Полушкина Н.А., Чиркова Н.В., Вечеркина Ж.В., Зубкова Т.В., Чубаров Т.В.

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко
Воронеж, Россия*

doi: 10.18411/lj-31-07-2017-27

idsp 000001:lj-31-07-2017-27

Анализ состояния костной ткани верхней и нижней челюсти у больных сахарным диабетом

Одним из признаков пародонтопатии любой этиологии является изменение костной ткани альвеолярного отростка, выявляемые рентгенологически на внутриротовых и панорамных рентгенограммах. О специфичности рентгенологических изменений костной ткани альвеолярного отростка при сахарном диабете 2 типа у ученых нет единого мнения. Одни исследователи считают, что при наличии пародонтопатии у больных сахарным диабетом 2 типа развивается специфический воронкообразный тип рассасывания костной ткани альвеолярного отростка. Следует отметить, что подобная клинико-рентгенологическая картина заболевания пародонта наблюдается лишь у больных диабетом, не соблюдающих диету и не получающих систематического противодиабетического лечения, а также при наличии травматического узла и проявляется воспалительно-дистрофической формой пародонтита.

Другие авторы указывают, что рентгенологические проявления патологии пародонта у больных сахарным диабетом 2 типа ничем не отличаются от рентгенологических проявлений пародонтита без диабета, и атрофия альвеолярного края идет по горизонтально-вертикальному типу. Иногда у больных сахарным диабетом 2 типа отмечается несоответствие клинической и рентгенологической картины поражения тканей пародонта.

Анализ литературных данных указывает на большие трудности при дифференциальной диагностике системных остеопатии с вовлечением

челюстных костей, обусловленных поражением различных внутренних органов, чаще всего почечной паренхимы или инсулярного аппарата. Они обычно проявляются дистрофической перестройкой скелета, в том числе и челюстных костей по склеротическому типу. Есть данные, что при наличии пародонтопатии у больных сахарным диабетом развивается разлитой остеопороз и «воронкообразное», «чашеобразное», «кратерообразное» разрушение кости вокруг зубов, преимущественно в боковых отделах, в то время как во фронтальном отделе преобладает горизонтальная резорбция.

Из цитированных работ следует, что вопрос о состоянии пародонта при сахарном диабете 2 типа требует дальнейшего изучения. Клинической особенностью течения пародонтита является преобладание воспалительного компонента, а рентгенологической-диффузный остеопороз при различной степени атрофии костной ткани. По литературным данным, у 61,5% больных сахарным диабетом наблюдаются деструктивные изменения в кости, у 29,6% - дистрофически-склеротическая перестройка. Доказано что при заболеваниях пародонта наступают изменения во всех тканях, а также в сосудисто-нервном аппарате. Особенно отчетливо эти изменения прослеживаются в костной ткани; деструктивные процессы в ней являются одним из основных симптомов заболевания. Возникновение этого симптома вызвано: 1) местным проявлением нарушения сосудисто-нервных регуляций, особенно патологическими изменениями в сосудах пародонта, приводящими к значительным нарушениям метаболизма тканей; 2) нарушениями в самой зубочелюстной системе, ведущими к изменению условий функционирования тканей пародонта. Степень выраженности этого симптома обуславливается многими причинами - тяжестью нарушений обменных процессов в организме и в самой зубочелюстной системе, структурными особенностями зубочелюстных сегментов действием местных экзогенных факторов.

Для выявления степени изменения и характера заболевания необходимо обследовать каждый зубочелюстной сегмент клинически для выявления патологических периодонтального кармана и рентгенологически для изучения происходящих в костной ткани изменений.

Ведущими рентгенологическими признаками пародонтита являются нарушения кортикальной пластинки гребня межальвеолярных перегородок и появление в последние очагов остеопороза. Развившаяся стадия характеризуется нарушением целостности кортикальной пластинки стенок лунок зубов, дальнейшим рассасыванием гребней меальвеолярных отростков, увеличением

очагов остеопороза, истончением и исчезновением костных балочек, расширением костномозговых пространств и периодонтальной щели. При резких воспалительных процессах и значительной подвижности зубов полностью исчезает кортикальная пластинка, в очаге деструкции отмечается смазанность всего рисунка губчатого вещества. В большинстве случаев определяется неравномерное поражение костной ткани альвеолярного отростка, что совпадает с клиническим проявлением воспалительных процессов. Как правило, убыль костной ткани наиболее велика в зубах, находящихся в окклюзионной травматической ситуации.

Таким образом, заболевания пародонта наряду с сахарным диабетом являются основными поражениями зубочелюстной системы. Заболевания пародонта, трудно поддающиеся лечению, ведут к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, а со временем и к гибели части или всех зубов. Далеко не все проблемы, возникающие в процессе лечения заболевания пародонта, могут быть успешно решены стоматологом одного профиля. Интересы больного и обоснованный путь лечения пародонта диктуют необходимость тесного сотрудничества стоматологов терапевтического, ортопедического, хирургического и физиотерапевтического профиля. Детальная оценка данной проблемы планируется в последующих исследованиях.

1. Анализ факторов, влияющих на период адаптации пациентов к съемным пластиночным протезам / Вечеркина Ж.В., Попова Т.А., Заидо А., Фомина К.А. / Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2016.– Т.15, №1.-С.80-83.
2. Каливрадджиян ЭС. Методы лечения заболеваний пародонта в клинике ортопедической стоматологии / Э.С. Каливрадджиян, Е.А. Лещева Н.В. Чиркова// Учебное пособие. – Воронеж: ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2013. – 128 с.
3. Коммунальная стоматология: учебно – методическое пособие / А.Н. Морозов [и др.].- Воронеж, 2016.-125 с.
4. Полушкина Н.А. Анализ воспалительно-дистрофических процессов в тканях полости рта у больных сахарным диабетом 2 типа / Н.А. Полушкина, А.Н. Морозов, Т.В. Чубаров, Ж.В. Вечеркина // Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2016.– Т.15, №1.-С.18-21.
5. Попкова А.С. Сахарный диабет 2 типа в контексте эволюционной медицины / АС. Попкова, А.М. Василенко// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.– 2017.– Т.16, №1.-С.54-59.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии (учебное пособие) / Морозов А.Н., Чиркова Н.В., Корецкая И.В., Пшеничников И.А., Борисова Э.Г., Шелковникова С.Г., Попова Т.А., Примачева Н.В., Андреева Е.А. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. л- № 3. – С. 158-159.
7. Эффективность применения лечебно-профилактической антисептической жидкости для полости рта / Zh.V. Vecherkina, N.V. Chirkova, A. Zaido, K.A. Fomina // Medicus. 2016. № 3 (9). С. 121-122.
8. The use of led radiation in prevention of dental diseases / МоисееваН.С., ИпполитовЮ.А.,КунинД.А., МорозовА.Н., ЧирковаН.В. / The EPMA Journal.- 2016.- Т. 7, № S 1.- С.24.