

язв желудка, а при сумме баллов менее 0 баллов — не прогнозируется (приоритетная справка на изобретение РФ № 2006133754/14 (036710) от 21.09.2006 г.)

При анализе эффективности нового способа прогноза РК из язв желудка и ДПК установлено, у 25 больных с рецидивным кровотечением из язв желудка сумма баллов более 0 была в 24 случаях, а сумма баллов менее 0 — в 1. У 27 больных с однократным кровотечением из язв желудка сумма баллов менее 0 была выявлена в 26 случаях, а сумма баллов более 0 — в 1.

В 15 случаях с рецидивным кровотечением из язв ДПК сумма баллов более 0 была в 14 случаях, а сумма баллов менее 0 — в 1. У 37 больных с однократным кро-

вотечением из язв желудка сумма баллов менее 0 — в 36 случаях, а сумма баллов более 0 — в 1.

Таким образом, на основе проведенных расчетов установлена суммарная эффективность разработанного нового способа прогнозирования рецидивного кровотечения у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Специфичность прогноза повторного кровотечения для больных с язвенной болезнью ДПК составила 97,3%, а для больных с язвенной болезнью желудка — 96,3%. Точность нового способа прогноза рецидива кровотечения из язв ДПК и желудка определена в 96,2% случаев.

PROGNOSIS OF THE RISK OF RECURRENCES OF GASTRODUODENAL BLEEDING IN THE PATIENTS WITH PEPTIC ULCER

Yu.S. Vinnik, S.I. Petrushko, D.V. Popov, V.V. Balakhonov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

There were examined 104 patients with single and recurrence ulcer gastroduodenal bleeding with revelation of 26 prognostic risk factors of recurrence bleeding. On the base of these factors with formula Baiese a calculation of prognostic coefficients for the every risk factor was made. The prognosis is positive if the sum of the points=0 or>0. And if the sum of the points<0, the prognosis is negative. The accuracy of the prognostic scale amounted to 96,2% both for gastric and duodenal peptic ulcers.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов В.Л. Хирургическое лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением: ближайшие и отдаленные результаты // Матер. девятой Росс. Гастроэнтерол. недели. — М., 2003. — С.18.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П. и др. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Учебно-методическое пособие. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
3. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori* // Consilium Medicum (приложение). — 2002. — № 3. — С.11-14.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язв и кровотечений // Хирургия. — 2004. — №5. — С.46-51.
5. Елисеев Ю.Ю. Язвенная болезнь. — М.: Крон-Пресс, 2000. — 304 с.
6. Жерлов Г.К., Воробьев В.М., Кошель А.П. Выбор тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями на фоне язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2006. — №1. — С.59.
7. Панченко К.И., Дряженков И.Г., Уткина И.Е. и др. Прогнозирование осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Матер. Росс. научно-го форума «Хирургия-2004». — М., 2004. — С.144-145.
8. Рогов В.Л. Состояние гемокоагуляции при гастродуоденальном кровотечении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 13 с.
9. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Вербицкий В.Г. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. — 2002. — №8. — С.32-35.
10. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи // Хирургия. — 2003. — №12. — С.44-47.
11. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Селективная проксимальная ваготомия. — М.: ИздАТ, 2001. — 158 с.
12. Шуган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.
13. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding // Gastroenterologic Endoscopy. — 2000. — Vol.1. — P.284-299.
14. Ohman C., Imhof M., Roher H. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment // Wld. J. Surg. — 2000. — Vol. 24, № 33. — P.284-293.
15. Radovanovic D., Kalaba J., Stojanovic D. Therapeutic modalities in upper gastrointestinal tract hemorrhage // Medicinski Pregled. — 1995. — Vol. 48, № 3-4. — P.111-115.
16. Rollhauser C., Eleischer D.I. Ulcer and Nonvariceal bleeding // Endoscopy. — 2002. — Vol. 34, № 2. — P.111-118.

© СПАСОВА О.О. — 2007

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

О.О. Спасова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра терапевтической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.Д. Молоков, кафедра эндокринологии, зав. — д.м.н. Л.Ю. Хамнуева)

Резюме. Проанализированы результаты обследования 217 больных с сахарным диабетом 2 типа. Установлена высокая распространенность заболеваний пародонта генерализованного характера. На распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта в значительной степени оказывает влияние степень тяжести основного заболевания. Больные сахарным диабетом 2 типа нуждаются в активной комплексной стоматологической терапии.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, сахарный диабет.

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, приводящая к значительным нарушениям зубочелюстной системы, определяет актуальность и повышенный интерес к данной проблеме в со-

временной стоматологии. Известно, что патологические изменения в пародонте наиболее часто встречаются при сахарном диабете (СД), которым страдают 5-6% населения в мире (по данным Американской диабе-

ческой ассоциации — 8-15%), при этом заболеваемость СД имеет тенденцию к стремительному росту [1,3,4, 5,6,7].

Специфические изменения обменных процессов, происходящие при СД, микроангиопатии, иммунологический дисбаланс способствуют развитию заболеваний пародонта с агрессивным воспалительным компонентом, резорбцией костной ткани, снижением резервного потенциала пародонта, возникновением подвижности зубов и их прогрессирующей утратой [1,4].

Целью настоящей работы явилось определение состояния тканей пародонта, распространенности и структуры заболеваний пародонта у больных СД 2 типа в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы

Обследовано 217 больных СД 2 типа на базе эндокринологического отделения ГУЗ «Иркутская государственная областная клиническая больница»: мужчин — 51 (23,5%), женщин — 166 (76,5%). Развернутый диагноз сахарного диабета 2 типа устанавливался врачами-эндокринологами в соответствии с клиническими и лабораторными критериями ВОЗ (1999). Средний возраст обследуемой группы составил — 55,0±9,5 лет.

Все больные СД 2 типа были разделены на две группы в зависимости от степени тяжести клинического течения заболевания. Первую группу составили 127 (58,5%) со средней степенью тяжести СД 2 типа, вторую — 84 (38,7%) больных с тяжелым течением заболевания. Больные с легким течением СД — 6 (2,8%) человек в анализ не включались ввиду слишком малой численности группы.

Для оценки распространенности и интенсивности заболеваний пародонта использовали индекс нуждемости в лечении заболеваний пародонта CPITN (ВОЗ, 1982). Уровень гигиены полости рта у больных СД определяли по индексу гигиены (ИГ) Ю.А. Федорова и В.В. Володкиной (1970). С целью сравнительного анализа клинических проявлений хронического генерализованного пародонтита была проведена оценка состояния тканей пародонта с использованием индекса гингивита (РМА) I. Shour и M. Massler (1947), в модификации С. Parma, 1960, пародонтального индекса (PI) Russell (1956) [2].

Полученные результаты исследования подвергались математической обработке с использованием пакетов статистических программ «STATISTICA-6.0». Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка. При сравнении двух несвязанных групп использовался критерий Манна-Уитни. Качественные признаки сравнивались с помощью критерия χ^2 . Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение

Проведенное исследование с использованием индекса CPITN выявило, что распространенность патологических признаков пародонта в группе больных со средним и тяжелым течением СД 2 типа составила 91,3% и 98,8% соответственно.

При этом в группе больных со средней степенью тяжести в 39,4% случаев определялась кровоточивость десны. Над- и поддесневые зубные камни отмечались в 52,8% случаев, из которых в 18,1% был поражен один секстант, в 17,3% — два, в 6,3% — три, в 3,2% — четыре, в 4,7% — пять, в 3,2% — шесть секстантов. Пародонтальные карманы глубиной до 5 мм определялись у 61,4% больных. У 25,2% больных они были выявлены в одном секстанте, у 20,5% — в двух, у 9,5% — в трех, у 3,2% — в четырех, у 2,4% — в пяти, у 0,8% — в шести. Пародонтальные карманы глубиной более 6 мм определялись у 10,2% больных, из

них у 6,3% — в одном секстанте, у 3,2% — в двух, у 0,8% — в трех секстантах.

Во второй группе больных с тяжелым течением СД наблюдалась тенденция к снижению более легких патологических признаков, таких как кровоточивость десны — в 33,3% и наличие только над- и поддесневых зубных камней (45,2%), тогда как признаки необратимых деструктивных процессов в пародонте напротив нарастали. Так, пародонтальные карманы глубиной до 5 мм определялись у 64,3% больных, при этом у 21,4% были выявлены в одном секстанте, у 16,7% — в двух, у 13,1% — в трех, у 11,9% — в четырех, у 1,2% — в пяти секстантах. Пародонтальные карманы глубиной более 6 мм были выявлены у 13,1% больных, из них у 8,3% в одном секстанте, у 2,4% — в двух, у 1,2% — в трех и в пяти секстантах.

В первой группе больных со средним течением СД у 34,7% больных были определены секстанты без патологических изменений и у 70,1% — исключенные секстанты, в группе с тяжелым диабетом — 28,6% и 75,0% соответственно.

Полученные данные индекса нуждемости в лечении заболеваний пародонта CPITN показали, что в первой группе больных 7,1% нуждаются в улучшении уровня гигиены полости рта, 20,5% — в профессиональной гигиене полости рта и коррекции уровня гигиены, 52,0% — в удалении зубных отложений и в комплексной терапии, включающей кюретаж (закрытый или открытый), 10,2% — в удалении зубных отложений и комплексной терапии, включающей лоскутные операции и ортопедическое лечение.

Во второй группе с тяжелым течением СД больше больных нуждалось в комплексном и ортопедическом лечении. Только коррекция уровня гигиены была необходима 3,6% больным. Улучшение уровня гигиены и профессиональная гигиена полости рта была показана 14,3%, профессиональная гигиена полости рта и комплексная пародонтальная терапия, включающая закрытый или открытый кюретаж, — 66,7% и профессиональная гигиена полости рта в сочетании с комплексной пародонтальной терапией с проведением лоскутной операции и ортопедического лечения была необходима 13,1% больным.

У больных со средней степенью диабета выявлено значимо больше больных СД 2 типа с интактным пародонтом по сравнению с больными тяжелой степенью — 8,7% и 1,2% ($p=0,021$) и меньше со вторичной частичной и полной адентией — 16,5% и 27,4% соответственно. Больных с генерализованным гингивитом и генерализованным пародонтитом при средней и тяжелой степени СД было примерно одинаковое количество —

Таблица 1

Структура заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом 2 типа в зависимости от тяжести течения основного заболевания

Группы	Здоровый пародонт, чел. (%)	Генерализованный гингивит, чел. (%)	Генерализованный пародонтит, чел. (%)	Вторичная адентия, <10 зубов, чел. (%)
1 (n=127)	11 (8,7)	27 (21,3)	68 (53,5)	21 (16,5)
2 (n=84)	1 (1,2)*	16 (19,0)	44 (52,4)	23 (27,4)

Примечание: * - $p<0,05$ — статистическая значимость различия показателей между группами 1 и 2 (метод χ^2).

21,3% vs 19% и 53,5% vs 52,4% соответственно (табл. 1).

При клиническом обследовании состояния тканей пародонта установлено, что у больных тяжелой степенью СД 2 типа интенсивность и распространенность воспалительно-деструктивных процессов в пародонте была более выражена. Медиана индекса РІ у больных СД 2 типа при тяжелой степени значительно превышала значения больных со средней степенью — 3,1 балла и 2,5 балла соответственно ($p=0,03$) (табл. 2).

Состояние пародонта у больных сахарным диабетом 2 типа различной степени тяжести

Группы, чел. (%)	ГИ, баллы Me (Q25-Q75)	Индекс кровоточивости, баллы Me (Q25-Q75)	РМА, % Me (Q25-Q75)	РІ, баллы Me (Q25-Q75)
1 n=106 (63,5)	2,0 (1,3-3,0)	1,8 (1,0-2,5)	39,7 (22,7-56,5)	2,5 (1,3-3,6)
2 n=61 (36,5)	2,0 (1,7-3,3)	2,0 (1,2-2,2)	44,4 (25,4-64,4)	3,1* (1,5-4,3)

Примечание: исключены больные со вторичной частичной и полной адентией, представлены: Me — медиана, Q25-Q75 — нижний и верхний квартили; * — $p<0,05$ — статистическая значимость различия показателей между группами (метод Манна-Уитни).

Медиана индекса РМА при среднем течении диабета составила 39,7 балла, при тяжелом течении — 44,4 балла. Медиана ИГ больных СД 2 типа составляла 2,0 и 2,0 балла соответственно, статистически значимых различий между группами не получено. Следовательно, гигиеническое состояние полости рта у больных не имело выраженного влияния на развитие воспаления в пародонте.

При проведении корреляционного анализа по Спирмену была получена слабая положительная корреляционная связь индекса РІ и степени тяжести течения сахарного диабета ($r_s=0,2$; $p=0,01$), что, возможно, свидетельствует об усугублении тяжести хронического генерализованного пародонтита с увеличением тяжести течения сахарного диабета.

Выявлено, что пародонтологическое лечение с про-

филактической целью получали 24% обследованных больных, в том числе 19,2% мужчин и 80,8% женщин, из них только 4,2% регулярно 2 раза в год. Дополнительные средства гигиены полости рта в виде ополаскивателей применяли лишь 2,3% больных СД 2 типа, причем исключительно женщины.

Анализ причины потери зубов по анамнестическим данным выявил, что при средней степени СД 2 типа подвижные зубы удалялись у 50% больных, при тяжелой степени — у 68,2% больных ($p=0,013$).

Таблица 2

При определении состояния тканей пародонта у больных СД 2 типа критерием для исключения из исследования 44 больных послужило наличие полной вторичной адентии или количество зубов менее 10 в зубном ряду.

Приведенные данные свидетельствовали, что распространенность патологии зубочелюстной системы у больных СД 2 типа в целом достигала 94%.

Воспалительные заболевания пародонта составляли 73,9%, из которых хронический генерализованный гингивит был выявлен у 20,6% больных, хронический генерализованный пародонтит легкой, средней, тяжелой степени у 26,2%, 12,8%, 14,2 % соответственно. У 14,2% больных отмечалась вторичная частичная адентия (менее 10 в зубном ряду), у 6% — вторичная полная адентия и лишь у 6,0% больных СД 2 типа — интактный пародонт.

Таким образом, у больных СД 2 типа определена высокая распространенность заболеваний пародонта генерализованного характера. Тяжелое течение основного заболевания в значительной степени оказывает влияние на распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта. Больные СД 2 типа нуждаются в активной стоматологической лечебно-профилактической и ортопедической помощи.

SPREADING AND STRUCTURE OF PARODONTAL DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

O.O. Spasova

(Irkutsk State Medical University)

The results of the investigation of 218 patients with diabetes mellitus type 2 have been analyzed. A wide spread of parodontal diseases of a generalized character has been established. The gravity of the general disease mainly influence upon spread and intensity of the parodontal inflammatory diseases. The patients with diabetes mellitus of the second type require intensive complex dental therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Иванов В.С.* Заболевания пародонта // Терапевтическая стоматология / Под ред. Е.В.Боровского, Ю.М.Максимовского. — М.: Медицина, 2001. — С.365-458.
2. *Грудянов А.И.* Обследование лиц с заболеваниями пародонта // Пародонтология. — 1998. — Т. 9, №3. — С.8-13.
3. *Дедов И.И., Фадеев В.В.* Введение в диабетологию. — М.: Берг, 1998. — 220 с.
4. *Григорян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А.* Болезни пародонта: патогенез, диагностика, лечение: Руководство для врачей. — М., 2004. — 303 с.
5. *Цепов Л.М., Николаев А.И.* Диагностика и лечение заболеваний пародонта. — М.: МЕДПресс-информ, 2002. — 192 с.
6. *Grossi S.G., Genco R.J.* Periodontal disease and diabetes mellitus: a two-way relationship // Annals of Periodontology. — 1998. — Vol. 3. — P.51-61.
7. *Saremi A., Nelson R.G., Tulloch-Reid M. et al.* Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes // Diabetes Care. — 2005. — Vol. 28. — P.27-32.