больных позволяет констатировать, что наличие ИЗСД оказывает выраженное неблагоприятное влияние на состояние пародонтальных структур. При этом уже начальные стадии ИЗСД благоприятствуют развитию воспалительных заболеваний пародонта, способствуя утяжелению их клинического течения и перерастанию легких и поверхностных форм в более тяжелые и глубокие формы.

Результаты настоящего исследования дают обоснование необходимости совместной курации больных ИЗСД с воспалительными заболеваниями пародонта врачами-эндокринологами и врачами-стоматологами, что требует разработки и внедрения в практическое здравоохранение специальных организационных программ по

комплексному медицинскому обеспечению таких пациентов.

Литература

1. Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В. Клиническая периодонтология. Минск, 2002, с. 160–186.
2. Балаболкин М.И. Сахарный диабет. — М.: Медицина, 1994, 383 с.
3. Барер Г.М., Евстифеева О.В., Михайлова Ю.А., Климова А.Ю. Состояние пародонта и местного иммунитета полости рта у больных с осложненным течением сахарного диабета. // Кафедра 2005, № 3, с.30–36.
4. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта // Пародонтология, 2008, № 3, с.3–5.
5. Джураева Ш.Ф. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта при сахарном диабете // Стоматология Таджикистана, Душанбе, 2006, № 4, с. 40–42.
6. Джураева Ш.Ф. К вопросу о влиянии сахарного диабета на развитие заболеваний пародонта // Вестник Ивановской медицинской академии. — Иваново, 2009, № 1, Том 14, с. 48–50
7. Михайлова Ю.А., Воспалительные поражения пародонта у больных сахарным диабетом. Материалы II Национальной научно-практической конференции с международным участием, Смоленск 2004, с.139.
8. Савченко З.И., Евстифеева О.В., Михайлова Ю.А., Климова А.Ю., Влияние нарушений межсистемной и внутрисистемной регуляции иммунитета на эффективность лечения пародонтита у больных с осложненной формой сахарного диабета. // Дентал форум 2009, с.31–37.
9. Стаценко М.Е., Косицына А.Ф., Туркина С.В. Сахарный диабет: учеб.-метод. пособие. Вып. 1. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, принципы лечения. — Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2002, 64 с.
10. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. и др. Особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта и врачебной тактики при сахарном диабете // Пародонтология., 2002, № 3, с.15–22.
11. Янушевич О.О. Болезни пародонта (стресс-индуцирующие, климатогеографические, общесоматические и лечебно-профилактические аспекты), Душанбе, 2009, 400с.
12. Straka M. Parodontitis and diabetes mellitus. Progresdent, 2001, p.10–12

ОЦЕНКА ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗА В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Резюме.

Были выявлены характерные признаки воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) острой и хронической формы у 56 больных без бруцеллеза и у 113 с бруцеллезом. На процесс развития, длительность течения и эффективность лечения и профилактики ВЗП влияют неудовлетворительное состояние полости рта, снижение иммунологической реактивности. Необходимо отметить усиление действия указанных факторов на фоне бруцеллеза. Результаты клинических исследований доказывают высокую эффективность предложенной комбинации лекарственных средств.

Ключевые слова: воспалительных заболеваний пародонта, бруцеллез, лечение, комбинация лекарственных средств

Галандар Алиев
Ассистент кафедры
Терапевтической
стоматологии
Азербайджанский
Медицинский
Университет