ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Туйчиев Вахобиддин Хужабек угли
Ассистент кафедры стоматологии университета «Zarmed»
https://doi.org/10.5281/zenodo.23696285

Введение

Выбор дифференцированного лечения начинается с определения того, какие различия между пациентами действительно меняют тактику. При сахарном диабете 2 типа выраженность кровоточивости сама по себе не объясняет причины воспаления. Необходимо установить состояние опорных тканей, распределение налёта и доступность самостоятельной гигиены. Термин «хронический катаральный гингивит» следует дополнять этими признаками, чтобы диагноз имел практическое содержание [1].

Цель работы — сформировать диагностическую последовательность, которая связывает клиническое обследование с выбором дальнейшего действия и позволяет избежать одинаковой лечебной схемы при различных причинах устойчивого воспаления.

Материалы и методы

Проведён целевой аналитический обзор клинического определения гингивита, консенсуса по взаимосвязи диабета и заболеваний пародонта и исследования воспалительных медиаторов при гингивите и диабете 2 типа [1, 2, 3]. Источники сопоставляли по диагнозу, составу участников и назначению показателей. Отдельно рассматривали диагностический признак, фактор восприимчивости и результат лечения.

Для построения последовательности использовали правило клинической применимости: каждый этап должен завершаться решением, которое можно отразить в карте пациента. Лабораторное отклонение рассматривали вместе с местными признаками. Предложенная стратификация представляет аналитическую модель выбора тактики; её категории не являются новой шкалой тяжести диабета.

Результаты

Первый этап предусматривает уточнение границ заболевания. Регистрируют кровоточивость при зондировании, глубину зондирования и уровень клинического прикрепления. При наличии признаков потери опорных тканей переходят к диагностике пародонтита. Сохранять прежнюю формулировку гингивита при выявленной деструкции означало бы выбирать лечение на основании неполного диагноза.

Второй этап устанавливает соотношение местного раздражителя и воспаления. Для этого сопоставляют участки налёта с участками кровоточивости, отмечают нависающие края реставраций, затруднённый доступ и качество межзубного очищения. Совпадение локализации помогает выбрать участок первоочередного вмешательства. Несовпадение требует дополнительного осмотра, а не немедленного назначения нового средства.

Третий этап уточняет метаболический контекст. В карте указывают дату HbA1c, сведения о медицинском наблюдении и обстоятельства, мешающие выполнению рекомендаций. Индивидуальный целевой уровень гликемии относится к компетенции лечащего врача. Задача

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

стоматолога — передать конкретный вопрос и учесть полученную информацию при организации помощи [2].

Таблица 1. Диагностические ситуации и их практическое значение

Сочетание признаков	Что уточнить	Следующее действие
Налёт и кровоточивость на одних участках	Доступность очищения	Устранение местных препятствий
Кровоточивость при малом видимом налёте	Скрытые отложения и диагноз	Повторное обследование участков
Нет актуальных данных о диабете	Дата HbA1c и наблюдение	Связь с лечащим врачом
Выявлена потеря прикрепления	Пародонтальный статус	Переход к тактике лечения пародонтита

Схема на рисунке 1 отражает разветвление решений. Её исходная точка — клиническое обследование, поскольку именно оно устанавливает, допустима ли дальнейшая работа в рамках диагноза гингивита. При сохранном пародонте местные и метаболические данные рассматривают совместно, но фиксируют раздельно: это позволяет понять основание каждого назначения.

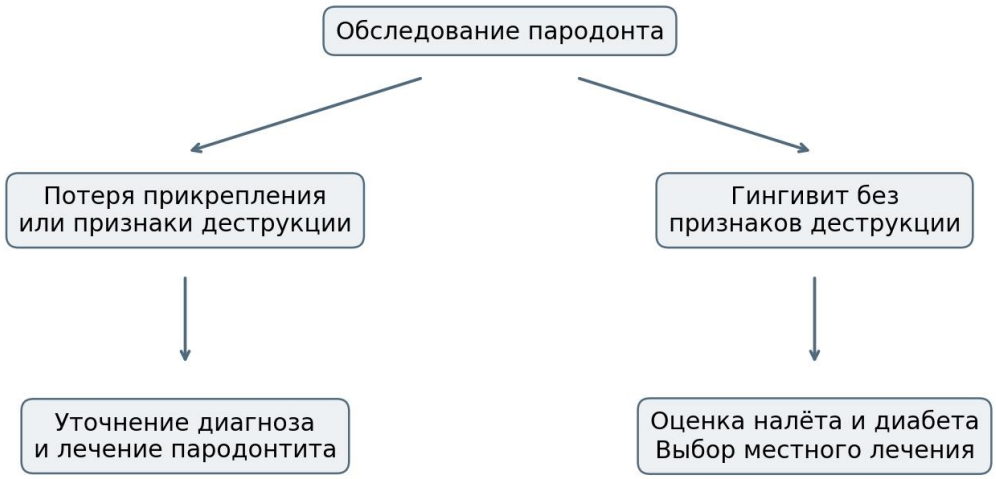


Рисунок 1. Последовательность диагностического выбора при воспалении десны у пациента с сахарным диабетом 2 типа.

Обсуждение

Воспалительный ответ при диабете создаёт биологическое основание для внимательного наблюдения. Работа Andriankaja и соавторов показала связь гингивита с изменениями воспалительных медиаторов у некурящих участников с диабетом 2 типа [3]. Однако ассоциация не определяет индивидуальную схему назначения препарата. Для клинической стратификации важнее установить, какой фактор можно устранить и по какому признаку оценить результат.

Повторный осмотр должен воспроизводить исходный способ регистрации. Если в первый визит оценивали одни участки, а в следующий — другие, изменение общего показателя может отражать различие методики. Сохранение карты участков позволяет отделить улучшение гигиены

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.

от ошибки сопоставления. При уменьшении налёта и сохранении кровоточивости повторно проверяют местные условия и правильность диагноза.

Практическое преимущество последовательности состоит в прозрачности решения. Запись «усилить лечение» недостаточна: необходимо указать, что именно препятствует разрешению воспаления. Это может быть неудобный инструмент, недоступная поверхность или отсутствие медицинского наблюдения. Для каждого из этих обстоятельств требуется своё действие. Устранение налёта и обучение гигиене соответствуют рекомендациям по ведению гингивита [4].

Ограничение предложенной модели связано с её аналитическим характером. Категории помогают организовать обследование, но не имеют установленных показателей прогностической точности. Для их проверки требуется проспективное сопоставление решений и исходов при одинаковом клиническом протоколе. При этом следует учитывать изменение медицинской терапии и фактическое выполнение рекомендаций.

Заключение

Диагностическая стратификация при хроническом катаральном гингивите и сахарном диабете 2 типа должна начинаться с исключения деструкции пародонта. Последующее сопоставление налёта, кровоточивости, доступности гигиены и актуальных медицинских данных определяет направление помощи. Критерием полезности стратификации служит обоснованный выбор конкретного действия с последующей проверкой клинического ответа.

Список литературы

1. Trombelli L., Farina R., Silva C.O., Tatakis D.N. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S44–S67. doi:10.1111/jcpe.12939.
2. Sanz M., Ceriello A., Buysschaert M. et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. J Clin Periodontol. 2018;45(2):138–149. doi:10.1111/jcpe.12808.
3. Andriankaja O.M., Barros S.P., Moss K. et al. Levels of serum interleukin (IL)-6 and gingival crevicular fluid of IL-1beta and prostaglandin E(2) among non-smoking subjects with gingivitis and type 2 diabetes. J Periodontol. 2009;80(2):307–316. doi:10.1902/jop.2009.080385.
4. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme. Gingivitis. Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care. https://periodontalcare.sdcep.org.uk/guidance/managing-disease/gingivitis/ (accessed 26 October 2026).

© Ushbu material Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) litsenziyasi asosida tarqatiladi.