

Коршунов А.С.¹, Конев В.П.², Сулимов А.Ф.¹, Серов Д.О.¹, Альжанов А.М.³, Вавакин В.Ю.³

Роль одномоментного лечения хронического генерализованного пародонтита в период декомпенсации сахарного диабета II типа

1 - Кафедра челюстно-лицевой хирургии, Омский государственный медицинский университет, г. Омск;
2 - Кафедра судебной медицины и правооказания, Омский государственный медицинский университет, г. Омск;
3 - Стоматологический факультет, Омский государственный медицинский университет, г. Омск

Korshunov A.S., Konev V.P., Sulimov A.F., Serov D.O., Alzhanov A.M., Vavakin V.Y.

The role of simultaneous treatment of chronic generalized parodontitis in the period of decompensation of type II diabetes

Резюме

В статье рассмотрены результаты обследования пациентов с сахарным диабетом II типа в фазе декомпенсации тяжелой степени одновременно получающих и не получающих лечение хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени выраженности. На основании клинико – лабораторных показателей смешанной слюны и крови получены данные позволяющие утверждать о более быстрых сроках реабилитации и подбора инсулинов короткого и пролонгированного действия в меньших дозировках у пациентов с сахарным диабетом II типа одновременно проходящих лечение хронического генерализованного пародонтита.

Ключевые слова: хронический пародонтит, сахарный диабет II типа, декомпенсация

Summary

The results of examination of patients with the diabetes of type II in the phase of decompensation of severe degree who are and who are not being treated of chronic generalized periodontitis with severe degree of intensity are studied in the article. On the basis of clinical and laboratory tests of mixed saliva and blood some data were obtained that allow to judge about the faster recovery and selection of insulin for short and prolonged effect in smaller doses when curing patients suffering simultaneously from diabetes of type II and chronic generalized periodontitis.

Key words: chronic periodontitis, diabetes of type II, decompensation

Введение

До недавнего времени существовавшая система организации медицинской помощи больным с сахарным диабетом не предусматривала специализированной стоматологической помощи этим больным [1]. Эффективность такой системы крайне низка, так как лечение пациентов проводилось без учета стоматологической патологии при сахарном диабете [1,2]. До настоящего времени нет научно обоснованной тактики лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом в стадии декомпенсации [1,2,3,4]. Врачи эндокринологи ввиду тяжести общего течения сахарного диабета главное внимание уделяют купированию симптомов основного заболевания. Поэтому направление больного на лечение к врачу стоматолога носят случайный, эпизодический характер [1]. Отсутствие преемственности и эффективных связей между эндокринологической и стоматологической службами побудило нас к проведению исследования направленного на оказание высококвалифицированной

медицинской помощи больным с сахарным диабетом, и улучшение условий для тесного контакта специалистов, занимающихся медицинской реабилитацией данного контингента больных.

Цель исследования - стандартизация и оптимизация оказания комплексной стоматологической помощи больным для профилактики осложнений сахарного диабета (СД) 2 типа.

Материалы и методы

Для реализации поставленных задач нами были проведены клинические и лабораторные методы исследования в 2015 -2016 годах. В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 50 до 65 лет (средний возраст составил 56,4 лет) которые находились на стационарном лечении эндокринологического отделения ГБ № 2 с диагнозом сахарный диабет II типа в стадии декомпенсации тяжелой степени, при наличии сопутствующего хронического генерализованного пародонтита тяжелой степени с целью

Таблица 1. Биохимические показатели смешанной слюны исследованной группы (n=30)

Параметр	До лечения	После лечения	$\Delta, \%$	Норма
Хлориды, ммоль/л	13,56 \pm 3,76	10,01 \pm 3,2	+2,3/+6,7	8,46-16,9
Общий белок, г/л	11,68 \pm 3,23*	3,02 \pm 1,69*	+1,7/+1,9	1,0-3,0
Глюкоза, ммоль/л	0,64 \pm 0,08*	0,12 \pm 0,05*	-124,1/-198,6	0,06-0,17
АлАТ, Е/л	21,5 \pm 8,3	15,7 \pm 5,1	+12,9/+54,8	16 \pm 2
АсАТ, Е/л	47,4 \pm 4,8	16,5 \pm 9,9	-7,8/-19,5	33 \pm 8
Фосфатаза, Е/л	61,5 \pm 4,8	13,4 \pm 8,5	-15,9/-34,9	16 \pm 2
Амилаза, Е/л	2663,9 \pm 326,8*	659,1 \pm 126,7*	-134,3/-231,5	529,6 \pm 20,6
Креатинин, мкмоль/л	17,7 \pm 3,5	6,8 \pm 2,8	-76,9/-23,9	2,0-10,0
Мочевина, ммоль/л	4,12 \pm 1,5	1,34 \pm 1,9	-67,2/-29,4	1,83

Примечание. Степень достоверности различия рассчитана между исследованной группой* - $P < 0,05$.

Таблица 2. Биохимические показатели смешанной слюны группы контроля (n=30)

Параметр	До лечения	После лечения	$\Delta, \%$	Норма
Хлориды, ммоль/л	12,98 \pm 4,08	9,89 \pm 4,4	+1,5/+8,6	8,46-16,9
Общий белок, г/л	9,17 \pm 2,43*	8,53 \pm 4,43*	+8,6/+47,8	1,0-3,0
Глюкоза, ммоль/л	0,57 \pm 0,06*	0,31 \pm 0,03*	-45,4/-124,5	0,06-0,17
АлАТ, Е/л	27,6 \pm 9,5	19,5 \pm 11,4	+8,9/+12,5	16 \pm 2
АсАТ, Е/л	56,6 \pm 9,4	32,6 \pm 6,1	-1,9/-4,8	33 \pm 8
Фосфатаза, Е/л	53,2 \pm 2,9	23,7 \pm 8,3	-12,7/-9,5	16 \pm 2
Амилаза, Е/л	2397,4 \pm 456,2**	1123,6 \pm 237,1**	-134,3/-231,5	529,6 \pm 20,6
Креатинин, мкмоль/л	12,5 \pm 2,6	10,2 \pm 2,5	-2,6/-5,5	2,0-10,0
Мочевина, мкмоль/л	3,34 \pm 1,2	2,54 \pm 3,1	-1,5/-4,7	1,83

Примечание. Степень достоверности различия рассчитана по отношению к группе контроля (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$).

коррекции инсулинотерапии без одновременного (группа контроля) 30 человек и получающих одномоментное лечение хронического пародонтита (исследованная группа) 30 человек. Лабораторное исследование по изучению сахара крови и смешанной слюны, важнейших биохимических показателей крови и смешанной слюны проводилось на базе ГБ №2 и биохимической лаборатории ГКБ №11. Определение сахара и биохимических показателей крови и смешанной слюны осуществляли в день поступления и после окончания курса лечения. Математическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета STATISTICA 10.0 (StatSoftInc.USA).

Результаты и обсуждение

При анализе карт обследования пародонта до и после лечения хронического генерализованного пародонтита у обследуемых лиц мы получили следующие достоверные отличия в индексной оценке ($P < 0,05$), у пациентов исследованной группы после комплексного лечения показатели ниже: РМА (до лечения 48,14 \pm 2,4, после лечения 16,7 \pm 1,1), индекс зубного налета (до лечения 2,4 \pm 0,19, после лечения 1,12 \pm 0,32), РВІ (до лечения 3,6 \pm 0,05, после лечения 2,06 \pm 0,14), чем аналогичные показатели группы контроля, получающих только базисную терапию сахарного диабета: РМА (до лечения 44,3 \pm 1,8, после лечения 38,3 \pm 1,8), индекс зубного налета (до

лечения 2,54 \pm 0,25, после лечения 2,3 \pm 0,11), РВІ (до лечения 3,53 \pm 0,03, после лечения 3,02 \pm 0,17), ($P < 0,05$); между группой контроля и исследованной группой до комплексного лечения достоверных отличий не обнаружено ($P > 0,05$).

Из биохимических показателей смешанной слюны исследованной группы статистически значимы оказались показатели после лечения показатели (табл.1): общего белка (до лечения 11,68 \pm 3,23 г/л, после лечения 3,02 \pm 1,68 г/л) ($P < 0,05$), альфа-амилазы (до лечения 2663,9 \pm 326,8 Е/л, после лечения 659,1 \pm 126,7 Е/л) ($P < 0,05$), глюкозы (до лечения 0,64 \pm 0,08 ммоль/л, после лечения 0,12 \pm 0,05 ммоль/л) ($P < 0,05$), которые снижены до верхней границы нормы ($P < 0,05$).

Остальные важнейшие показатели смешанной слюны исследованной группы после лечения статистически значимо не изменились (табл.1): хлориды (до лечения 13,56 \pm 3,76 ммоль/л, после лечения 10,01 \pm 3,2 ммоль/л) ($P > 0,05$), АлАТ (до лечения 21,5 \pm 8,3 Е/л, после лечения 15,7 \pm 5,1 Е/л) ($P > 0,05$), АсАТ (до лечения 47,4 \pm 4,8 Е/л, после лечения 16,5 \pm 9,9 Е/л) ($P > 0,05$), фосфатаза (до лечения 61,5 \pm 4,8 Е/л, после лечения 13,4 \pm 8,5 Е/л) ($P > 0,05$), креатинин (до лечения 17,7 \pm 3,5 мкмоль/л, после лечения 6,8 \pm 2,8 мкмоль/л) ($P > 0,05$), мочевина (до лечения 4,12 \pm 1,5 мкмоль/л, после лечения 1,34 \pm 1,9 мкмоль/л) ($P > 0,05$).

Таблица 3. Показатели сахара цельной крови у обследованных лиц

Показатели	До лечения		После лечения	
	Группа контроля (n=30)		Исследованная группа (n=30)	
Сахар, ммоль/л	13,9 ± 1,3	6,4 ± 0,2*	14,6 ± 1,1	6,3 ± 0,1*

Примечание. Степень достоверности различия рассчитана по отношению к группе сравнения * - P< 0,05.

Таблица 4. Показатели дозы инсулинов на этапе эндокринологического лечения у обследованных лиц

Препарат инсулина / доза инсулина (ЕД)	До лечения		После лечения	
	Группа контроля (n=30)		Исследованная группа (n=30)	
«Химмулин – Р»	7,66 ± 1,4	26,7 ± 2,2*	7,12 ± 1,5	17,3 ± 1,2*
«Химмулин – НПХ»	4,1 ± 0,2	24,1 ± 4,2*	4,2 ± 0,2	14,5 ± 3,2*

Примечание. Степень достоверности различия рассчитана по отношению к группе сравнения * - P< 0,05.

Из биохимических показателей смешанной слюны группы контроля после лечения статистически значимы оказались показатели общего белка (до лечения 9,17±2,43 г/л, после лечения 8,53±4,43 г/л) (P<0,05), альфа-амилазы (до лечения 2397,4±456,2 Е/л, после лечения 1123,6±237,1 Е/л) (P<0,05), глюкозы (до лечения 0,57±0,06 ммоль/л, после лечения 0,31±0,03 ммоль/л) (P<0,05), которые снижены до верхней границы нормы (P<0,05) (табл.2).

Остальные важнейшие показатели смешанной слюны группы контроля после лечения статистически значимо не изменились: хлориды (до лечения 12,98±4,08 ммоль/л, после лечения 9,89±4,4 ммоль/л) (P>0,05), АлАТ (до лечения 27,6±9,5 Е/л, после лечения 19,5±11,4 Е/л) (P>0,05), АсАТ (до лечения 56,6±9,4 Е/л, после лечения 32,6±6,1 Е/л) (P>0,05), фосфатаза (до лечения 53,2±2,9 Е/л, после лечения 23,7±8,3 Е/л) (P>0,05), креатинин (до лечения 12,5±2,6 мкмоль/л, после лечения 10,2±2,5 мкмоль/л) (P>0,05), мочевины (до лечения 3,34±1,2 мкмоль/л, после лечения 2,54±3,1 мкмоль/л) (P>0,05) (табл.2).

Данные биохимического показателя глюкозы цельной крови говорят о компенсации показателя сахара после комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита в исследованной группе (до лечения 14,6 ± 1,1 ммоль/л, после лечения 6,3 ± 0,1 ммоль/л) (P<0,05), в отличие от группы контроля (до лечения 13,9 ± 1,3 ммоль/л, после лечения 7,9 ± 0,2 ммоль/л) (P<0,05), с более быстрыми сроками реабилитации в исследованной группе (11,2 ± 1,5 дней) (P<0,05), в отличие от группы контроля (15,4 ± 3,9 дней) (P<0,05) (табл.3).

Анализ динамики коррекции инсулинотерапии у обследованных лиц свидетельствует об уменьшении дозы инсулинов короткого «Химмулин – Р» (до лечения 7,12 ± 1,5 ЕД, после лечения 17,3 ± 1,2 ЕД) и пролонгированного действия «Химмулин – НПХ» (до лечения 4,2 ± 0,2 ЕД, после лечения 14,5 ± 3,2 ЕД) при лечении сахарного диа-

бета II типа в период его декомпенсации у исследованной группы (до лечения 14,6 ± 1,1 ЕД, после лечения 6,3 ± 0,1 ЕД) (P<0,05) (табл.4).

В группе контроля показатели были иными дозы инсулинов «Химмулин – Р» (до лечения 7,66 ± 1,4 ЕД, после лечения 26,7 ± 2,2 ЕД) (P<0,05) и «Химмулин – НПХ» (до лечения 4,1 ± 0,2 ЕД, после лечения 24,1 ± 4,2 ЕД) (P<0,05) (табл.4).

Анализ коррекции инсулинотерапии после лечения свидетельствует о значительном уменьшении дозы инсулинов «Химмулин – Р» (у исследованной группы 17,3 ± 1,2 ЕД, группы контроля 26,7 ± 2,2 ЕД) (P<0,05) и «Химмулин – НПХ» (у исследованной группы 14,5 ± 3,2 ЕД, группы контроля 24,1 ± 4,2 ЕД) (P<0,05) (табл.4).

Заключение

У больных сахарным диабетом II типа клинические проявления патологического процесса в пародонте зависят от тяжести основного заболевания и характеризуются системным (генерализованным) характером.

Динамика изменения показателей глюкозы смешанной слюны и крови имеет прямую корреляционную связь у обследуемых лиц, нормализующихся после подбора адекватной дозы инсулина короткого «Химмулин – Р» и пролонгированного действия «Химмулин – НПХ» в обеих жидкостях, важнейшие биохимические показатели смешанной слюны (общий белок, альфа-амилаза, глюкоза), РМА, РВИ, индекс зубного налета у пациентов изменяются в более благоприятную сторону у пациентов получающих одновременное местное лечение хронического генерализованного пародонтита на фоне декомпенсации сахарного диабета II типа.

Более быстрые сроки реабилитации (11,2 ± 1,5 / 15,4 ± 3,9 дней) с меньшей дозой инсулинов короткого и пролонгированного действия при лечении сахарного диабета II типа в период его декомпенсации наблюдаются при одновременном лечении хронического генерализованного пародонтита. ■

Коришунов А.С., ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Конев В.П., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой судебной медицины и правоведения ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Сулимов А.Ф., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Серов Д.О., клинический ординатор кафедры челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Альжанов А.М., студент стоматологического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Вавакин В.Ю., студент стоматологического факультета ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, г. Омск. Автор, ответственный за переписку - Коришунов А.С., 644041, Омская область, г. Омск, ул. 5 Рабочая, д.70а, кв.9, 8 913 604 41 53, Andrey_K_180588@mail.ru.

Литература:

1. *Абусуев С.А., Хачиров Дж.Г., Ахмедханов А.Д. Эпидемиологические аспекты сахарного диабета в Дагестане. Проблемы эндокринологии. 1993; (1):21-4.*
2. *Лоскутова Т.В. Комплексная диагностика и оценка результатов лечения заболеваний слюнных желез у больных сахарным диабетом [диссертация]. Пермь: Пермская гос. мед. акад.; 34-190.*
3. *Kaslow R.A. Infections in diabetics. Diabetes in America. 2007; (85):1468-1.*
4. *Novaes A.B., Novaes N.B. Manifestations of insulindependent diabetes mellitus in the periodontium of young Brazilian patients. Journal of Periodontology. 2004; (62):116-7.*