

Г. С. АРЕВШАТЯН

СОСТОЯНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Некоторые стороны этиологии и патогенеза альвеолярной пиореи — парадонтоза — пока еще недостаточно освещены. Большое количество теорий, объясняющих ранние изменения в парадентальных тканях, недостаточно выявили этиологические предположения.

Е. Е. Платонов [1] отмечает, что при изучении патологической анатомии альвеолярной пиореи особенно тщательно обсуждалось участие в этом процессе костей челюсти с первичными симптомами атрофии и дистрофии. Г. М. Риттер [2] и др. альвеолярную пиорею рассматривают как случайное явление при диабете. П. П. Мендел [3] отмечает, что диабет часто сопровождается патологическими разрыхлениями десен и гноетечением, шатанием зубов, являющимися характерными симптомами альвеолярной пиореи. М. И. Мартынова [4] считает, что у детей, заболевших сахарным диабетом, в полости рта обнаруживаются стоматиты, молочница, а в тяжелых случаях — альвеолярная пиорея.

Причины рассасывания альвеолярного отростка объясняются по-разному. А. П. Покалин [5] это связывает с нарушением обмена веществ, приводящим к понижению сопротивляемости ткани. В. П. Шкепасте [6] отмечает, что тяжесть изменения в костной ткани альвеолярного отростка зависит от тяжести или интенсивности развития болезни. Д. М. Шепард [7] считает, что резорбтивные изменения в костных тканях появляются или обнаруживаются у больных после 18 лет. Некоторые же полагают, что причиной рассасывания альвеолярного отростка является диабетическая ангиопатия.

Настоящая работа посвящена изучению состояния альвеолярного отростка при диабете у детей и подростков, поскольку вопрос изменения полости рта при сахарном диабете у детей в литературе мало отражен.

Всего обследован 61 ребенок в возрасте от 6 до 16 лет, из них в тяжелой форме — 39, в средней — 22. Из общего числа 8 детей страдали тяжелой формой альвеолярной пиореи.

Больные жаловались на кровоточивость десен и гноетечение, шатание отдельных или группы зубов, запах изо рта. У всех 8 больных отмечался катаральный гингивит и одновременно — атрофия десны и обнажение шеек зубов; отмечены патологические десневые карманы различной глубины, достигающие в некоторых участках 6—7 мм, и гноетечение из карманов. Рентгенологически отмечалась убыль костной ткани межзубных перегородок. Характерна неравномерность степени костных изме-

нений у разных групп зубов. Надо отметить, что если у больного ребенка объективно обнаруживается гингивит, то на рентгенограмме мы уже видим рассасывание вершины межзубных перегородок, что и следует считать начальной формой альвеолярной пиореи. Если больной не лечится или плохо лечился, то этот процесс развивается более интенсивно.

Приводим одну историю болезни.

Больная Т. Г., 14 лет, история болезни № 5018, поступила 10/IX. 1962 г. с жалобами на повышенную жажду, частые гипергликемии. Болела корью, ветряной оспой, гриппом.

При поступлении в клинику сахар в крови равнялся 361 мг%, кетоновые тела — 10,2 мг%, холестерин—227 мг%, билирубин—0,4 мг%. Получила физиологическую диету (1995, большую калорию). Больна сахарным диабетом с 1953 г. Стоматологический статус: жалобы больной на кровоточивость десен, зуд, особенно по утрам, шатание зубов. Прикус ортогнатический. Состояние зубов:

7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7
				II°	II°	III°		III°	II°	II°				

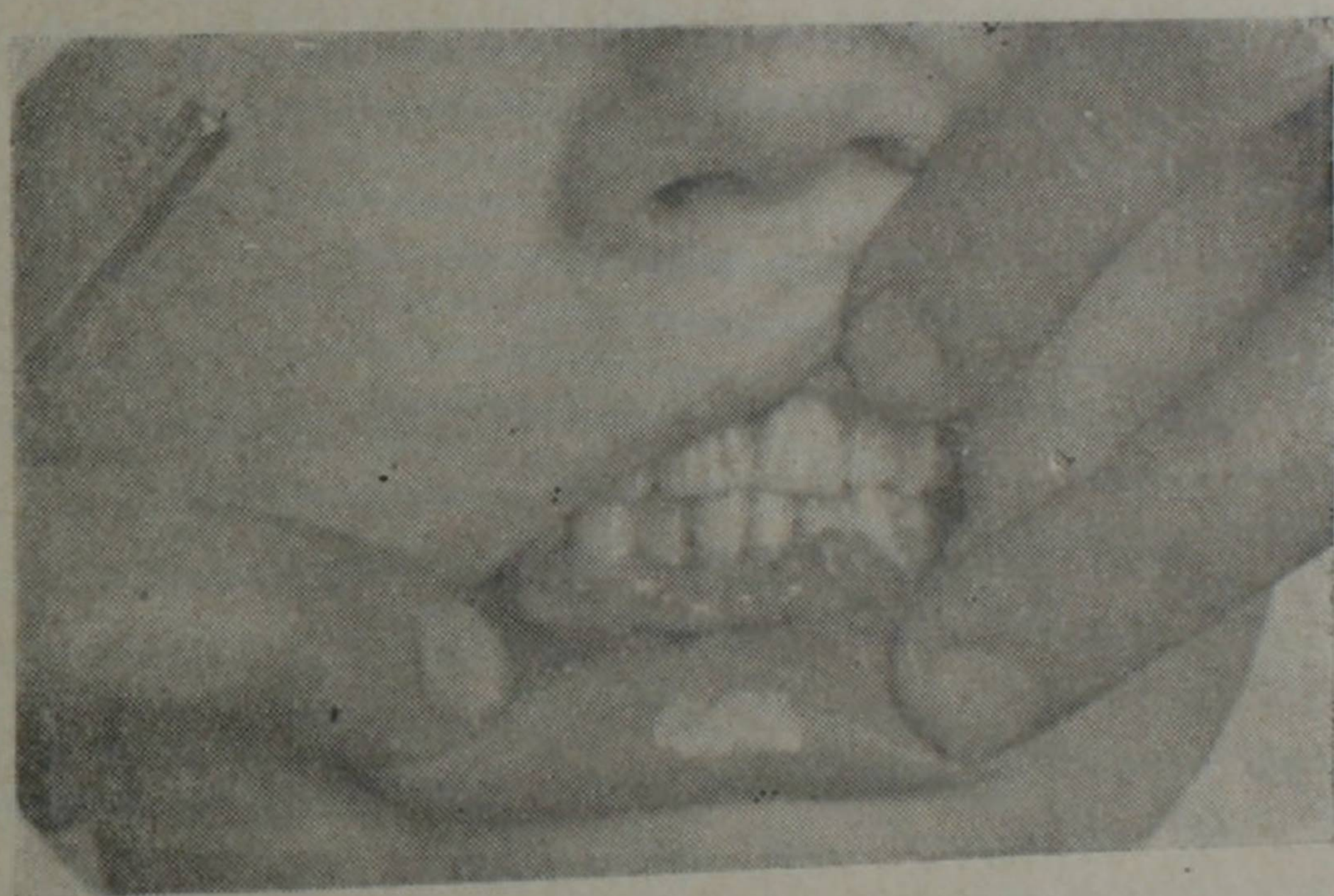


Рис. 1. Нижняя челюсть больной Т. Г. Отмечается неравномерная атрофия десен, местами — обнажение шейки зубов.

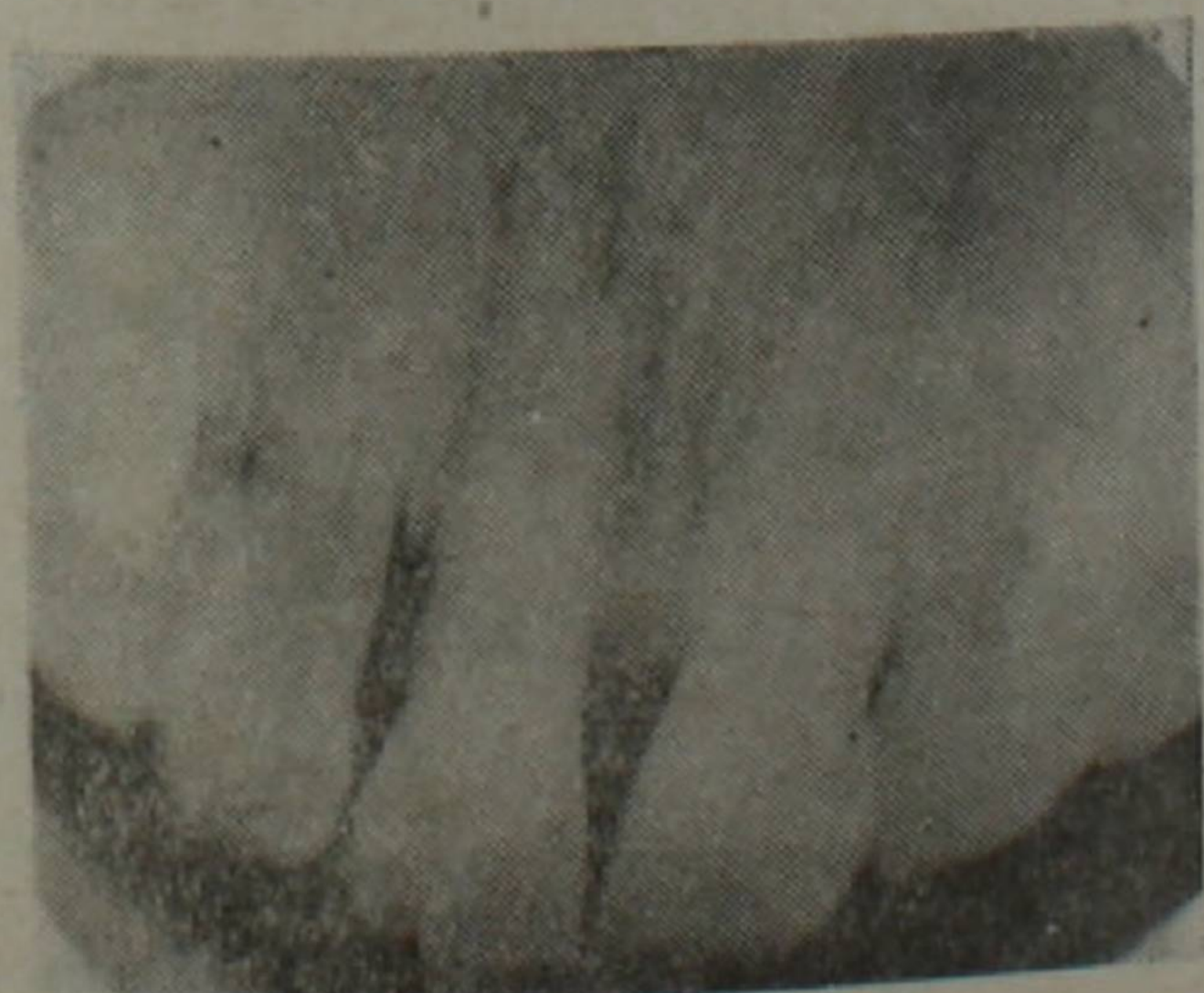


Рис. 2. Рентгенограмма верхней челюсти больной Т. Г.

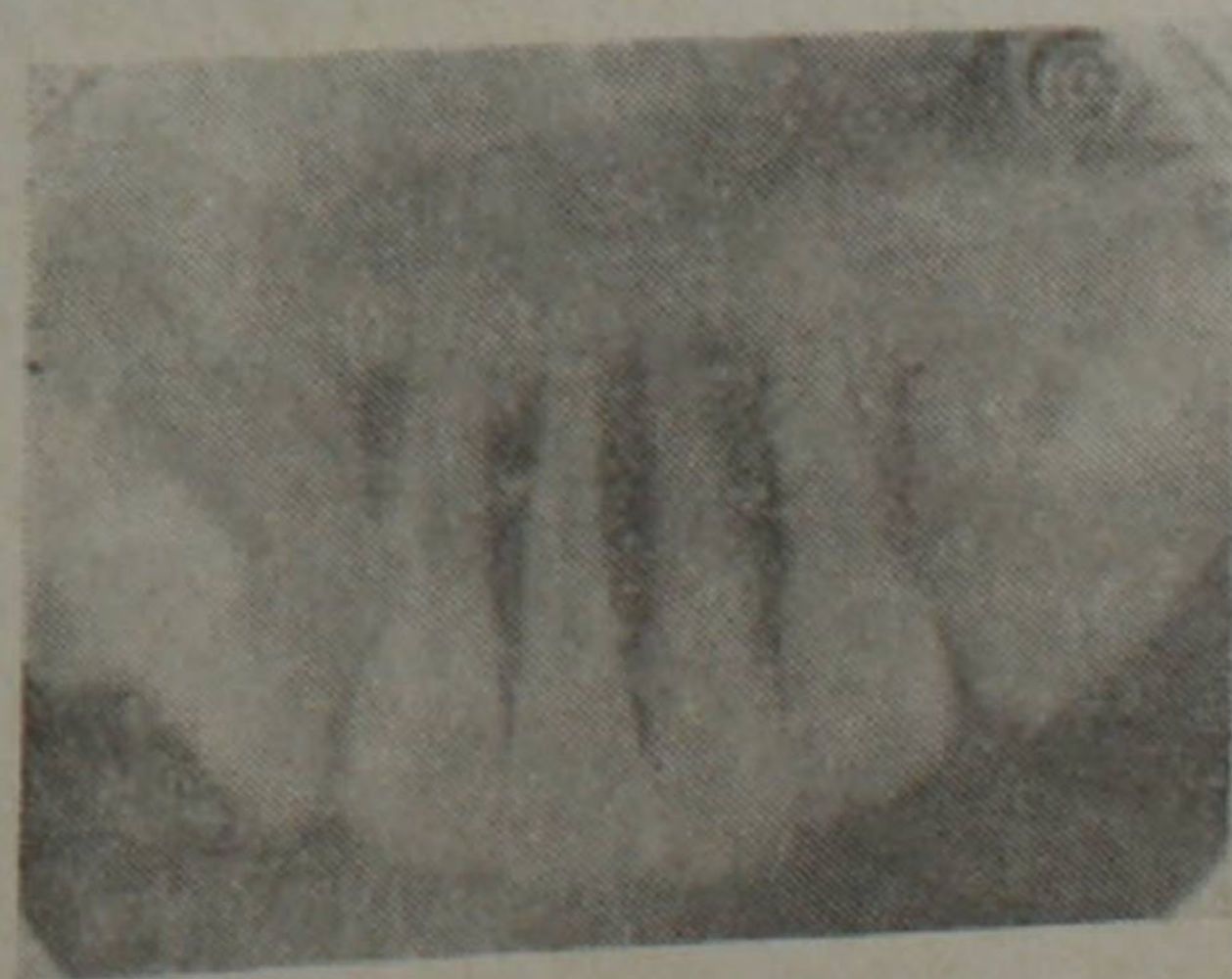


Рис. 3. Рентгенограмма нижней челюсти больной Т. Г.

Объективные признаки: слизистая оболочка полости рта бледно-розоватого цвета. На верхней челюсти отмечается синюшность и отечность десенных сосочков и десенного

края, наблюдаются патологические карманы. На нижней челюсти отмечается неравномерность десен, обнажение корней фронтальных зубов, атрофия десен с выделением из карманов гноя, шероховатость на обнаженной поверхности корней (рис. 1). На рентгенограмме верхней челюсти в области фронтальных зубов отмечается рассасывание межзубных перегородок, отсутствие компактной пластинки (рис. 2), а на нижней — горизонтальная атрофия альвеолярного отростка, компактный слой кости отсутствует, вследствие чего зубы едва удерживаются в лунках (рис. 3).

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы.

1. Атрофия альвеолярного отростка является одним из ранних патологических изменений у детей, страдающих сахарным диабетом, а также гингивитом.

2. По рентгенологическим данным, резорбция кости начинается от вершины межзубных перегородок.

Кафедра стоматологии

Ереванского медицинского института

Поступило 14/IX 1965 г.

Հ. Ս. ԱՐԵՎՇԱՏՅԱՆ

ԱՏԱՄՆԱԲՆԱՅԻՆ ԵՆՈՒՍՏԻ ՎԻՃԱԿԸ ՇԱՔԱՐԱԽՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Շաքարախտով տառապող երեխաների մոտ բերանի խոռոչի ախտաբանական փոփոխությունները դեռևս քիչ են ուսումնասիրված: Հեղինակի կողմից ուսումնասիրված է 61 հիվանդ, որոնցից 8-ի մոտ հայտնաբերվել է ակվեոլյար ելուստի ատրոֆիա, որը հանդիսանում է վաղաժամ ախտաբանական երևույթներից մեկը:

Ռենտգենյան ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ սկրալին ատրոֆիան սկսվում է միջակվեոլյար պատի գագաթից:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Платонов Е. Е. Стоматология, 1964, 5, стр. 3.
2. Риттер Г. М. Одонтология и стоматология, 1901, 3, стр. 105.
3. Мендел П. П. Одонтология и стоматология, 1935, 3, стр. 35.
4. Мартынова М. И. Сахарный диабет у детей. М., 1963, стр. 109.
5. Покалин А. П. Тезисы докладов научной сессии Рижского медицинского института. Рига, 1961.
6. Шкепасте В. П. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1958, 1, стр. 95.
7. Sheppart Y. M. Alveolar resorption in diabetes mellitus. D. Cosmos, 78:1075 (oct.)-1936.