

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ (ИЗСД)

И.Г. Дикова, С.М. Захарова, Б.А. Ревенок

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Резюме. В работе приведены результаты клинико-лабораторного обследования 426-ти пациентов ИЗСД. Установлена зависимость распространенности заболеваний пародонта от давности СД и возраста пациентов. Предложены схемы лечебно-профилактических мероприятий для различных категорий пациентов.

Ключевые слова: инсулинозависимый сахарный диабет (ИЗСД), заболевания пародонта, лечение, профилактика.

ОБҐРУНТУВАННЯ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТУ У ХВОРИХ НА ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ (ІЗЦД)

І.Г. Дікова, С.М. Захарова, Б.А. Ревенок

Резюме

У роботі наведені результати клініко-лабораторного обстеження 426-ти пацієнтів ІЗЦД. Установлена залежність поширеності захворювань пародонту від давності ЦД та віку пацієнтів. Запропоновані схеми лікувально-профілактичних заходів для різних категорій пацієнтів.

Ключові слова: інсулінозалежний цукровий діабет (ІЗЦД), захворювання пародонту, лікування, профілактика.

GROUND OF METHODS OF PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF DISEASES OF PARADONTIUM FOR PATIENTS INSULIN-DEPENDENT SACCHARINE DIABETES (IZSD)

I. Dikova, S. Zakharova, B. Revenok

Summary

The results of clinical and laboratory inspection are in-process resulted 426 patients of IZSD. Dependence of prevalence of diseases of paradontium is set on the remoteness of SD and age of patients. The charts of prophylaxis and treatment measures are offered for the different categories of patients.

Key words: saccharine diabetes (SD), diseases of paradontium, treatment is a prophylaxis.

Разработка эффективных методов профилактики и лечения заболеваний пародонта остается на сегодня одним из главных направлений стоматологии. В значительной мере это относится к наиболее распространенному заболеванию — генерализованному пародонтиту, лечение которого составляет актуальную медицинскую и социальную проблему. Это обусловлено его высокой распространенностью, сложностью диагностики начальных проявлений, прогрессирующим течением и тяжелыми последствиями, приводящими к потере зубов [1].

На частоту, характер течения и тяжесть генерализованного пародонтита большое влияние оказывает наличие общих соматических заболеваний в организме. Одним из таких патологических состояний, при котором наблюдается связь с болезнями пародонта, является сахарный диабет. Он приводит к возникновению значительных изменений в обмене веществ в организме. Метаболические нарушения, свойственные сахарному диабету, уже на ранних этапах его развития приводят к генерализованному поражению как мелких (микроангиопатии), так и средних и крупных (макроангиопатии) сосудов. Глубокие нарушения метаболизма и генерализованный характер ангиопатий являются основной причиной развития осложнений диабета вследствие вовлечения в патологический процесс органов и систем. К таким проявлениям относятся и заболевания пародонта [2].

В зависимости от этиологических факторов, возраста и характера возникновения, особенностей клинического течения, скорости развития различных осложнений и сопутствующих заболеваний выделяют два типа сахарного диабета — инсулинозависимый (ИЗСД) и инсулинонезависимый (ИНСД) [3]. Инсулинозависимый (ИЗСД) диабет характеризуется острым началом в детском и юношеском возрасте, глубокими метаболическими нарушениями, приводящими к возникновению сопутствующих заболеваний. При обследовании больных инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД) можно получить более достоверные данные о влиянии диабета на ткани пародонта, особенно в молодом возрасте, когда можно исключить влияние инволютных процессов, а также других соматических заболеваний [4].

Целью данной работы явилось изучение особенностей развития, течения и обоснования лечебно-профилактических мероприятий генерализованного пародонтита у больных инсулинозависимым сахарным диабетом (ИЗСД).

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 426 больных ИЗСД, у которых изучена распространенность гингивитов, генерализованного пародонтита, пародонтоза и динамика этих показателей в зависимости от возраста больных и продолжительности болезни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди больных ИЗСД в молодом возрасте количество лиц с клинически здоровыми тканями пародонта составляет 15,85±1,91 % от общего числа обследованных (табл. 1). С увеличением возраста больных их количество уменьшается и составляет в возрастной группе 22–35 лет 5,26±1,23 %, а среди лиц старше 36-ти лет – всего 0,95±0,28 %. Прослеживается четкая тенденция уменьшения количества лиц без патологии пародонта с увеличением возраста обследованных.

Количество больных с различными формами гингивитов в возрасте 16–21 год составляет 47,62±2,05 %. С возрастом их количество уменьшается до 5,26±1,23 % – больных в возрасте 22–35 лет, до 0,95–0,28 % больных 36–60 лет, то есть в 12,56 раза.

Уже в возрасте 16–21 год значительное место среди заболеваний пародонта занимает генерализованный пародонтит – 36,51±1,87 %. Его удельный вес увеличивается в возрасте 22–35 лет до 81,58±0,98 % (в 2,2 раза), достигая максимума в старшей возрастной группе – 92,42±1,05 % (в 2,5 раза). Таким образом, генерализованный пародонтит, занимая значительное по частоте место среди больных молодого возраста, становится преобладающей патологией у больных ИЗСД в старших возрастных группах. В целом удельный вес больных генерализованным пародонтозом довольно высок и составляет 80,28±1,09 %.

Пародонтоз наблюдался лишь у лиц в III возрастной группе (36–60 лет) и его удельный вес составил 2,84±0,96 %, а среди всех обследованных лиц с ИЗСД лишь 1,4±1,11 %.

Таким образом, распространенность заболеваний пародонта среди больных ИЗСД составляет 95,30 %. Среди заболеваний пародонта различные формы гингивита составляют 13,62±1,22 %, генерализованный пародонтит 80,28±1,09 % и пародонтоз 1,40±1,11 %. Наиболее распространенным заболеванием пародонта является генерализованный пародонтит, который в 6 раз превышает удельный вес гингивитов и в 57 раз удельный вес пародонтоза.

Проводя обследование лиц с ИЗСД, установили, что давность основного заболевания оказывает значительное влияние на распространенность заболеваний пародонта (табл. 2).

Таблица 1

Распространенность заболеваний пародонта у лиц с ИЗСД в зависимости от возраста больных (%)

Состояние тканей пародонта	Возрастные группы (годы)			Всего	
	16–21	22–35	36–60	абс. чис.	%
Клинически интактный	15,87±1,91	5,26±1,23	0,95±0,28	20	4,70±1,17
Гингивиты	47,62±2,05	13,16±1,45	3,79±0,84	58	13,62±1,22
Генерализованный пародонтит	36,51±1,87	81,58±0,98	92,42±1,05	342	80,28±1,19
Пародонтоз	-	-	2,84±0,96	6	1,40±1,11
Итого	100,0	100,0	100,0	426	100,0

Таблица 2

Распространенность заболеваний пародонта в зависимости от продолжительности ИЗСД (%)

Состояние тканей пародонта	Возрастные группы (годы)			Всего	
	16–21	22–35	36–60	абс. чис.	%
Клинически интактный	15,87±1,91	5,26±1,23	0,95±0,28	20	4,70±1,17
Гингивиты	47,62±2,05	13,16±1,45	3,79±0,84	58	13,62±1,22
Генерализованный пародонтит	36,51±1,87	81,58±0,98	92,42±1,05	342	80,28±1,19
Пародонтоз	-	-	2,84±0,96	6	1,40±1,11
Итого	100,0	100,0	100,0	426	100,0

Количество лиц с клинически здоровым пародонтом уменьшается по мере увеличения продолжительности ИЗСД и полностью отсутствует при длительности основного заболевания более 15-ти лет.

Распространенность гингивитов несколько увеличивается при длительности ИЗСД до 5 лет, затем начинает снижаться и при длительности основного заболевания от 16 до 20-ти лет гингивиты составляет лишь $1,39 \pm 0,74$ %.

Распространенность генерализованного пародонтита (ГП) увеличивается от $51,52 \pm 1,88$ % у лиц, болеющих до одного года, до $96,31 \pm 1,13$ % у лиц, болеющих ИЗСД более 15-ти лет.

Пародонтоз впервые встречается в группе лиц, болеющих ИЗСД от 16 до 20-ти лет. Его удельный вес в этой группе составляет $2,3 \pm 0,74$ %, а среди обследованных $1,40 \pm 1,11$ %.

Установлена прямая корреляционная связь между тяжестью поражения пародонта и продолжительностью ИЗСД ($R = +0,98$).

Пик прогрессирования генерализованного пародонтита наблюдается при продолжительности ИЗСД от 6 до 10-ти лет.

Таким образом, у больных ИЗСД всех возрастных групп установлена высокая (95,3 %) распространенность ГП и гингивита. Тяжесть заболеваний пародонта находится в прямой зависимости от продолжительности эндокринной патологии.

Наиболее быстрый рост распространенности и тяжести заболеваний пародонта у больных ИЗСД наблюдается в возрасте от 16 до 35-ти лет. ГП к 35-ти годам встречается у 81,6 % обследованных. Это диктует необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий уже в молодом возрасте, даже при маловыраженной клинической картине, обращая особое внимание не столько на возраст, сколько на продолжительность течения сахарного диабета.

Разработана и оценена эффективность различных схем лечебно-гигиенических мероприятий для больных с различной давностью ИЗСД и характерными для каждой группы стоматологическими симптомами.

Схема № 1.

Продолжительность заболевания ИЗСД 1–2 года

Жалобы: неприятный запах изо рта, повышенная чувствительность зубов, кровоточивость десен, сухость СОПР при повышенной жажде.

Объективно: наблюдается практически здоровая десна с незначительно выраженной кровоточивостью.

I этап. Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Выбор средств ИГПР.

Зубные пасты: с противовоспалительным, капилляропротекторным действием, с высоким очищающим эффектом, RDA — не выше 70–90.

Ополаскиватели, содержащие хлоргексидин, лактат алюминия, фитопрепараты.

Зубные щетки средней жесткости, средства ИДГ.

II этап. Профессиональная гигиена проводится с использованием геля «Метрогил-дента», мирамистиновой мази и других паст с противовоспалительным действием.

III этап. Местное лечение.

Проводится по стандартной схеме лечения с использованием антисептиков и препаратов с противогрибковым действием. Назначаем препарат анаболического действия — 20 % раствор хлорида карнитина в виде инстилляций в карманы, аппликаций на десну — 3–4 сеанса.

IV этап. Общее лечение проводится совместно с эндокринологом. Диспансеризация.

Контрольные осмотры и коррекция лечения проводятся каждые три месяца.

Схема № 2.

Продолжительность ИЗСД 3–5 лет.

DS. Хронический катаральный гингивит, ГП нач. – I степени.

I этап. ИГПР: подбор зубной пасты и ополаскивателей с очищающими, антибактериальными, противовоспалительными, капилляропротекторными, десенситизирующими свойствами.

Чистить зубы 2–3 р./сутки.

II этап. Профессиональная гигиена в полном объеме с обязательным применением средств десенситизирующего действия (Сенситив).

III этап. Стимуляция обменных процессов: гидромассаж, гелий-неоновый лазер (2–3 сеанса), 20 % раствор хлорида карнитина для инстилляций (3–4 сеанса).

IV этап. Диспансеризация — осмотр каждые три месяца совместно с эндокринологом.

Схема № 3.

Длительность ИЗСД от 6 до 10-ти лет.

Клинические диагнозы: генерализованный пародонтит I–II ст., кандидоз (различных форм).

При длительности СД от 11 до 15-ти лет.

Клинические диагнозы: генерализованный пародонтит II–III ст., кандидоз, красный плоский лишай.

Схема лечебно-гигиенических мероприятий применяется с учетом фаз лечения генерализованного пародонтита.

Фаза № 1: ИГПР (контроль каждые 3 мес.); профессиональная гигиена (каждые три месяца); противовоспалительная терапия — 20 % р-р карнитина:

- аппликации, инстилляций — 5–7 сеансов;
- паста 20 % р-р + белая глина (повязка);
- аэрозольные ингаляции (при обострившемся течении).

Фаза № 2: хирургическое лечение по показаниям.

Фаза № 3: ортопедическое лечение.

Медикаментозное сопровождение I и II фаз лечения: антисептики с комбинированным действием и антимикотики; обезболивающие препараты, НПВП (кеторол, нимесулид и др.); стимулирующие — согласовываются с эндокринологом.

Коррекция схемы лечения проводится каждые три месяца или по факту обращения пациентов и рекомендаций врача-эндокринолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совместная эффективная работа врача-стоматолога и эндокринолога, мотивация пациента способствуют сохранению жевательного аппарата и обеспечивают высокое качество жизни больных ИЗСД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко А.В. Заболевания пародонта. — Киев, «Медицина». — 2013. — С. 249.
2. Данилевский М.Ф., Борисенко А.В. та ін. Терапевтична стоматологія. Т. 3. Захворювання пародонту. — Київ, Медицина. — 2008. — С. 142.

3. Sicrel R., Shaw J., Zimmet P. The global burden of diabetes // Gan D., ed Diabetes atlas, 2-nd. — Brussels: International Diabetes Federation, 2003. — P. 15–71.
4. Захарова С.М. Особенности течения и лечения генерализованного пародонтита у больных сахарным диабетом: Дис. канд. мед. наук. — Киев. — 1995. — С. 98.