

*ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО»*

*КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ФИПО*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ  
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С  
ИНСУЛИНОЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

асс. Забродняя В.К.

**д.мед.н., проф. кафедры стоматологии ФИПО**

**Чайковская И.В.**

- В результате проведенных исследований у всех 60 пациентов основной группы были выявлены клинические признаки генерализованного пародонтита, хроническое течение.
- Пациенты предъявляли жалобы на кровоточивость дёсен при приёме твёрдой пищи и чистке зубов, усиливающуюся при механическом раздражении, болезненность в дёснах, подвижность зубов, неприятный запах изо рта.
- При этом, частота встречаемости вышеперечисленных жалоб у пациентов I (основной) группы была достоверно значительно больше, чем у больных II группы ( $p < 0,01$ ). Однако, такие симптомы, как подвижность зубов, зуд в дёснах имели одинаковую частоту встречаемости как в I группе, так и во II при отсутствии статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

При объективном исследовании пациентов I группы отмечались выраженные застойные явления в десне, сопровождающиеся симптоматическим гингивитом с выраженными диффузными проявлениями, отмечалось снижение высоты десневых сосочков и закругление его вершины. В области фронтальной группы зубов выявлены участки гиперплазированных десневых сосочков.



Десневой край имел цианотичный оттенок, отёчный, при пальпации умеренно болезнен, иногда кровоточил. Наиболее выраженные изменения воспалительного характера в тканях пародонтального комплекса наблюдались во фронтальном отделе нижней челюсти.



При объективном исследовании пациентов II группы, нами также были выделены проявления диффузного катарального гингивита. Высота десневых сосочков снижена, вершина закруглена, десна с цианотичным оттенком, при зондировании слабо кровоточила, тургор не выражен.



- При зондировании ПК I группы отмечалась кровоточивость, глубина ПК составляла не менее 4,5 мм. У пациентов II группы глубина ПК определялась менее 3,0 мм, что статистически значимо было меньше параметров ПК основной группы ( $p < 0,05$ ).
- При сравнительной оценке степени рецессии десневого края у пациентов I в сравнении с пациентами II группы не было выявлено статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).
- Во фронтальном отделе нижней челюсти у пациентов I группы в сравнении с пациентами II группы отмечалась патологическая подвижность зубов, но статистические различия не были достоверными ( $p > 0,05$ ).
- Анализ данных клинических пародонтологических индексов и проб выявил статистически значимые различия по клиническому течению ГП на фоне ИЗСД ( $p < 0,01$ ).

При изучении гигиенического состояния полости рта с учётом компонентов зубного камня было установлено, что у пациентов I группы определялось массивное преобладание над – и поддесневого зубного камня, обильное количество рыхлого, мягкого зубного налёта в пришеечной зоне и межзубных промежутках, окраска которого варьировала от светло-жёлтого до серого, покрывающего зубы. У пациентов II группы также имели место вышеперечисленные изменения, но они были выражены в меньшей степени. Так, суммарный гигиенический индекс Грина-Вермильона в I группе (рис.1)





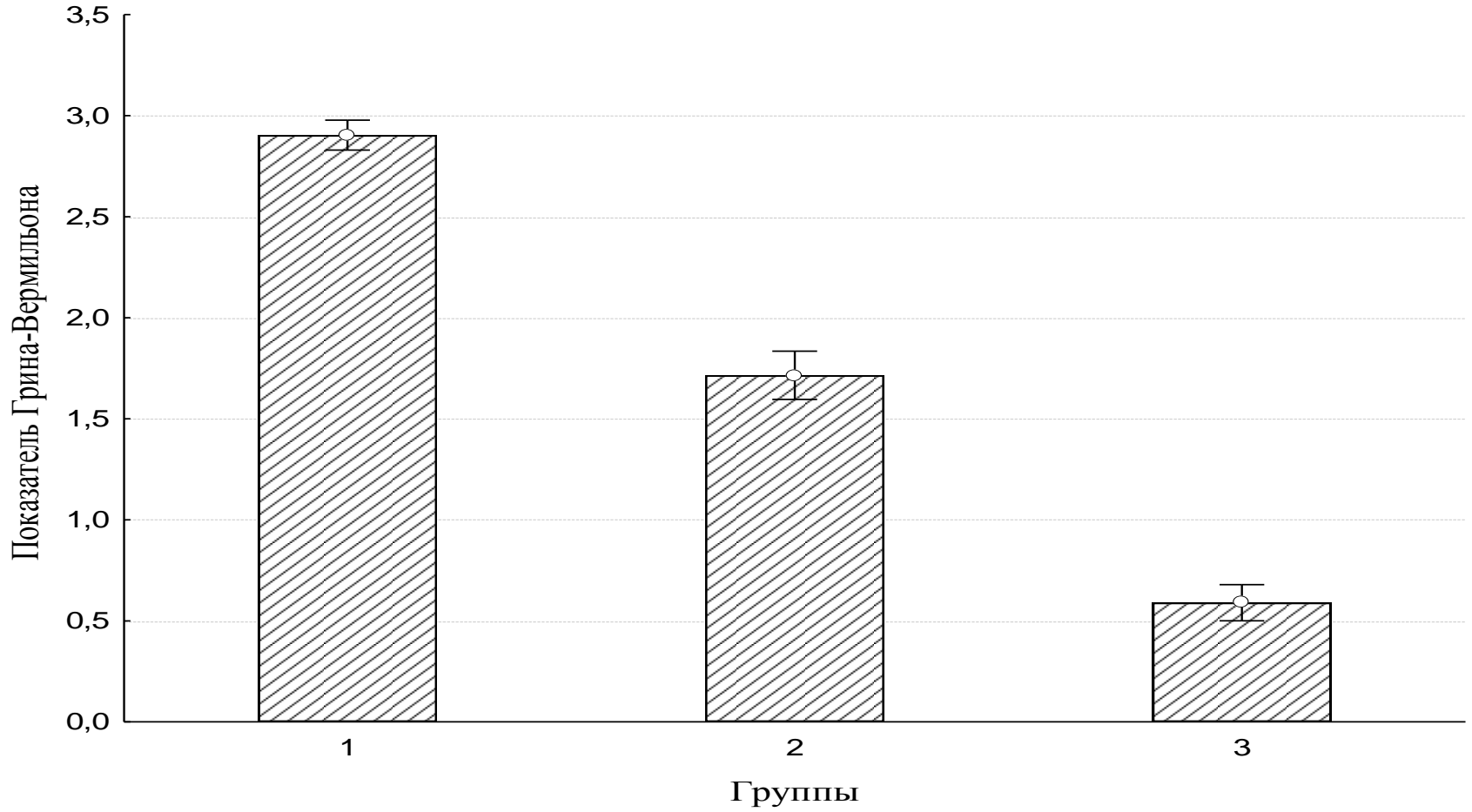


Рис. 1. Показатель Грина-Вермилльона в обследованных группах

- Наибольшее значение показатель Грина-Вермильона имел в I группе, которое составляло  $2,9 \pm 0,04$  (95%ДИ: 2,83-2,98). По сравнению со II группой ( $1,72 \pm 0,06$  (95%ДИ: 1,60-1,83)) и III группой ( $0,59 \pm 0,05$  (95%ДИ: 0,5-0,68)) данный показатель был в 1,7 и 4,9 раза выше, соответственно. То есть, у пациентов основной группы с ГП на фоне ИЗСД среднее значение показателя Грина-Вермильона статистически значимо было выше ( $p < 0,001$ ), чем у пациентов II и III групп, что позволяет расценивать уровень гигиены как неудовлетворительный.
- При оценке гигиенического состояния полости рта после окрашивания фронтальных зубов (рис.2) было установлено, что в III (контрольной) группе и во II группе сравнения показатель индекса Фёдорова-Володкиной составляют  $1,31 \pm 0,13$  (95%ДИ: 1,07-1,56) и  $2,14 \pm 0,17$  (95%ДИ: 1,8-2,47), соответственно.

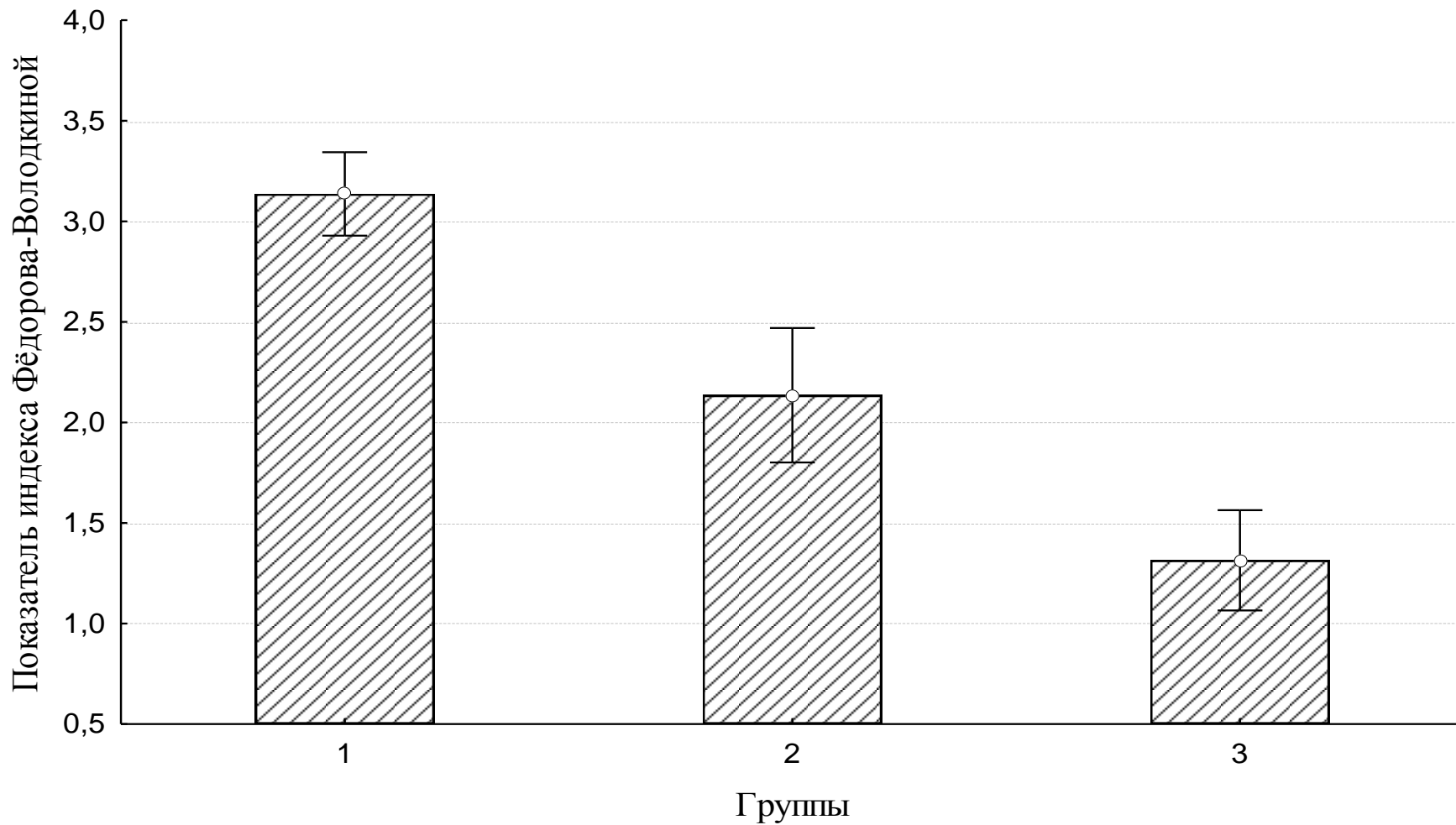


Рис. 2. Показатель индекса Фёдорова-Володкиной в обследованных группах

- У пациентов I группы индекс Фёдорова-Володкиной составил  $3,14 \pm 0,1$  (95%ДИ: 2,93-3,34), что в 2,4 и 1,5 раза достоверно превышало средние значения индекса в III и II группах, соответственно ( $p < 0,001$ ). В подтверждение данных различий объективно у всех пациентов I (основной) группы определялось обильное количество рыхлого, мягкого зубного налёта, покрывающего зубы, окраска которого варьировала от светло-жёлтого, светло-коричневого до серого. Зубной налёт локализовался преимущественно на вестибулярной поверхности и в значительном количестве – в пришеечной области и межзубных промежутках. Отмечалось наличие обильных над- и поддесневых зубных отложений, что позволяло расценивать уровень гигиены как неудовлетворительный.
- Следует отметить также, что высокая концентрация глюкозы в десневой жидкости у больных сахарным диабетом способствует размножению микроорганизмов и быстрому образованию зубного камня.
- При анализе показателей индекса РМА оценивалась достоверность различий интенсивности и распространённости воспалительного процесса в тканях пародонтального комплекса у лиц I, II и III групп. При этом в III группе зафиксировано отсутствие воспалительного процесса в тканях пародонта (рис. 3).

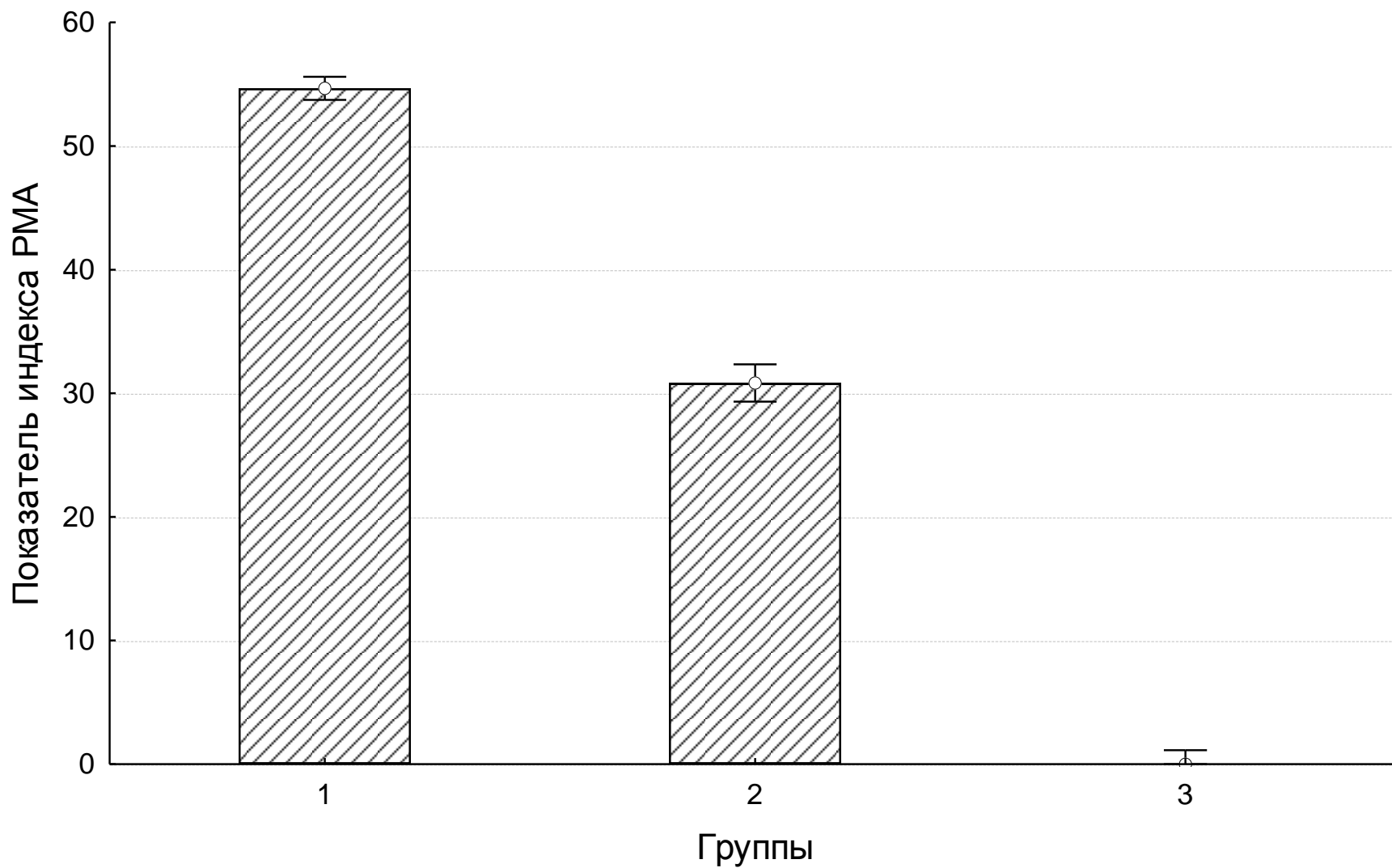


Рис. 3. Показатель индекса PMA у обследованных пациентов

- У пациентов I группы значение индекса РМА составило  $54,67 \pm 0,47$  (95%ДИ: 53,74-55,6) %, что в 1,8 раза достоверно выше, чем у пациентов II группы ( $30,83 \pm 0,76$  (95%ДИ: 29,32-32,33) %) ( $p < 0,001$ ) и свидетельствует о более выраженных воспалительных изменениях в тканях пародонтального комплекса в условиях инсулинозависимости.
- Выраженность дистрофически-воспалительных процессов в пародонте анализировали на основании показателей пародонтального комплекса. Значения индекса Рассела (рис. 4) у пациентов I группы составляло  $4,82 \pm 0,08$  (95%ДИ: 4,66-4,99), что статистически значимо в 1,4 раза превышало значение данного показателя у пациентов II группы  $3,55 \pm 0,13$  (95%ДИ: 3,29-3,82) ( $p < 0,01$ ). Данные различия отражают интенсивность поражений тканей пародонта, воспалительных изменений в десне, образования ПК с последующей резорбцией альвеолярной кости у пациентов I группы.

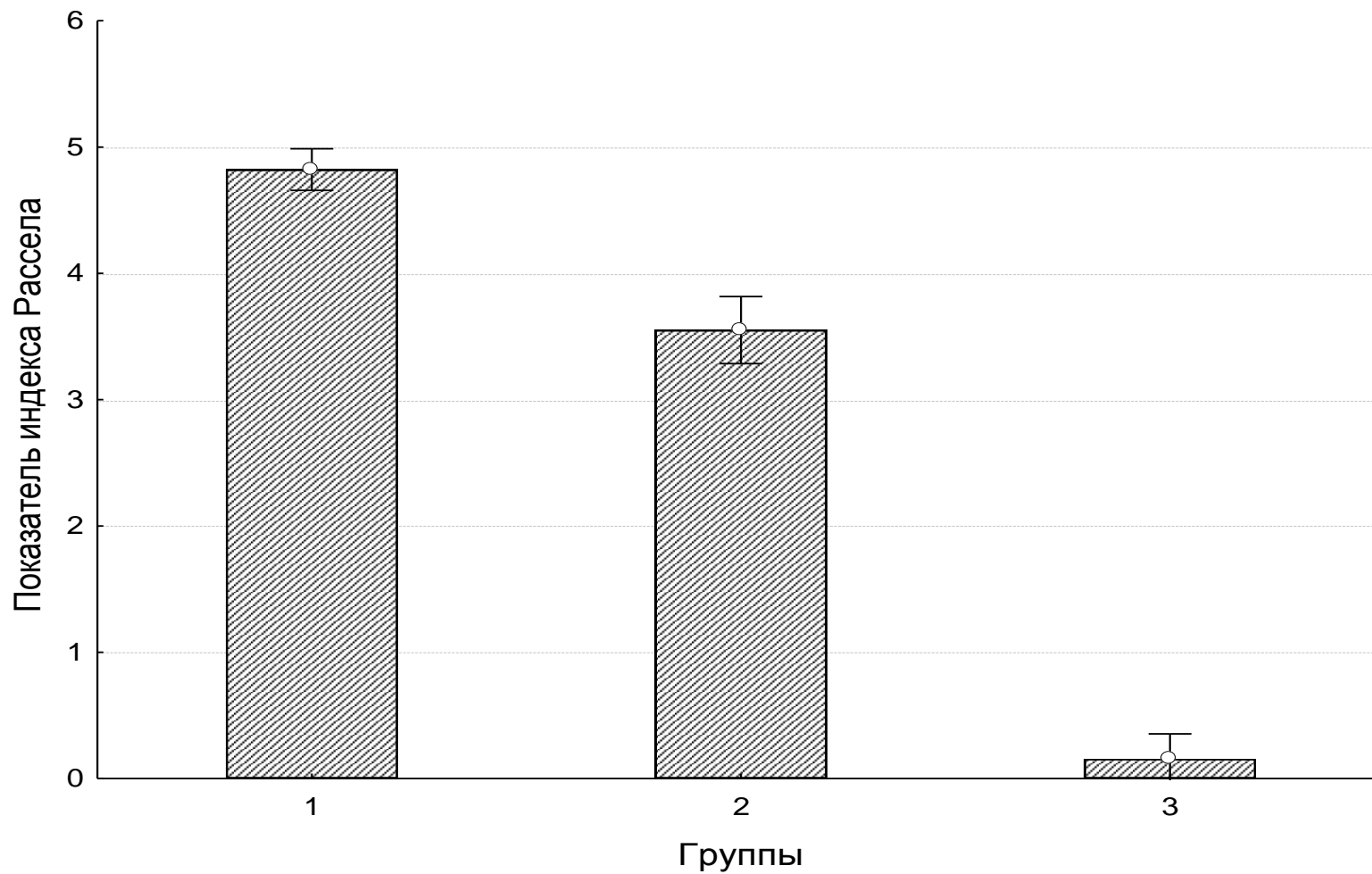


Рис. 4. Показатель индекса Рассела в обследованных группах

При анализе индекса нуждаемости в лечении у пациентов исследуемых групп было выявлено статистически значимые межгрупповые различия, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса и образовании незначительных ПК (рис. 5).



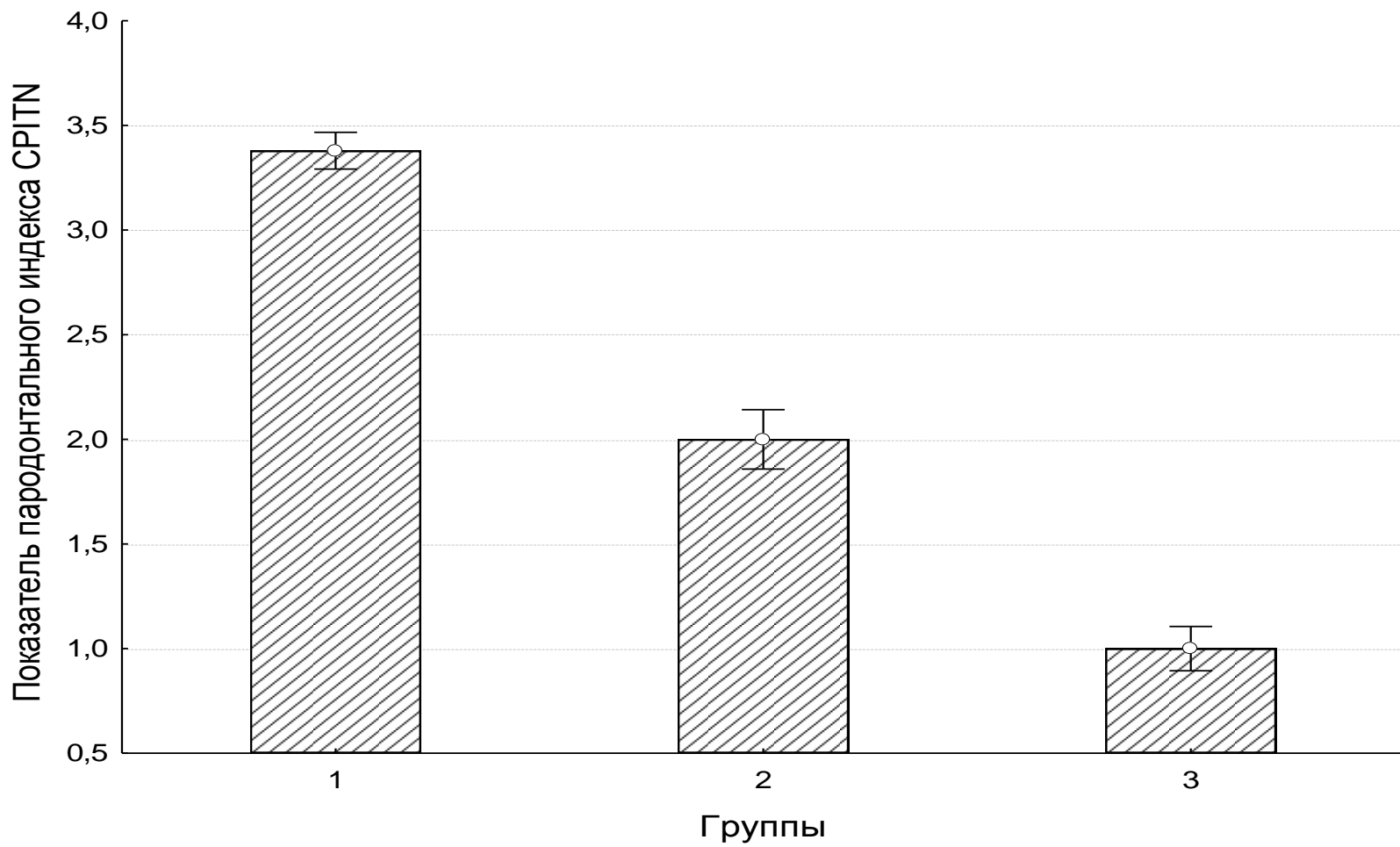


Рис. 5. Показатель пародонтального индекса у обследованных пациентов

- Проводя сравнительную оценку исследуемых групп, было установлено, что наибольшего значения показатель пародонтального индекса CRITN достигает в I группе, составляющий  $3,38 \pm 0,04$  (95%ДИ: 3,29-3,47). У пациентов II группы индекс CRITN был зафиксирован на среднем уровне  $2,0 \pm 0,07$  (95%ДИ: 1,86-2,14), что достоверно в 1,7 раза ниже, чем в I группе ( $p < 0,01$ ). Наименьшее значение индекса CRITN выявлено у пациентов III группы, которое составляло  $1,0 \pm 0,05$  (95%ДИ: 0,89-1,11), что статистически значимо в 3,4 раза ниже, чем в основной группе ( $p < 0,01$ ).
- Таким образом, несмотря на расширяющиеся методы профилактики и лечения, распространённость ГП на фоне инсулинозависимости имеет тенденцию к увеличению, в том числе среди лиц разного возраста, что способствует возрастанию числа новых случаев СД, а проблема особенностей клинического течения и лечения данной категории пациентов остаётся недостаточно изученной.
- При изучении стойкости капилляров у пациентов исследуемых групп (рис. 6) было установлено, что проницаемость капилляров дёсен в основной группе по данным вакуумной пробы Кулаженко имеет статистически значимые отличия от групп сравнения ( $p < 0,01$ ).

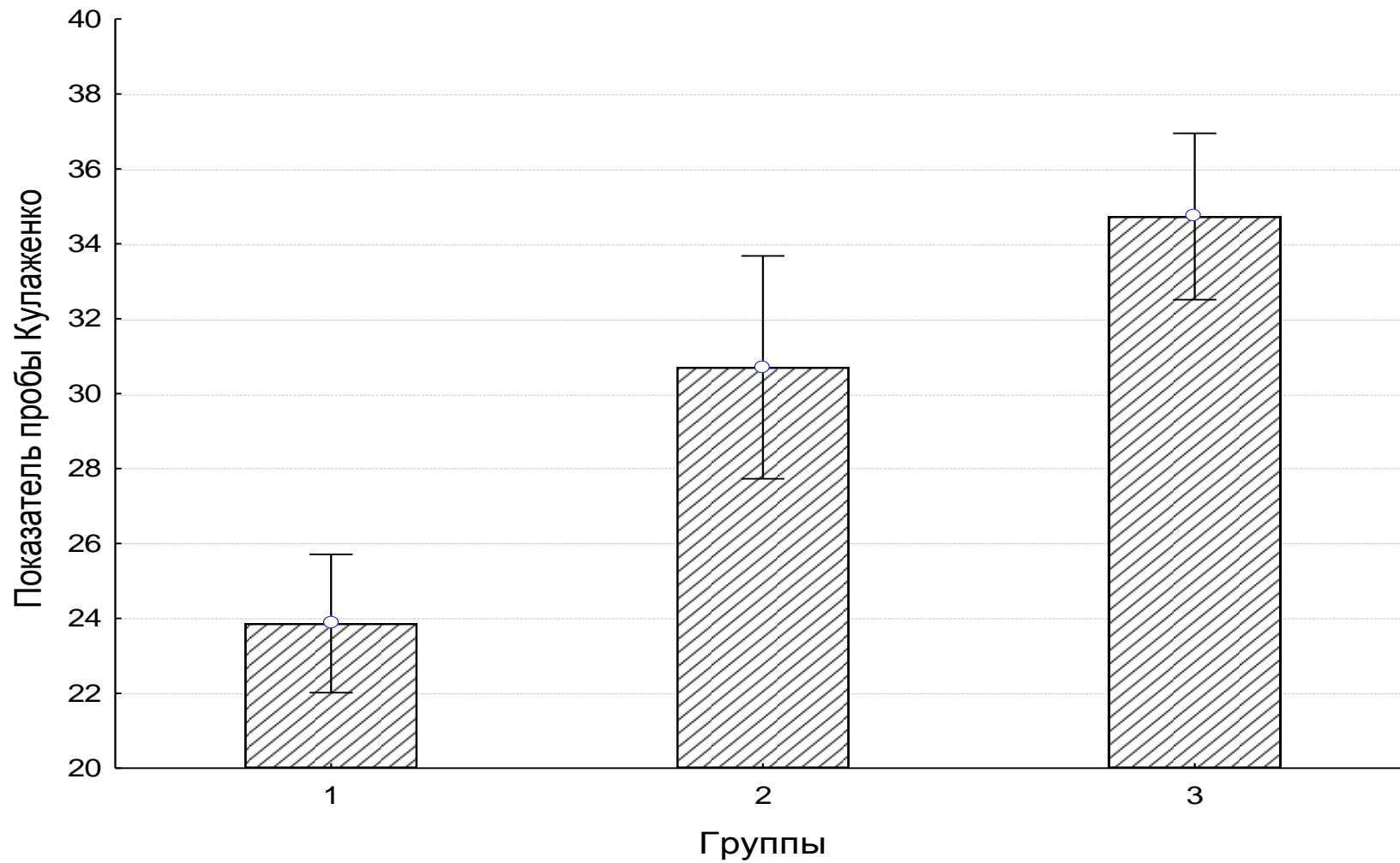


Рис. 6. Показатель пробы Кулаженко у обследованных пациентов

Время образования гематомы у пациентов I группы значительно ниже (23 секунды) по сравнению с практически здоровыми людьми (50-70 секунд), что свидетельствует о нарушении проницаемости стенок сосудов (идёт медленное рассасывание вакуумной гематомы на десне), которые сопровождаются гиперемией, значительной отёчностью и кровоточивостью дёсен. Данные изменения при СД, как правило, носят своеобразный характер: просвет сосуда полностью, как правило, не закрывается, но стенка сосуда поражается всегда. В основе данной патологии лежат процессы плазморрагии, которые сводятся к первичному плазматическому повреждению базальной мембраны микроциркуляторного русла, а затем вызывают склероз и гиалиноз стенок сосудов. Следовательно, микроциркуляторные расстройства у пациентов I группы носят первичный характер на фоне уже имеющегося транскапиллярного обмена, повышенной проницаемости соединительнотканых структур пародонта, гипоксии и снижения устойчивости тканей пародонта к действию неблагоприятных факторов.

- При проведении сравнительного анализа показателей пробы Кулаженко во II и III группах значения данного показателя составляли  $30,7 \pm 1,5$  (95%ДИ: 27,73-33,68) и  $34,73 \pm 1,12$  (95%ДИ: 32,51-36,95), соответственно, при этом, межгрупповые различия не являлись статистически значимыми ( $p > 0,05$ ). У пациентов I группы проба Кулаженко имела значение  $23,86 \pm 0,93$  (95%ДИ: 22,02-25,71), что в 1,3-1,4 раза достоверно меньше ( $p < 0,01$ ), чем в группах сравнения.
- При сравнительной оценке I (основной) и II (контрольной) групп выявлены достоверные межгрупповые различия ( $p < 0,01$ ), которые подтверждают более выраженные изменения в тканях пародонтального комплекса у пациентов основной группы, что подтверждается более высокими уровнями оцененных клинических пародонтологических индексов.

Таким образом, подводя итоги по проведенному групповому анализу используемых клинических индексов и проб, выявлены особенности клинического течения ГП у инсулинозависимых больных, которые свидетельствуют о более выраженных изменениях воспалительного характера в тканях пародонта.

**Спасибо за внимание!**

