

Medicinski fakultet
Stomatološki odsek

Dečja i preventivna stomatologija
Rukovodilac: Prof. Dr. Sci. Đ. Baba-Milkić

KARIJES FREKVENCA KOD DECE OBOLELE OD ŠEĆERNE BOLESTI

M. Savić, Đ. Baba-Milkić, M. Živković, S. Mitić

Dijabetes mellitus je oboljenje koje utiče skoro na sva tkiva i organe, bilo direktno ili indirektno. Direktni atak je predstavljen poremećenim metabolizmom ugljenih hidrata, belančevina, masti i vode, a indirektni je posledica širenja degenerativnih promena u kardiovaskularnom sistemu — u prvom redu mikroangiopatičnih promena.

Svakako da ni organ za žvakanje, kao deo ogranizma nije pošteđen. O patološkim promenama na sluzokoži, jeziku i parodontcijumu je dosta pisano. U svim udžbenicima se ran oispadanje zuba kod dijabetičara prepisuje degenerativnim promenama, progresivnoj alveolizi, izazvanim poremećenim metabolizmom i patološki izmenjenoj unutrašnjoj sredini.

Dostupni podaci iz literature, o tome kako D. M. utiče na karijes frekvencu, uglavnom se odnose na odrasle osobe. Pitanje korelacije karijesa zuba i poremećenog metabolizma kod dece još nije dovoljno razjašnjeno.

Radovi koji obrađuju ovu materiju su kontradiktorni. Veliki broj autora smatra da je kod dijabetičnih pacijenata povećana karijes fresvenca. Svoje tumačenje zasnivaju na povećanju pH pljuvačke i prisutnoj glikosijaliji. Međutim, prisustvo kod dece dijabetičara je u granicama normale ili neznatno povećano, ali nikada nije u korelaciji sa glikemijom. Kod pacijenata sa vrlo visokom koncentracijom šećera u krvi, nađena su neznatna odstupanja od normalne, dok se kod malog povećanja glikemije, nekada susreće izražena glikosijalija. O ovome detaljno govore radovi Šastina, Kirohine, Vasileve i dr. Šastin je pronašao šećer u pljuvački samo kod težih dijabetičara i pratio je nestajanje šećera u pljuvački pri normalizaciji glikemije. Takođe i radovi Vajsa govore da povišen šećer u pljuvački može dovesti do razvijanja karijesa u dece.

Vasileva smatra da na povećanu karijes frekvencu kod dece dijabetičara utiče povećana kiselost pljuvačke, kao i nemogućnost samočišćenja nekih površina zuba. Dopušta se i mogućnost promene fiziologije pljuvačnih žlezda, kao i imunoloških svojstava pljuvačke. Takođe, ima uticaja i smanjena rezistencija usne šupljine u odnosu na lokalne iritirajuće faktore i prema bakterijskoj flori. Često prisutna zapaljiva akutna i hronična oboljenja gingive se otkrivaju kod dijabetičara kao predisponirajući faktor u nastanku karijesa. I na kraju, roditelji zbog saznanja da im dete boluje od neizlečive bolesti, usredsređuju svu pažnju na osnovnu bolest, zapostavljajući ostala moguća patološka stanja.

Nasuprot gore navedenim autorima, niz drugih negira korelaciju i navodi da dijeta u D. M. deluje pozitivno, jer je reducirana količina ugljenih hidrata. Oni svoja tumačenja baziraju na činjenicu da su šećeri centralni faktor u razvijanju karijesa i da je njihovo dejstvo u zavisnosti od molekulske težine. Ističe se i baktericidno dejstvo rodanida i njegov visoki sadržaj u pljuvački obolelih koji primaju insulin. (Erkes).

Kako je odnos karijesa zuba i šećerne bolesti nedovoljno ispitan, našim istraživanjima želimo da doprinesemo razvetljavanju ove problematike. U te svrhe pregledano je 44 dece oba pola i uzrasta od 3 do 18 godina, kod kojih je endokrinolog-pedijatar utvrdio dijagnozu i podvrgao ih insulinskoj terapiji. Klinički pregledi su obavljani klasičnom načinom pomoću oštre sonde i zubarskog ogledala pri dnevnoj svetlosti. Takođe je stomatološki pregled upotpunjen Rōdijagnostikom radi potvrđivanja dijagnoze u nejasnim slučajevima, kao i zbog sagledavanja stanja parodonticijuma kao funkcionalnog tkivnog kompleksa.

Naša istraživanja su se kretala u dva pravca:

1. Da li Dijabetes mellitus, kao bolest, utiče na rasprostranjenost karijesa.

2. Da li i u kom stepenu utiče dužina trajanja bolesti na karijes prevalencu i incidencu, mlečni i stalnih zuba.

Rezultati do kojih smo došli prikazani su tabelarno. Na tabeli br. 1 kod uzrastne grupe od 7 do 10 godina karijes prevalenca je čak veća kod zdrave dece (kontrolna grupa školske dece izabrana metodom slučajnog izbora). Svakako da mali broj dijabetične dece ovoga uzrasta ne daje ubedljive podatke, ali se isto tako ne sme zapostaviti ni činjenica da su to deca kod kojih bolest traje znatno kraće. U sledećoj grupaciji od 11 do 14 godina, koja je i najbrojnija, rezultati su daleko ubedljiviji. Ovaj uzrast karakteriše nagli porast karioznih lezija kod obolele dece. Karijes index prosek u stalnoj denticiji je 9, a kod kontrolne grupe 5,93. Tumačenja za ovakvo stanje možemo tražiti jedino u činjenici da bolest ispoljila u vreme odvijanja mineralizacije stalnih zuba pa je i ostavila tragove na kvalitet izgrađenih čvrstih zubnih tkiva. U prilog ovome govore i rezultati iz treće grupe ispitivane dece gde bolest traje još duže, a to su deca od 15 do 18 godina.

Tabela br. 1

GOD. STAROSTI	UKUPN	DIJABETIČARI						UKUPN	ZDRAVA DECA					
		STALNI ZUBI			MLEČNI ZUBI				STALNI ZUBI			MLEČNI ZUBI		
		KIO %	KIZ %	KP	KIO %	KIZ %	KP		KIO %	KIZ %	KP	KIO %	KIZ %	KP
7 - 10	7	100	14,86	1,5	100	53,3	6,8	80	93,75	23,83	2,7	93,75	58,6	7,2
11 - 14	30	100	35,39	9	—	—	—	80	98,75	27,53	5,93	—	—	—
15 - 18	7	100	50,73	14,8	—	—	—	80	97,01	27,56	6,03	—	—	—

Ovde je karijes frekvenca zabrinjavajuće velika. Karijes index prosek je 14,8. Ovo ukazuje na veliku potrebu saradnje dece dijabetičara sa pedontologom, redovnu kontrolu i najsavesniji higijenu usta i zuba kao i kompletnu obradu svih patoloških promena ove regije.

Moguće je, da i velika učestalost obolelih delova parodontijuma stvara predilekciona mesta gde se zadržavaju ostaci hrane, koja mada reducirana ugljenim hidratima, još uvek može u procesu razgradnje delovati kariogeno.

Što se tiče korelacije dužine trajanja bolesti i karijes frekvence, statistički pokazatelji do kojih smo došli nisu ubedljivi. Neznatno povećanje karijes index proseka kod dece čija bolest traje više od 5 godina nije pak statistički značajno.

Tabela br. 2

DUŽ. TRAJ. BOL.	UKUPAN BR PREG. DECE		KIO u%		KIZ u%		KP	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
2 - 5 GOD	8	8	100	100	24,56	46,9	5,1	9,7
IZNAD 5 GOD.	15	16	80	100	30,14	42,82	5,6	11,5

Zaključak

Sigurno da rezultati do kojih smo došli našim istraživanjima ne daju mogućnost da se tvrdi da šećerna bolest, korektno regulisana, može i bitno da utiče na karijes prevalenciju i incidenciju zuba obeju denticija.

Rezime

U stručnoj lateraturi shvatanja o korelaciji karijes frekvence i dijabetes mellitus su kontradiktorna.

Rezultati do kojih smo došli našim istraživanjima ne daju mogućnost da se tvrdi da šećerna bolest, korektno regulisana može i bitno da utiče na karijes prevalencu i incidencu zuba obeju denticija.

Summary

In the literature the understanding of correlation of caries frequency and diabetes mellitus are contradictory.

The results weve gor in one ivestigation don't give possibility to claim that diabetes wich is correctly regulated may exert influence on caries prevalence and incidence of teeth in both dentition.

Literatura

1. Gepts. W. Pathology of tiabetes mellitus, Diab. croat. 4 i 139, 1975
2. Kirohina C. A. Soderžanie sahara v slone u deteibolnih diabetom, Stomatologia, 6/67.
3. Pedersen P. V. Nutricioni aspekt zubnog karijesa, Royal Dental College Copenhagen, Denmabrck, Beograd 1966.
4. Sokolovskii V. D. Sostoanie polosti rta u bolanah sahar-nim diabetom, Stomatologia, 1/67.
5. Vasileva S. Kliničko statističko proučavanje zubnog kvara dece obolele od šećerne bolesti, Stomatologija, 1/975, Sofija.
6. Šastin H. P. Sovjetska pedijatrija 1934.
7. Savić M., Stomatološki tretman dece obolele od šećerne bolesti. XII stomatološka nedelja SRS, Vrnjačka Banja, Zbornik, 1977.
8. Savić M., Baba-Milkić Dj., Životna sredina i bakterijska flora i stanje parodonticijuma u dece obolele od šećerne bolesti. XI Dani preventivne medicine, Niš, 1977, Zbornik.