

© Бандрівська Н. Н., Шкрєбнюк Р. Ю.

УДК: 616.314.19:613.1+616.724

Бандрівська Н. Н., Шкрєбнюк Р. Ю.

ОБ'ЄКТИВНІ СИМПТОМИ ПЕРЕБІГУ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ НА ФОНІ ДІАБЕТИЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

stomatka@ua.fm

Дана робота є фрагментом комплексної теми «Екологія та пародонт. Взаємозв'язок захворювань пародонту та загальносоматичної патології. Дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба», № державної реєстрації 0215И000045.

Вступ. Частота ураження пародонту при цукровому діабеті, за даними різних авторів, різна і коливається від 65,5% до 100%. Такий розкид даних можна пояснити різноманітністю клінічних форм, важкістю і тривалістю основного захворювання [1,2]. Ураження пародонту при діабеті стало підставою для висловлювання низкою авторів, думки про те, що зміни в пародонті можуть бути ранніми ознаками цукрового діабету і використовуватися, у зв'язку з цим, для його діагностики [1,5].

Цукровий діабет супроводжується важкими обмінними порушеннями та розвитком ангіопатій, насамперед, в активно функціонуючих судинах, до яких і відноситься мікроциркуляторне русло пародонту. Порушення обміну речовин при діабеті у людей більш старшого віку може супроводжуватися остеопорозом, що викликає ще більші зміни в пародонті [3,4].

Мікроангіопатії, порушення обміну, а також тривалість та важкість діабету є визначальними факторами у розвитку загальних захворювань пародонту, зміни якого можуть мати діагностичне значення. Так, на думку Т. І. Немецької (1998) у хворих з прихованою формою діабету тільки на підставі морфологічного дослідження тканин ясен можна поставити діагноз діабету. У таких хворих розвивається особлива форма ураження пародонту – «пародонтоліз діабетичний», при цьому зміни в яснах носять первинний дистрофічний характер і розвиваються внаслідок діабетичної ангіопатії, плазморагії стінок судин і розвитку в них гіалінозу та склерозу, внаслідок швидкої дезорганізації сполучної тканини, зумовленої порушеннями вуглеводного обміну та дефіцитом глюкозаміногліканів [2,3,5].

Згадані процеси супроводжуються зниженням місцевих захисних факторів і посиленням вірулентності патогенних мікробів [1,4]. Клінічні спостереження підтверджуються результатами експериментальних досліджень, які показали, що особливістю пародонтиту на тлі цукрового діабету у щурів, є розвиток некротичних змін і посилення запального процесу в тканинах пародонту, його хронізація і поши-

рення на віддалені від безпосередньо пошкоджених ясен зони [3,5].

Таким чином, етіопатогенез запальних процесів в пародонті при цукровому діабеті пов'язаний з посиленням як локальних, пов'язаних безпосередньо з тканинами пародонту патогенних факторів (активація вірулентних бактерій, зниження активності протизапальних факторів, утворення «бактеріальних бляшок»), так і з дією системних змін, що реалізуються на рівні пародонту (порушення метаболізму, розвиток мікроангіопатій) [1,2,3].

Мікроангіопатії при цукровому діабеті посилюють резорбтивні процеси в кістковій тканині, а потовщення базальної мембрани мікросудин порушує оксигенацію і живлення тканин пародонту, що на тлі наявних при цукровому діабеті обмінних порушень пригнічує відновні процеси у кістці і в слизовій оболонці [2,5]. Однак, пускові механізми функціональних порушень гомеостазу ротової рідини, роль специфічних та неспецифічних захисних механізмів, що відповідають за реалізацію запальної реакції при бактеріальному пошкодженні тканин пародонту та зміни адаптаційно-компенсаторних можливостей організму носять фрагментарний, розрізнений характер, не створюють цілісного уявлення, а відтак, вимагають подальшої розробки та уточнення.

Мета дослідження. Проаналізувати об'єктивні симптоми перебігу генералізованого пародонтиту у пацієнтів, хворих на цукровий діабет I типу з діабетичною кардіоміопатією.

Об'єкт і методи дослідження. З метою з'ясування перебігу генералізованого пародонтиту на тлі цукрового діабету I-го типу у осіб різної статі, нами було обстежено 163 пацієнта, що знаходились на диспансерному обліку в ендокринологічному диспансері м. Львова. З оглянутих осіб 46,62% склали чоловіки, а процентний відсоток жінок становив 53,37%.

За даними амбулаторних карт, компенсована форма цукрового діабету визначалась у 29 чоловіків (38,1%) та у 33 жінок (37,93%); субкомпенсована форма ЦД – у 34 чоловіків (44,74%) та у 39 жінок (44,82%). Найменшу підгрупу – 10,52% чоловіків та 11,49% жінок складали особи з тривалістю перебігу ЦД до 1 року, а найчисельніша підгрупа була представлена 44,73% чоловіками та 45,97% жінками, у яких тривалість перебігу ЦД становила більше

10 років. Задля порівняння поширеності генералізованого пародонтиту у хворих на ЦД І типу було обстежено 93 особи різного віку та статі (порівняльна група), які проходили лікування на базі Стоматологічного медичного центру ЛНМУ імені Данила Галицького.

Для оцінки стану пародонту проводили визначення об'єктивних гігієнічних та пародонтальних індексів. Гігієнічний стан ротової порожнини оцінювали за спрощеним індексом гігієни Гріна-Вермільйона – ОНІ-S (Simplified Oral Hygiene Index), (1964). Для вивчення інтенсивності і поширеності запального процесу в яснах, нами застосовувалася модифікована методика визначення папілярно-маргінально-альвеолярного індексу (РМА) за С. Parma у відсотках, (1960). Глибину пародонтальних кишень (ПК) вимірювали зондом з міліметровими поділками в 6 точках у мм. Втрату зубо-ясенного епітеліального кріплення (ВЕК) визначили за допомогою градуйованого пародонтального зонда у мм, обраховуючи середнє значення за вимірами у 4 точках навколо кожного зуба, за методикою Г. Ф. Білолицької (2010). Для визначення ступені тяжкості дистрофічно-запальних змін у тканинах пародонту використовували комбінований пародонтальний індекс (PI), запропонований Russel у 1956 році.

Для вивчення ступеня і характеру резорбції міжальвеолярних перегородок кістки альвеолярних відростків проводили рентгенологічне обстеження за допомогою панорамної рентгенографії, і оцінювали дані за рентгенологічним індексом Fuch (Rtg).

Результати всіх визначень заносили до карти пародонтологічного обстеження. Отримані дані опрацьовано статистично.

Результати дослідження та їх обговорення.

Аналіз об'єктивних симптомів перебігу генералізованого пародонтиту у пацієнтів груп дослідження (табл.) показав, що у осіб з ЦД І типу прогресуючий генералізований пародонтит виявляли у 46,35% обстежених, що було у 1,4 рази більше, ніж у групі порівняння (32,55%). У той же час, повільно прогресуючий генералізований пародонтит об'єктивувався у 53,63% хворих основної групи проти 67,45% осіб групи порівняння.

В основній групі виразна (51,53%) та помірна (48,46%) кровоточивість ясен відрізнялась від такої у групі порівняння (54,83% та 45,16% відповідно, $p > 0,05$). На болючість ясен вказувало 59,50% обстежених основної групи проти 34,40% осіб групи порівняння, $p < 0,05$. Відсутність болю в яснах відзначало 40,49% пацієнтів з ЦД І типу і 65,59% досліджуваних групи порівняння. У пацієнтів основної групи виразна гіперемія ясен зустрічалась у 1,8 рази частіше відносно даних у порівнянні (46,0% проти 25,80% відповідно, $p < 0,01$). У той же час, незначна гіперемія ясен визначалась у 1,4 рази частіше в осіб без супутніх соматичних захворювань, ніж у хворих на ЦД І типу (74,19% проти 53,76% відповідно, $p < 0,01$). У 86 пацієнтів (52,76%) основної групи діагностували гноетечу з ясенних кишень, що було у 1,2 рази більше, відносно значень у порівнянні (44,08%, $p > 0,05$). Однак, у 47,23% обстежених основної та 55,91% осіб порівняльної групи, гноетечу з ясенних кишень не досліджували, $p > 0,05$. Звертало увагу, що у пацієнтів з ЦД І типу діагностували у 2,4 рази більше – 25,77% глибоких пародонтальних кишень (більше 5-6 мм), ніж у обстежених без загальносоматичних захворювань – 10,75%, $p < 0,01$.

Таблиця.

Динаміка об'єктивних симптомів перебігу генералізованого пародонтита у групах дослідження

Групи дослідження	Кровоточивість		Болючість ясен		Гіперемія ясен		Гноетеча з ясен		Пародонтальні кишень		Патологічна рухомість		R-зміни в міжзубних альвеолярних перегородках	
	Виразна	Помірна	Присутня	Відсутня	Виразна	Незначна	Присутня	Відсутня	Глибокі (>5-6 мм)	Неглибокі (3-4 мм)	Не відповідає ступеню резорбції	Відповідає ступеню резорбції	Вогнища активного остеопорозу	Явища склерозу кісткової структури
Основна (n=163)	51,53 ±3,91 ***	48,46 ±3,91 ***	59,50 ±3,84 *	40,49 ±3,84 *	46,0 ±3,90 *	53,98 ±3,90 *	52,76 ±3,91 ***	47,23 ±3,91 ***	25,77 ±3,42 *	74,23 ±3,42 *	26,38 ±3,45 *	73,61 ±3,45 *	62,57 ±3,79 **	37,42 ±3,79 **
Порівняльна (n=93)	54,83 ±5,16	45,16 ±5,16	34,40 ±4,92	65,59 ±4,92	25,80 ±4,53	74,19 ±4,53	44,08 ±5,14	55,91 ±5,14	10,75 ±3,21	89,24 ±3,21	11,82 ±3,34	88,17 ±3,34	46,23 ±5,16	53,76 ±5,16

Примітка: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; *** $p > 0,05$ – достовірна різниця значень відносно даних порівняльної групи.

У той же час, пацієнтів з неглибокими пародонтальними кишнями (3-4 мм) в основній групі було у 1,2 рази менше, відносно значень у групі порівняння (74,23% проти 89,24% відповідно, $p < 0,01$). В осіб основної групи, у 23,38% випадків патологічна рухомість зубів не відповідала ступеню резорбції кісткової тканини (проти 11,82% аналогічного симптому у групі порівняння, $p < 0,01$). У 73,61% пацієнтів основної та у 88,17% оглянутих порівняльної групи патологічна рухомість зубів відповідала ступеню резорбції кісткової тканини ($p < 0,01$). У результаті проведених рентгенологічних досліджень, встановлено, що вогнища активного остеопорозу об'єктивувалися у осіб основної групи у 1,4 рази частіше, ніж у оглянутих групи порівняння (62,57% проти 46,23% від-

повідно, $p < 0,05$). Явища склерозу кісткової структури діагностовано у 37,42% пацієнтів основної та у 53,76% осіб порівняльної групи, $p < 0,05$.

Висновки. Отже більш виражені симптоми генералізованого пародонтиту у пацієнтів з ЦД I типу з діабетичною кардіоміопатією дають підстави визначити в них швидкопрогресуючий генералізований пародонтит. У пацієнтів з ГП без супутніх соматичних захворювань, з в'ялим перебігом запально-деструктивних змін у пародонті, був діагностований повільно прогресуючий генералізований пародонтит.

Перспективи подальших досліджень. Планується з'ясувати взаємозв'язок клінічних особливостей ГП у хворих з ЦД I типу з діабетичною кардіоміопатією з вільнорадикальним окисленням ліпідів.

Література

1. Генералізований пародонтит: монографія для студентів вищих навчальних закладів, інтернів, лікарів-стоматологів, сімейних лікарів / Т. Д. Заболотний, А. В. Борисенко, А. В. Марков, І. В. Шилівський. – Львів: Гал Дент, 2011 – С. 240.
2. Запальні захворювання пародонту: монографія для студентів вищих навчальних закладів, інтернів, лікарів-стоматологів, сімейних лікарів / Т. Д. Заболотний, А. В. Борисенко, Т. І. Пупін. – Львів: Гал Дент, 2013 – С. 205.
3. Профілактика цукрового діабету та йододефіцитних захворювань у контексті вивчення біотичних проблем / Я. І. Томашевський, В. Т. Андрушко, О. І. Бумбар [та ін.] // Науковий вісник НЛТУ України. – 2013. – Випуск 23.11. – С. 300-364.
4. Томашевський Я. І. Стандартизація медичної допомоги при ранній стадії цукрового діабету та профілактика серцево-судинних і йододефіцитних захворювань / Я. І. Томашевський, О. І. Бумбар, З. О. Бумбар // Здоровий спосіб життя – 2013. – Випуск 16 – С. 34-38.
5. Томашевський Я. І. Цукровий діабет як медико-соціальна проблема і співпраця ендокринолога, пародонтолога та гематолога / Я. І. Томашевський, О. І. Бумбар, Н. Я. Томашевська // Здоровий спосіб життя. – 2005. – Випуск 5. – С. 80-84.

УДК 616.314.19:613.1+616.724

ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕБИГУ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У ХВОРИХ С ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ НА ФОНІ ДІАБЕТИЧНОЇ КАРДІОМІОПАТІЇ

Бандрівська Н. Н., Шкребнюк Р. Ю.

Резюме. У статті наведено аналіз об'єктивних симптомів перебігу генералізованого пародонтиту у пацієнтів з цукровим діабетом I типу з діабетичною кардіоміопатією у порівнянні з даними осіб, хворих на генералізований пародонтит без супутніх соматичних захворювань. Встановлено, що у пацієнтів основної групи симптоми генералізованого пародонтиту (кровоточивість, болючість, гіперемія, гноетеча, пародонтальні кишні, рухомість зубів, рентгенологічні зміни в міжзубних альвеолярних перегородках) виражені більше, ніж у осіб групи порівняння, що, ймовірно, зумовлено каскадом метаболічних змін в організмі за наявності цукрового діабету.

Ключові слова: генералізований пародонтит, цукровий діабет, соматичні захворювання.

УДК 616.314.19:613.1+616.724

ОБЪЕКТИВНЫЕ СИМПТОМЫ ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДІАБЕТОМ І ТИПА НА ФОНЕ ДІАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.

Бандрівська Н. Н., Шкребнюк Р. Ю.

Резюме. В статье приведен анализ объективных симптомов течения генерализованного пародонтита у пациентов с сахарным диабетом I типа с диабетической кардиомиопатией по сравнению с данными лиц, больных генерализованным пародонтитом без сопутствующих соматических заболеваний. Установлено, что у пациентов основной группы симптомы генерализованного пародонтита (кровоточивость, болезненность, гиперемия, гноетечение, пародонтальные карманы, подвижность зубов, рентгенологические изменения в межзубных альвеолярных перегородках) выражены больше, чем у лиц группы сравнения, что, вероятно, обусловлено каскадом метаболических изменений в организме при наличии сахарного диабета.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, сахарный диабет, соматические заболевания.

UDC 616.314.19:613.1+616.724

OBJECTIVE SYMPTOMS OF GENERALIZED PERIODONTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE I ON THE BACKGROUND OF DIABETIC CARDIOMYOPATHY

Bandriwsky N., Shkrebnjuk R.

Abstract. The article provides an analysis of objective symptoms of generalized periodontitis in patients with diabetes mellitus type I diabetic cardiomyopathy compared with data of patients with generalized periodontitis without concomitant somatic diseases.

Diabetes is accompanied by severe metabolic disorders and the development of angiopathy primarily active in operating the vessels, which include microcirculatory channel and periodontal disease. Metabolic disorders in diabetes in older people may be associated with osteoporosis, causing even greater changes in the periodontal.

Microangiopathy, metabolic, and the duration and severity of diabetes are crucial factors in the overall development of periodontal disease, changes which may have diagnostic value. In patients with a hidden form of diabetes develop a special form of periodontal lesions – “parodontoliz diabetic”, while changes in the gums are primary dystrophic character and develop as a result of diabetic angiopathy, plazmorahiyi vessel walls and the development they hyalinosis and multiple sclerosis, as a result of rapid disorganization of connective tissue caused by disorders of carbohydrate metabolism and deficit hlyukozaminohlikaniv.

These processes are accompanied by a decrease in local protective factors and increased virulence of pathogens.

In order to clarify the course of generalized periodontitis on a background of diabetes of the first type in the two sexes, we examined 163 patients who were on dispensary in endocrinological dispensary m. Lviv. Of the people surveyed 46.62% were men, and women’s interest rate was 53.37%. According to outpatients, offset form of diabetes was determined in 29 men (38.1%) and 33 women (37.93%); subcompensated form of diabetes – 34 men (44.74%) and 39 women (44.82%). The smallest subgroup – 10.52% men and 11.49% women were persons with diabetes duration of the course of 1 year, and most numerous subgroup was represented 44.73% 45.97% men and women who have diabetes duration of the course was over 10 years. To compare the prevalence of generalized periodontitis in patients with type I diabetes were examined 93 persons of different age and sex (comparative group), who were treated at the Medical Center Dental LNMU Danylo Galician. To assess periodontal status determination conducted objective hygiene and periodontal indices. Oral hygienic condition assessed by a simplified index of Green-Vermilyona hygiene – OHI-S (Simplified Oral Hygiene Index), (1964). To study the prevalence and intensity of inflammation in the gums, we used a modified method of determining the papillary-marginally-alveolar index (PMA) for C. Parma percentage, (1960). The depth of periodontal pockets (PC) was measured by a probe with millimeter divisions in 6 points in mm. The loss of the tooth-gingival epithelial attachment (PEC) determined using periodontal probe calibrated in millimeters, obrahovuyuchy average for measurements at four points around each tooth, the technique H. F. Biloklytskoyi (2010). To determine the level of severity of dystrophic and inflammatory changes in periodontal tissues used combined periodontal index (RI) proposed by Russel in 1956.

To study the extent and nature of bone resorption mezhhalveolyarnyh partitions alveolar processes carried out X-ray examination using the panoramic radiography and evaluated data on radiological index Fuch (Rtg). The results of all determinations carry the card to periodontal examination.

Found that patients core group of symptoms of generalized periodontitis (bleeding, pain, redness, hnoyetecha, periodontal pockets, loose teeth, radiographic changes in the interdental alveolar septa) expressed than in individuals comparison group that probably caused a cascade of metabolic changes in the body the presence of diabetes.

Keywords: generalized periodontitis, diabetes, physical illness.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 10.11.2015 року