

Стоматолошки факултет
Клиника за болести на устата – СКОПЈЕ

КОРЕЛАЦИЈА ПОМЕЃУ ГЛИКОСИЈАЛИЈАТА И ПРОМЕНИТЕ НА DORSUM LINGUAE КАЈ БОЛНИ ОД DIABETES MELLITUS

Лазаревска Благородна, Марија Накова, М. Симоновски, В. Димитровски,
Златка Белазелкоска

Извршена е клиничка анализа на јазичниот покривач и одредувана е гликозијалијата од 125 пациенти со шеќерна болест и 35 здрави лица, без анамнестички податоци за присуството на некое органско или системско заболување и без макроморфолошки промени на оралната мукоза и пародонтот. Клиничкиот преглед покажа дека кај 39 болни од шеќерна болест не постојат отстапувања во релјефот на јазичниот покривач, додека кај 25 од испитуваните беа забележани атрофични промени на дорзумот на јазикот. Гликозијалијата покажа сигнификантно зголемување на својата концентрација кај пациентите со промени на јазичниот покривач во однос на пациентите кај кои не беа забележани отстапувања во нормалниот релјеф на јазикот во однос на контролната група.

Стручната литература од областа на оралната патологија обилува со податоци што ја третираат етиопатогенетската партиципација на шеќерната болест во алтерацијата на оралноткивната метаболична динамика и клиничката презентација на морфолошките промени во оралната регија.

Многубројните експериментални, лабораториски и клинички истражувања, во таа смисла, укажуваат на патолошки изменет целуларен хемизам и ацидобазен статут, како и на изменета имунолошка реактивност во заболениот организам (10). Cohen (4), испитувајќи го наследниот дијабет, експериментално предизвикан на кинески ставорци, забележал честа појава на пародонтални лезии со изразена гингивална инфламација и алвеоларна ресорпција.

Parma (8), следејќи го клиничкиот развој на 306 дијабетичари во тек на повеќе години, забележал рана афекција на забно-потпорниот систем, придружен со миграција, луксација и екструзија на забите. Сметајќи ја шеќерната болест како етиолошки фактор на инфламаторно-деструктивните промени на пародонталниот комплекс, заболувањето го нарекол *Paradontosis simpptomatica diabetica*.

Посветувајќи внимание на очигледната поврзаност помеѓу нарушениот јагленохидратен метаболизам и афекцијата во ткивата на оралната празнина во нашите поранешни испитувања, ние најдовме латентна или рана форма на *Diabetes mellitus* кај 12,9% од испитуваните со клинички и рендгенолошки верифицирана пародонтопатија, кај (11), 93% застапеност на прогресивна пародонтопатија кај болни од шеќерна болест (12), гликозијалија речиси за 4 пати повисока кај

заболениите од пародонтопатија во споредба со тие од контролната група (14), и зголемено излучување на инсулин во саливата повеќе од два пати (12).

Следејќи ги атрофичните промени на дорзумот на јазикот кај болни од шеќерна болест, констатиравме нивна присутност во 60.97% од испитуваните. Динамиката на овие промени беше во директна зависност од формата на дијабетот и од начинот на неговата терапија (18).

Овие наоди наметнаа и потреба да се одговори на прашањето дали атрофичните промени на функционалната орална мукоза се во корелација со степењот на гликозијалијата. Оттаму се формира и целта на овој труд: да се испита евентуалната поврзаност на клинички манифестните алтерации на дорзумот на јазикот со саливарната присутност на гликозата кај заболениите од шеќерна болест.

Материјал и метод на работа

Извршени се орални прегледи кај 125 болни од Diabetes mellitus, селективани по пат на случаен избор од Центарот за Diabetes mellitus – Клиника за ендокринологија на Медицинскиот факултет во Скопје. Од нив се издвоени 39 болни кај кои не се забележани промени на јазичниот покривач и 25 болни кај кои се присутни атрофични промени на јазикот. Како контролна група се земено 35 здрави лица, без анамнестички податоци за присуството на некое органско или системско заболување и без макроморфолошки промени на оралната мукоза и пародонтот.

Кај сите испитувани беше земена по 0.1 мл плунка по пат на просто прелевање, без употреба на стимулатори. Во неа беше одредувана концентрацијата на глукозата по 0-толуидинскиот метод (8), а вредностите беа пресметувани во mmol/l и статистички обработувани.

Резултати

Резултатите од добиените клинички прегледи на трите испитувани групи, како и вредностите на гликозијалијата се прикажани на следната табела:

Табела

GLUKOZA mmol/l	ПЛУНКА		
	КОНТРОЛА	DIAB. MELIT. БЕЗ ОРАЛНИ ПРОМЕНИ	DIAB. MELIT. СО ОРАЛНИ ПРОМЕНИ
n	35	39	25
CP.BP.	0.041	0.32	0.49
CT.ДЕВ.	0.03	0.06	0.08
CT.ГР.	0.006	0.009	0.009
p	0,001	0,001	

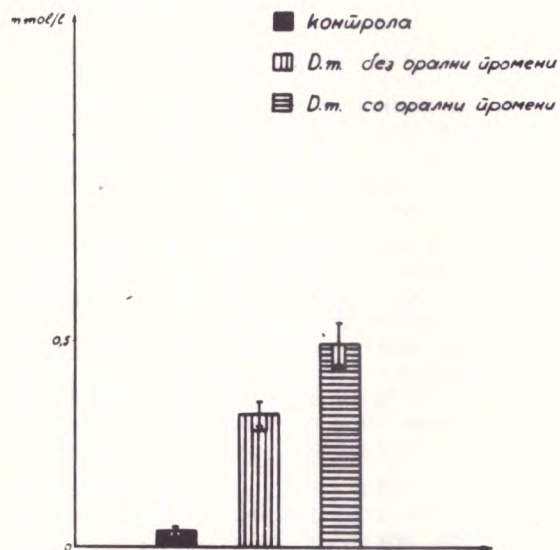
Од изнесените податоци се гледа дека средната вредност на гликозата во мешаната плунка во контролната група изнесува 0.041 mmol/l, групата болни со атрофични промени на јазичниот покривач 0,45 mmol/l.

Ваквите наоди укажуваат на зголеменото ниво на излучување на гликозата во саливата кај болните со атрофични промени на јазичниот покривач во споредба со онаа кај болните без промени на дорзумот на јазикот. Разликата во средните вредности на концентрацијата на саливарната гликоза помеѓу обете групи е статистички високо сигнификантна ($p=0.001$).

Средната вредност на концентрацијата на гликозата во мешаната плунка од контролната група изнесува 0.041 mmol/l и во споредба со онаа кај заболелите е за 8, односно 10 пати пониска.

Најдените средни вредности на гликозата во плунката на испитуваните групи се и графички прикажани на графиконот.

Графикон



Дискусија

Оралните промени се чест и ран симптом во клиничката објективизација на шеќерната болест. Понекогаш нивното присуство е единствена клиничка манифестација на латентната форма. Во таков случај дополнителните испитувања насочени кон функционалната процена на јагленохидратниот баланс овозможуваат рано дијагностицирање на Diabetes mellitus, а навреме спроведената терапија, односно диета, ја блокира нејзината манифестна експозиција.

Повеќе автори, на еден или на друг начин, ја подвлекуваат меѓусебната поврзаност на полисахаридниот дисбаланс и оралната афекција.

Пампулов и сораб. (17), преку хистоморфолошки и хистохемиски испитувања, констатирале лезии во гингивалните капилари од типот на микроангиопати кај испитуваните дијабетичари во 96,8% од случаите, додека процентот на таквите промени на кожата изнесувал 84,2%, а на ретината 67,2%. Авторите заклучуваат дека гингивалната мукоза е најосетлива и највулнерабилна ткивна структура во организмот на заболелите, како и тоа дека капиларните лезии во

оралните ткива се јавуваат во исто време или порано од оние на кожата и ретината, па затоа можат да се користат како ран дијагностички параметар.

Levin (9), на сопствен клинички материјал, преку опсервација на болни од Diabetes mellitus, кај голем број од набљудуваните нашол промени на јазикот од типот на хиперемија и едем, а Lin (10) во оралниот статус на 175 болни од дијабет, кај 26.9% нашол атрофични промени на дорзумот на јазикот.

Во тек на повеќе години прашањето за присуството на гликозата во саливата било доста актуелно, а добиените податоци од литературата се контрадикторни.

Bernard (12) не нашол саливарно присуство на гликоза, Binet (3) докажал шеќер во плунката, а Englander (4) дошол до заклучок дека постои пропорционален сооднос помеѓу концентрацијата на гликоза во плазмата и саливата.

Наодите од нашите испитувања ја потврдуваат констатацијата дека гликозата е присутна во плунката на здрави луѓе (0.041 mmol/l) иако во многу помала количина од таа во плазмата. Со споредување на вредностите на саливарната гликоза кај болните од Diabetes mellitus може да се види дека тие се за 8–10 пати поголеми во споредба со концентрацијата на гликоза во плунката од испитуваните на контролната група.

Во групата болни без промени на јазичниот покривач, средната вредност на саливарната гликоза изнесува 0.32 mmol/l, а кај болните со атрофични промени на dorsum linguae – 0.45 mmol/l. Меѓусебната компарација, како и аналитичката обработка на овие вредности покажаа висока сигнификантност ($p < 0.001$). Ваквиот наод ни дозволува да го прошириме нашите досегашни констатации за етиопатогенетскиот придонес на Diabetes mellitus во клиничката објективизација на атрофичните промени на дорзумот на јазикот.

Репетирајќи ги нашите поранешни сознанија (12) за иницијалните васкуларни оштетувања придружени со ендотелна пролиферација и мукопротеидно таложење во сидовите на артериолите, проширување и тромбозирање на венулите и задебелување на базалната мембрана на капиларите видена во биооптичниот материјал земен од гингивата на болни од шеќерна болест, како и присутното ПАС позитивно фибриларно или гранулирано таложење во ретикуларната маса, заклучивме дека ваквите промени се последица на нарушен метаболизам на мукополисахаридите, бидејќи нивната биосинтеза, покрај влијанието на некои други фактори, е контролирана од инсулиниот и стереоидните хормони.

Високо изразената инциденца на атрофичните промени на јазикот забележани кај болни од шеќерна болест (18) ја протолкувавме како израз на реперкуторниот ремоделирачки феномен на епителот, кој ја следи дијабетогено индуцираната колагеназа во врзивните структури на јазикот, доведувајќи до измени на суперфицијалната архитектоника на неговиот дорзум.

Земајќи ја предвид сигнификантноста во разликата на средните вредности на концентрацијата на гликоза во мешаната плунка помеѓу групата болни без промени на епителниот покривач на јазикот и групата болни со атрофични промени, можеме да заклучиме дека и зголемената концентрација на саливарна гликоза, односно зголемениот квантум на нејзините метаболни продукти што доведуваат до промени на ацидо-базната рамнотежа во оралниот медиум, имаат определен придонес во клиничката презентација на атрофичните промени на јазичниот покривач кај болни од шеќерна болест.

Во услови на инхибирана резистентност на организмот (5) (Drachman) и редуцирани реактивни можности на мукозната мембрана, гликосијалијата го забрзува развојот и патолошката активност на dorsum linguae, која преку свои специфични алтеративни ефекти имплицира мултипли атрофични промени на дорзумот на јазикот. Во прилог на ова наше размислување го изнесуваме и наодот на Банченко (1) за честата застапеност на атрофичниот глосит од микотично потекло.

CORRELATION BETWEEN GLUCOSIALIA AND THE CHANGES OF DORSUM LINGUAE IN PATIENTS SUFFERING FROM DIABETES MELLITUS

Summary

Clinical examination of dorsum linguae was performed and glucosialisis assessed in 125 patients suffering from diabetes mellitus and compared to 35 healthy persons, of random selection without anaemnesitic evidence of systemic or organic disorder presence and without macro-morphological changes of oral mucosa and periodontium. Our clinical examination revealed no changes in dorsum linguae relief, while in 25 of the examined atrophic changes were found. Glucosialisis demonstrated significantly increased concentration in the patients with changes of the tongue dorsum compared to those without, and to the controls.

Литература

1. Банченко Г.Б. (1979), „Сочетание заболеваний слизистой оболочки полости рта и внутренних органов., Медицина, Москва стр. 11
2. Bernard C. (1977): „Curs of medicine du College de France sur la diabete et la glucosialisis animale. Librairie J.B. Baicilliera et Fille, Vol XV p 72.
3. Binet L., (1967); „Studies of eliminating power of the salivay gland. Pr. Mee 34, 229.
4. Cohen M.M. (1963): Pulpal and periodontal disease in a strain of chines hamsters with hereditary diabetes mellitus., Oral Surg Med Oral Path 16:104.
5. Drachman R., Root R and Wood W.B. (1966): Studies on the effect of experimental diabetes mellitus on antimicrobial defense. Demonstration of deffect on phagocitoss., J. Exp Med 124:227
6. Englander H.R. (1969): Glucose concentration in blood plasma and parotid saliva of individuals with and without diabetes melitus diabetes mellitus. J. Dent Res, 1246.
7. Farman A.G.: (1976):, Atrophic lesions of the tongue. A prevalence study among 175 diabetic patients. Journal of Oral Pathology 5:255
8. Hyvarinen A and Nikilla E.A. (1962): Specific determination of blood glucose with o=toluidin., Clin Chim Acta 7,140=143.
9. Levin H., (1965): Some dental aspets of endokrine disease., Oral Surg 19, 466.
10. Lin J.H. Ruginsky M.S. (1975): Microcirculation in Diabetes mellitus J. Dent Res 6,77.
11. Лазаревска Б., Милошевска Љ., Плашевски А (1970): Шекерниот дијабет и прогресивната пародонтопатија., Зб. на трудови од II-от собир на стоматолозите на СРМ, стр. 142.
12. Лазаревска Б., Накова М., Чевреска С., Ковачев В., (1974): Ниво инсулина у паротидној и мешовитој саливи дијабетичара, СГС, ван. број, стр. 407.
13. Лазаревска Б., Арсов Д., Урумова Е., А. Плашески, Т. Чесмечиска (1975): Шекерната болест и промените во пародонциумот., Зборник на трудови на стоматолозите на Југославија, стр. 507.
14. Накова М., Лазаревска Б., В. Ковачев., А. Плашески (1978): Напоредни испитувања на концентрацијата на глюкозата во плазмата и плунката кај болни со diјabetes mellitus..., Зб. на трудови од X-от конгрес на лекарите на СРМ, стр. 868.
15. Накова М., Лазаревска Б., Ковачев В. (1977): Сооднос помеѓу концентрацијата на глюкозата во плунката и плазмата кај пациенти со прогресивна пародонтопатија, МСП 3,4.
16. Parma C., (1947)., Parodontosis diabetica, Parodontologie, 1,86
17. Пампулов А, Платонов Е., Dachei G (1975), Diabetes mellitus et microangiopatie gingive, Зб. рад. И-ог Балканског конгреса о диabetу стр 406, Београд.
17. Симоновски М., Лазарева Б., Димитровски В., Накова М., Белазелкоска З., (1981), Атрофичните измени на dorsum linguae кај болни од diabetes mellitus, Зборник на трудови на II-от конгрес на ендокринолозите на Југославија.