

Диагностика и тактика врача-стоматолога при лечении хронического генерализованного пародонтита на фоне сахарного диабета.

Подготовил: Хамидолла А

Группа: 612



- По данным ВОЗ (2005), в мире насчитывается около ста миллионов больных сахарным диабетом (СД).
- Известно, что одним из наиболее распространенных осложнений сахарного диабета общепринято считается воспалительно-дистрофическое поражение тканей пародонта. Развитие пародонтита на фоне сахарного диабета протекает намного злокачественнее и быстротечнее, чем при других этиопатогенетических факторах развития.

Классификация болезней пародонта, утвержденная на XVI Пленуме Всесоюзного научного общества стоматологов в 1983 г.

I. Гингивит– воспаление десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения.

По форме: катаральный, язвенный, гипертрофический.

По тяжести: легкий, средний, тяжелый.

По течению: острый, хронический, обострившийся.

По распространенности: локализованный, генерализованный.

II. Пародонтит– воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией пародонта и кости альвеолярного отростка челюстей.

По тяжести: легкий, средний, тяжелый.

По течению: острый, хронический, обострение, абсцесс, ремиссия.

По распространенности: локализованный, генерализованный.

III. Пародонтоз– дистрофическое поражение пародонта.

По тяжести: легкий, средний, тяжелый.

По течению: хронический, ремиссия.

По распространенности: генерализованный.

IV. Идиопатические заболевания с прогрессирующим лизисом тканей пародонта (пародонтолиз) – синдром Папийона-Лефевра, нейтропения, агаммаглобулинемия, некомпенсированный сахарный диабет и другие болезни.

V. Пародонтомы – опухоли и опухолеподобные заболевания (эпулис, фиброматоз и др.).

Современные исследования представленные работами многих авторов свидетельствуют, что при сахарном диабете имеются нарушения адаптаций основных функциональных систем, составляющих основу для формирования сопутствующих патологических состояний в организме.

Хроническое течение, длительность реабилитации, ранняя инвалидность, закономерное поражение ряда органов и систем организма (сердечно-сосудистой, костно-суставной, органов зрения и др.), в том числе и зубочелюстной, сокращение продолжительности жизни, высокая летальность больных с сахарным диабетом ведут к большим проблемам системы здравоохранения во всех странах мира.

Заболевания полости рта на фоне сахарного диабета (кариес, гингивит, пародонтит, кандидозный стоматит, ангулярный хейлит и др.) по данным литературы, наблюдаются у 87,9% больных. Согласно классификации сахарного диабета по этиологии и патогенезу в ВОЗ выделяют две основные группы – сахарный диабет I и II типов. У лиц с сахарным диабетом 1 и 2 типа заболевания пародонта и кариес зубов наблюдались в 95% случаев. Частота возникновения и распространения кариеса и заболеваний пародонта увеличивается, а течение их становится более агрессивным.

Установлено, что у больных сахарным диабетом при сахарном диабете происходят закономерные изменения в тканях полости рта, зависящие не только от возраста, но и от длительности заболевания, степени метаболического контроля и наличия диабетических осложнений .

Важное значение в развитии воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, заболеваний зубов и тканей пародонта у данного контингента больных имеет усиление патогенного влияния микрофлоры, развивающееся на фоне снижения иммунологической реактивности организма.

Становится очевидным, что при этом заболевании частота поражений кариесом зубов и тканей пародонта достигают от 51,8 до 90%. Данная патология (сахарный диабет) обусловлена специфическими процессами в тканях организма человека – тотальным поражением сосудистой системы, снижением местных иммунных реакций, поражением тканей зубов и пародонта, ухудшением гигиенического состояния полости рта, резорбцией костной ткани.

Сосудистые нарушения у больных сахарным диабетом развиваются за счет спастических изменений сосудов и капилляров, а также за счет изменения функции самой крови (увеличение диаметра эритроцитов, накопление гликированного гемоглобина и др.).

В развитии кариеса и заболеваний пародонта важная роль отводится нарушениям гемодинамики и транскапиллярного обмена в околозубных тканях. В связи с этим представляет значительный интерес изучение особенностей микроциркуляции в тканях пародонта у больных инсулинзависимым сахарным диабетом или сахарным диабетом 1-го типа. У всех больных сахарным диабетом, имеющих пародонтальную патологию, отмечено значительное снижение стойкости капилляров.

Большинство исследователей считают, что у больных СД происходит быстрое отложение зубного камня мягкой консистенции желтоватого цвета. Наличие обильных зубных отложений и налета объясняется высокой концентрацией глюкозы в слюне (от 0,44 до 6,33 мг глюкозы на 100 мл слюны, при норме от 0,24 до 3,33 мг), что способствует быстрому размножению бактерий и образованию зубного камня.

По данным некоторых авторов при отсутствии симптоматического лечения частота поражения пародонта достигает 50%, клиническими признаками заболевания пародонта при диабете в детском возрасте является кровоточивость десневых сосочков, десневой край имеет ярко-красную окраску, возможно выбухание грануляций из патологических десневых карманов.

Патогенетический механизм пародонтита при сахарном диабете включает в себя:

- -ангиопатию, нарушающую в тканях пародонта микроциркуляцию;
- -ацидоз, который благоприятствует увеличению численности микроорганизмов патогенных;
- -иммуннодефицит обуславливает патологически измененный метаболизм (белков, углеводов, жиров);
- -нарушение репаративной функции тканей пародонта из-за анаболического воздействия.

За счет повышенного уровня глюкозы в крови и недостатка инсулина происходит:

- -развитие микроангиопатии, которая приводит к снижению кровоснабжения альвеолярного отростка
- снижение выработки остеобластами коллагена
- -низкий уровень всасывания Ca^{2+} в кишечнике, который приводит к ускоренному резорбированию костей челюстей.

У больных сахарным диабетом вторично развивающиеся изменения в околозубных тканях оказываются гораздо более серьезными, чем это определяется клинически. Морфологические изменения в пародонте у лиц с генерализованным пародонтитом на фоне сахарного диабета имеют дистрофически-воспалительный характер и зависят от тяжести клинического течения диабета. Независимо от формы сахарного диабета у большинства пациентов на протяжении 10-15 лет отмечаются значительные морфологические изменения в сосудах (микроангиопатии).

Микроангиопатии при сахарном диабете обуславливают распространенность процессов резорбции в альвеолярной кости, а утолщение базальной мембраны микрососудов препятствует диффузии кислорода и макроэлементов в ткани пародонта, что на фоне метаболических нарушений еще больше угнетает репаративные процессы в кости и слизистой оболочке полости рта.



Явления гингивита при сахарном диабете имеют, как правило, экссудативный геморрагический и пролиферативный характер. Типичными симптомами являются цианотичный цвет десневого края, рыхлость десневых сосочков, сочетающаяся с выбухающими из десневых карманов грануляциями, гнойным или геморрагическим отделяемым. Подвижность зубов нередко появляется при еще незначительной глубине десневых карманов, в тяжелой форме заболевания резко выражена и не соответствует степени деструкции пародонта.

Диагностика

Диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

1. Определение гигиенического индекса по Грину-Вермиллиону;
2. Проведение пробы Шиллера-Писарева;
3. Определение пародонтального индекса Расселя;
4. Ортопантомография или панорамная рентгенография;
5. Общий развернутый анализ крови;
6. Биохимическое исследование (определение глюкозы в сыворотке крови)
7. Иммунологическое исследование

Консультация эндокринолога – при эндокринных заболеваниях отмечаются изменения костной ткани челюстей, характерные для данной эндокринной патологии, на фоне которых наблюдается более активное течение деструктивного процесса. Требуется комплексное лечение с участием врача эндокринолога.

Лечение

При хроническом генерализованном пародонтите нарушаются и повреждаются не только компоненты десны, но и костная ткань. Лечение этого заболевания является трудной и актуальной задачей, а при сопутствующем сахарном диабете каждое повышение уровня сахара в крови будет сопровождаться периодами обострения в очагах хронического воспаления, приводящее к необратимым процессам в костной ткани челюстей. На современном этапе лечение хронического генерализованного пародонтита должно быть комплексным, в котором большое значение придается хирургическим методам.



Комплексное лечение пародонтита включает применение остеопластических материалов, среди которых наиболее часто и успешно используется гидроксиапатит. Недостатком известного способа лечения является использование его для замещения преимущественно выраженных костных дефектов среднетяжелых форм пародонтита при проведении открытого кюретажа (лоскутной операции), а также его малая эффективность у больных сахарным диабетом.

Известен гранулированный, порошковый или гелевый агент, стимулирующий регенерацию твердой ткани (костной ткани), состоящий из хитозана и фиксированного на нем полисахарида, выбранного из гепарина, гепарансульфата, хондроитинсульфатов. декстрансульфата.

Наиболее близким к предлагаемому является способ лечения пародонтита при сахарном диабете, предложенный Грудяновым А.И., Безруковой И.В. Лечебные мероприятия включают устранение или подавление местных факторов, интенсивную местную противовоспалительную терапию, кюретаж пародонтальных карманов. Общее лечение проводится средствами, нормализующими коллагено- и остеогенез: витамин С, препараты фтора, кератопластические вещества. Недостатком известного способа лечения является использование местно, в качестве средства, нормализующего коллагено- и остеогенез препаратов фтора (2% раствор фторида натрия или фторлак), которые наносятся на поверхность зубов, а не в пародонтальные карманы.

В клиническое исследование были включены 30 человек с сахарным диабетом 2 типа и хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени. Пациенты в группах были сопоставимы по полу и возрасту.

Средний показатель глюкозы в капиллярной крови — $8,2 \pm 0,4$ М.моль/литр. Состояние углеводного обмена оценивалось совместно с эндокринологом. Клиническое исследование включало оценку показателя индекса гигиены Силнесс-Лоэ и индекса воспаления в тканях пародонта Мюлеманн.

Материалом исследования служило содержимое пародонтальных карманов пациентов с ХГП. Забор содержимого ПК осуществлялся с помощью 2-х стерильных эндодонтических бумажных штифтов, которые вводили на всю глубину ПК на 30 секунд.

■ **Таблица 1.** Изменение средних показателей индексов Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962), Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971), глюкозы (М.м/литр) у пациентов с ХГП тяжелой степени и сахарным диабетом 2 типа (n=30) до и после лечения ($M \pm m$)

Клинические индексы	Сроки наблюдения	Значения индексов в наблюдаемых группах	
		1 (n=15)	2 (n=15)
ИГ Силнесс-Лоэ (Silness-Loe, 1962)	До лечения	1,77±0,07*	1,63±0,19*
	1 месяц	0,50±0,08	0,32±0,04
	3 месяца	0,56±0,05**	0,30±0,04**
	6 месяцев	0,96±0,10***	0,41±0,05***
ИК Мюлеманн (Muhlemann H.R., 1971)	До лечения	2,20±0,10*	2,34±0,11*
	1 месяц	0,24±0,02**	0,38±0,14
	3 месяца	0,56±0,08	0,20±0,10**
	6 месяцев	0,96±0,16	0,19±0,02***
Показатель глюкозы (М.м/литр)	До лечения	8,40±0,54	8,03±1,15
	1 месяц	7,99±0,42	8,37±1,24
	3 месяца	7,96±0,61	8,06±1,12
	6 месяцев	7,69±0,44	7,33±0,64

Значения индекса кровоточивости Мюлеманна (Muhlemann H.R., 1971) соответствовали тяжелому воспалению в тканях пародонта в обеих группах ($2,20 \pm 0,10$ и $2,34 \pm 0,11$ баллов соответственно) (табл. 1). До проведения лечения частота обострений ХГП в двух группах составляла от 3 до 7 случаев в год ($3,61 \pm 0,09$). У большинства пациентов отмечен неудовлетворительный уровень гигиены ПР.

Всем пациентам проведено комплексное лечение. В схеме лечения пациентов первой группы (n=15) использовался ультразвуковой скейлинг направленного действия — вектортерапия. Во второй группе (n=15) пациентам за 30 минут до проведения обработки поверхностей корней зубов и пародонтальных карманов (ПК) с помощью вектортерапии и через 10-12 часов после операции назначался прием препарата “Цифран СТ” по 1 таблетке.

На фоне СД стоматологические заболевания протекают в более тяжелой форме, а следовательно, необходимо больше внимания уделять индивидуальному подбору средств личной оральной гигиены. Большое значение приобретает и правильность использования этих средств — как в острый период, так и во время ремиссии в течении пародонтита.