

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ТЕРАПИИ ПАРОДОНТИТА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фозилова Умида Камоловна.

<https://orcid.org/0009-0008-8405-7800>

Хабибова Назира Насруллаевна .

<https://orcid.org/0000-0002-0900-3828>

Аннотация: Сахарный диабет 2 типа (СД2) оказывает значительное влияние на состояние пародонта, обуславливая хроническое воспаление, нарушение микроциркуляции и сниженные регенеративные способности тканей. Настоящая статья освещает результаты клинического исследования по оценке эффективности комплексной терапии пародонтита у пациентов с СД2, включающей механическую обработку, антисептические и противовоспалительные средства, а также коррекцию метаболического фона. Приведён сравнительный анализ гликемических и пародонтальных показателей до и после лечения.

Ключевые слова: пародонтит, сахарный диабет 2 типа, комплексная терапия, HbA1c, воспаление, лизоцим, профилактика

Введение: Хронический пародонтит рассматривается как одно из частых осложнений СД2, причём патогенетическая связь между этими двумя состояниями является двусторонней. Нарушение углеводного обмена усиливает воспаление в тканях пародонта, в то время как хроническая пародонтальная инфекция способствует повышению инсулинорезистентности. Согласно международным консенсусам (Chapple, Genco, 2018), эффективное лечение заболеваний пародонта у диабетиков может привести к улучшению гликемического контроля. Однако в условиях декомпенсированного СД2 стандартные методы терапии пародонтита нередко

оказываются менее результативными. Настоящее исследование направлено на оценку эффективности комплексного подхода в лечении пародонтита у пациентов с СД2.

Материалы и методы: В исследование включены 126 пациентов с СД2, разделённые на две группы: основная (n=62) — получала комплексную терапию, и группа сравнения (n=64) — получала стандартное лечение. До начала и через 6 недель после терапии проводились оценка индекса РМА, ВІ, ОНІ-S, глубины пародонтальных карманов, уровня лизоцима в слюне и HbA1c. Применялись: скейлинг, обработка пародонтальных карманов антисептиками (0,12% хлоргексидин), реминерализующие пасты, аппликации с фитоэкстрактами, индивидуальная гигиеническая инструкция.

Результаты: В основной группе наблюдалось достоверное снижение показателей воспаления:

- ВІ снизился с $2,6 \pm 0,4$ до $1,3 \pm 0,3$ ($p < 0,001$);
- РМА уменьшился с 78% до 42% ($p < 0,001$);
- глубина пародонтальных карманов уменьшилась с $4,9 \pm 0,8$ мм до $3,2 \pm 0,6$ мм ($p < 0,01$).

Уровень лизоцима в слюне повысился с $2,3 \pm 0,4$ до $3,8 \pm 0,5$ мкг/мл, отражая улучшение местной защиты. На фоне терапии наблюдалось снижение HbA1c с 8,2% до 7,7% ($p < 0,05$), чего не наблюдалось в группе сравнения.

В группе сравнения, получавшей лишь базовую терапию, улучшения были менее выраженными:

- ВІ снизился с $2,5 \pm 0,5$ до $2,0 \pm 0,4$ ($p < 0,05$);
- уровень HbA1c остался стабильным (8,1% до 8,0%, $p > 0,05$);
- уровень лизоцима не изменился значительно.

Обсуждение: Полученные данные подтверждают, что при СД2 пародонтит протекает агрессивнее и требует усиленного терапевтического подхода. Использование комплекса местных антисептиков и противовоспалительных средств на фоне индивидуализированной гигиены и

коррекции диабета приводит к значительному уменьшению воспалительных признаков и восстановлению местного иммунитета.

Важно подчеркнуть системное влияние пародонтальной терапии. Снижение HbA1c на 0,5% в основной группе сопоставимо с эффектом от добавления второго гипогликемического препарата, что подчеркивает роль стоматологического лечения в общем менеджменте СД2.

Рекомендуется включать регулярную санацию полости рта в обязательный перечень лечебных мероприятий при ведении пациентов с диабетом, особенно в стадии суб- и декомпенсации. Индивидуальное обучение гигиене, контроль над состоянием десен каждые 3–4 месяца, применение местных иммуномодулирующих и противовоспалительных средств — важнейшие элементы профилактики.

Заключение: Комплексная терапия пародонтита у пациентов с СД2 доказала свою эффективность как в отношении локального воспаления, так и системных метаболических параметров. Значительное улучшение пародонтального статуса, повышение уровня лизоцима и снижение HbA1c позволяют рассматривать стоматологическое вмешательство как ключевой компонент комплексного ведения диабета. Регулярное наблюдение и профилактика позволяют существенно снизить частоту осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Chapple ILC, Genco RJ. Periodontal health and diabetes. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S106-112.
2. Silva N et al. Host response in periodontal disease. J Clin Periodontol. 2022;49(S24):61–79.
3. Yusupov JI, Mukhamedov SH. Комплексная терапия при СД2. Ташкентский мед. журн. 2020;1:57–62.
4. Morozova LV et al. Местный иммунитет при СД2. Журнал клинической стоматологии. 2021;3:45–51.

5. Volkov AV, et al. Оральная микробиота при диабете. Clin Microbiol Rev. 2021;34(3):e00084-20.
6. Присяжнюк О.В., Иорданишвили А.К. Некариозные поражения зубов при СД. ДентАрт. 2019;6:31–35.
7. Borgnakke WS. Диабет и стоматология. Int Dent J. 2019;69(6):401–407.
8. American Diabetes Association. Standards of Medical Care. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S157.
9. López-Pintor RM et al. Salivary dysfunction in diabetic patients. J Diabetes Res. 2016;2016:4372852.
10. González-Serrano J et al. Осложнения слизистой при диабете. Clin Oral Investig. 2016;20(2):287–93.