

СТОМАТОЛОГІЯ

УДК 616.31-08-039.71:616.379-008.64

*С.Н. Григоров, Г.А. Побережник, А.А. Григорова, Л.П. Рекова**Харьковский национальный медицинский университет***ПАТОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА
ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

В результате обследования 543 пациентов с сахарным диабетом на предмет изменений слизистой оболочки полости рта выявлены ксеростомия, катаральный стоматит, глоссит в 67 % случаев; грибковый стоматит, заеды, парестезия, трофические расстройства, дискератоз – в 33 %. Знание особенностей стоматологической патологии при эндокринных расстройствах способствует выявлению ранних стадий заболевания, правильной оценке местных проявлений общей патологии и выбора методов лечения.

Ключевые слова: *слизистая оболочка полости рта, сахарный диабет, коморбидное состояние.*

Одной из насущных глобальных проблем современной медицины является широкая распространенность и трудно предсказуемая тяжесть течения сахарного диабета (СД), особенно 2-го типа, и его осложнений со стороны всех органов и систем, в том числе в виде стоматологической патологии [1–3]. Наличие на фоне патологии слизистой оболочки полости рта (СОПР) такой сложной эндокринной метаболической патологии приводит к взаимному отягощению данного коморбидного состояния, существенно влияя на эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий [4–6]. Данный факт обусловливает непреходящую актуальность изучения нарушений со стороны СОПР в сочетании с СД.

Цель настоящего исследования – охарактеризовать спектр патологии СОПР у пациентов на фоне СД.

Материал и методы. Обследованы 543 пациента, больных СД, находящихся в диспансерной группе в стоматологическом отделении ведомственной поликлиники г. Харькова. Легкая стадия заболевания установлена у 173 [(31,9±2,0) %] человек, средняя – в

358 [(65,90±2,03) %] случаях, тяжелая – в 12 [(2,20±0,63) %] наблюдениях. Обследованных в возрасте 20–30 лет было 147 [(27,10±1,91) %] человек, 30–40 лет – 179 [(33,00±2,02) %] человек, 40 лет и старше – 217 [(40,0±2,1) %].

Методология исследования предполагала оценку общеклинических данных, расчет индексных показателей, анализ результатов стандартных лабораторных и инструментальных исследований. Логико-статистический анализ осуществлен параметрическими методами при критическом значении уровня значимости 0,05.

Результаты и их обсуждение. При осмотре обследованного контингента участников исследования стоматологом заболевания пародонта выявлены у 266 [(49,00±2,15) %] пациентов.

Стоматологические признаки заболевания нередко опережали появление характерных клинических симптомов, имея много общего с изменениями СОПР при других болезнях. Проявления в полости рта зачастую являлись первыми признаками заболевания.

Частым явлением была ксеростомия. Сухость в полости рта беспокоила пациентов

© С.Н. Григоров, Г.А. Побережник, А.А. Григорова, Л.П. Рекова, 2016

с началом заболевания. Степень выраженности этого симптома различна у разных больных. Нередко при этом отмечается повышенная жажда, аппетит. При осмотре СОПР слабо увлажнена или сухая, блестящая, нерезко гиперемированная. Развивающуюся сухость СОПР при СД рассматривали как следствие дегидратации. При обнаружении ксеростомии у больного следует помнить, что такое состояние может наблюдаться часто и при других заболеваниях и состояниях (сиалоденит, сиалодохит, нарушение носового дыхания, расстройства нервной системы и др.) [7].

Выявлены случаи катарального стоматита, глоссита. Воспаление СОПР или отдельных ее участков при СД возникало вследствие инфицирования, легкой ранимости тканей, поскольку при данной патологии резко снижается барьерная функция СОПР, развиваются явления дисбактериоза. Этому способствует уменьшение количества слюны. Больные предъявляли жалобы на боль при приеме горячей, твердой пищи. Слизистая оболочка сухая, гиперемированная, иногда видны следы механического повреждения в виде эрозий, кровоизлияний, язык отечен, гиперемирован.

Ксеростомия, катаральный стоматит, глоссит установлены у 364 [(67,00±2,02) %] обследованных.

Грибковый стоматит, микотическая заеда носили стойкий характер. Особенно часто встречалась микотическая заеда. При этом в углах рта появлялись трещины, покрытые беловато-сероватыми корочками. Грибковые поражения в полости рта развиваются вследствие дисбактериоза на фоне резкого снижения сопротивляемости организма. Способствует этому изменение кислотно-щелочного равновесия вследствие увеличения недоокисленных продуктов обмена (пировиноградной и молочной кислот) [8, 9]. Кандидомикоз носил рецидивирующий характер.

Парестезия слизистой оболочки при СД возникала рано наряду с сухостью СОПР. Клинические проявления парестезии были сходны с таковой при других заболеваниях (нервной системы, желудочно-кишечного тракта и др.) [10]. При диабете чувство жже-

ния слизистой оболочки обычно сопровождалось зудом кожи в области гениталий и других отделах тела. К расстройствам нервной системы следует отнести нередко наблюдавшиеся неврит и невралгию ветвей тройничного нерва. Вкусовая чувствительность была снижена по отношению к сладкому, соленому и в меньшей степени – к кислому. Нарушения вкусовой чувствительности носили функциональный характер, и после проведенного лечения вкусовые ощущения нормализовались. Жалобы пациентов на жжение, болезненность во рту были обусловлены грибковым поражением языка.

В различных отделах СОПР развивались трофические язвы, характеризующиеся длительным течением, замедленной регенерацией. В окружении язвы СОПР без выраженных изменений. В начальном периоде развития язвы ее дно покрыто некротическими массами, которые впоследствии отторгались, оставляя гладкую поверхность. Длительное существование, а также разлитая инфильтрация в основании язвы диктовали необходимость дифференциальной диагностики язв с неопластическими процессами. Анамнез, характер сопутствующей патологии, отсутствие вегетации в области дна и краев, кровоточивости, отрицательные результаты цитологии, положительная динамика при проведении местной и общей терапии свидетельствовали о неспецифическом поражении.

Геморрагическая форма гингивита развивалась у больных с нелеченым или декомпенсированным СД. Катаральный маргинальный гингивит характеризовался коллообразным вздутием десневых сосочков.

Довольно часто СД сопутствовал красный плоский лишай на СОПР. При этом наблюдались все известные клинические формы его: типичная, экссудативно-гиперемическая, эрозивно-язвенная, инфильтративно-перигландулярная, буллезная, гиперкератотическая. В зависимости от основного заболевания клиническая картина красного плоского лишая на СОПР могла изменяться, особенно в случаях присоединения грибковой флоры. Эрозивно-язвенные формы отличаются резистентностью к из-

вестным методам лекарственной терапии. Клинический симптомокомплекс: СД, гипертоническая болезнь, красный плоский лишай – известен как болезнь Гриншпана. Дискератотические изменения проявлялись также по типу лейкоплакии, чаще всего локализующейся на дорсальной и боковой поверхностях языка.

Грибковый стоматит, заеда, парестезия слизистой, трофические расстройства, дискератоз установлены в 179 [(33,00±2,02) %] наблюдениях.

Таким образом, нарушения со стороны СОПР на фоне СД характеризовались различными заболеваниями воспалительной, трофической и инфекционной природы. Данный факт подтверждает целесообразность и важность учета соматической, в частности эндокринной, патологии стоматологом [11, 12].

Список литературы

1. Локес К. П. Вплив цукрового діабету на перебіг гнійно-запальних процесів щелепно-лицевої локалізації / К. П. Локес // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Т. 2, № 2 (119). – С. 153–155.
2. Муравльова О. В. Цукровий діабет 2-го типу в практиці лікаря сімейної медицини / О. В. Муравльова // Международный эндокринологический журнал. – 2015. – № 3 (67). – С. 122–124.
3. Nathan D. M. Diabetes: advances in diagnosis and treatment / D. M. Nathan // JAMA. – 2015. – V. 314, issue 10. – P. 1052–1062.
4. Бандрівський Ю. Л. Інтегральні біофізичні показники ротової рідини в осіб із стоматологічною захворюваністю на тлі цукрового діабету / Ю. Л. Бандрівський // Клінічна та експериментальна патологія. – 2013. – Т. 12, № 3 (45). – С. 16–18.
5. Расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов у полиморбидных больных с сахарным диабетом 2-го типа: «цена» ошибки / А. Л. Терехова, А. В. Зилов, Г. А. Мельниченко, А. Л. Верткин // Проблемы эндокринологии. – 2015. – № 1. – С. 41–45.
6. Ткаченко П. І. Ефективність комплексної стоматологічної допомоги хворим на цукровий діабет типу 2 / П. І. Ткаченко, Н. Б. Кузник, М. П. Митченко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, № 3 (110). – С. 347–352.
7. Волков Е. А. Применение комплекса средств «Dentaid xeros» в комплексной терапии заболеваний слизистой оболочки рта, сопровождающихся ксеростомией / Е. А. Волков, И. Б. Иконникова, Т. И. Позднякова // Стоматолог-практик. – 2014. – № 4. – С. 54–55.
8. Нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта при общесоматической патологии / В. А. Румянцев, Л. К. Есян, Е. Д. Зюзькова [и др.] // Стоматология. – 2013. – № 2. – С. 22–26.
9. Свистушкин В. М. Орофарингеальный кандидоз: диагностика и лечение / В. М. Свистушкин // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 4. – С. 67–72.
10. Соловьева А. М. Итоги круглого стола экспертов по проблеме «Связь стоматологического и общего здоровья» / А. М. Соловьева // Институт стоматологии. – 2012. – № 2. – С. 22–24.
11. Полякова Р. В. Нужен ли скрининг соматической патологии врачу-стоматологу на поликлиническом приеме? / Р. В. Полякова, Н. Л. Николаев, В. Б. Недосеко // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 5. – С. 68–72.

Выводы

1. Спектр патологии слизистой оболочки полости рта у пациентов на фоне сахарного диабета характеризуется развитием ксеростомии, катарального стоматита и глоссита в 67 % случаев; грибкового стоматита, заеды, парестезии слизистой оболочки полости рта, трофических расстройств, дискератоза – в 33 % наблюдений.

2. Знание особенностей патологии слизистой оболочки полости рта при эндокринных расстройствах способствует выявлению ранних стадий заболевания, а также правильной оценке местных проявлений общей патологии и выбора методов лечения.

Перспективой дальнейших исследований является оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий в отношении выявленного спектра стоматологической патологии у пациентов с сахарным диабетом.

12. *Чередниченко А. Ю.* Изменения в полости рта при распространенных эндокринных заболеваниях / А. Ю. Чередниченко, Л. П. Ножнова // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2011. – № 2. – С. 101–104.

С.М. Григоров, Г.А. Побережник, А.О. Григорова, Л.П. Рекова

ПАТОЛОГІЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

В результаті обстеження 543 пацієнтів з цукровим діабетом щодо змін слизової оболонки порожнини рота виявлено ксеростомію, катаральний стоматит, глосит у 67 % випадків; грибковий стоматит, заєди, парестезію, трофічні розлади, дискератоз – у 33 %. Знання особливостей стоматологічної патології за ендокринних розладів сприяє виявленню ранніх стадій захворювання, вірному оцінюванню місцевих проявів загальної патології й вибору методів лікування.

Ключові слова: слизова оболонка порожнини рота, цукровий діабет, коморбідний стан.

S.M. Grigorov, G.A. Poberezhnyk, A.A. Grigorova, L.P. Reкова

PATHOLOGY OF ORAL MUCOSA IN DIABETES MELLITUS

As a result of examination of 543 patients with diabetes mellitus in terms of changes of oral mucosa a following pathology has been revealed: xerostomia, catarrhal stomatitis, glossitis in 67 %; fungal stomatitis, perleches, paresthesia, trophic disturbances, dyskeratosis – in 33 %. Understanding of stomatological peculiarities in endocrine disturbances promote reveal of disease's early stages, correct evaluation of local signs of general pathology and choice of treatment methods.

Keywords: oral mucosa, diabetes mellitus, comorbid state.

Поступила 27.01.16