

УДК: 616.31-002-06:616.61-008.64

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Болтаев Санжар Толибович

Ассистент кафедры хирургических болезней
Университета Альфраганус

Аннотация

Последнее время существенно улучшились методы стоматологической реабилитации взрослых людей, страдающих различными заболеваниями органов и тканей полости рта, что связано с внедрением в практическую стоматологию новых технологий, оборудования, инструментов и материалов. В то же время, неизбежные трудности возникают при лечении заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП).

Ключевые слова: тубуло-интерстициального поражения почек, хронический генерализованный пародонтит, слизистой оболочки полости рта, хроническая почечная недостаточность.

Annotation

Recently, the methods of dental rehabilitation of adults suffering from various diseases of the organs and tissues of the oral cavity have improved significantly, due to the introduction of new technologies, equipment, tools and materials into practical dentistry. At the same time, unavoidable difficulties arise in the treatment of dental, periodontal, and oral mucosa diseases in patients with chronic kidney disease (CKD).

Key words: tubulointerstitial kidney damage, chronic generalized periodontitis, oral mucosa, chronic renal failure.

Annotatsiya

So'nggi paytlarda og'iz bo'shlig'i a'zolari va to'qimalarining turli kasalliklari bilan og'rigan kattalarni stomatologik reabilitatsiya qilish usullari sezilarli darajada yaxshilandi, bu amaliy STOMATOLOGIYAga yangi texnologiyalar, uskunalar, asboblari va materiallarni kiritish bilan bog'liq. Shu bilan birga, surunkali buyrak kasalligi (KKD) bilan og'rigan bemorlarda tish, periodontal va og'iz shilliq qavati kasalliklarini davolashda muqarrar qiyinchiliklar yuzaga keladi.

Kalit so'zlar: tubulointerstitsial buyrak shikastlanishi, surunkali umumiy periodontit, og'iz bo'shlig'i shilliq qavati, surunkali buyrak etishmovchiligi.

Введение.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — симптомокомплекс, вызванный необратимой постепенной гибелью нефронов вследствие первичного или вторичного хронического прогрессирующего заболевания почек. Количество пациентов с ХПН в мире возросло в 4,7 раза. К наиболее частым причинам ХПН относят наследственные и врожденные нефропатии, первичные нефропатии, нефропатии при системных заболеваниях, нефропатии при обменных заболеваниях, поражение почек при сосудистых заболеваниях, урологические болезни с обструкцией мочевых путей, лекарственные поражения почек, токсические нефропатии. Структура основных причин ХПН на протяжении последних десятилетий претерпела существенные изменения, что обусловлено общим увеличением роста больных с сахарным диабетом, гипертонией, атеросклерозом. При ХПН основными синдромами являются гипертензивный, анемический, отечный, аноректический, метаболический. При ХПН снижается количество функционирующих нефронов, что приводит к изменению гормональной саморегуляции клубочкового кровотока (система ангиотензин II-простагландины) с развитием гиперfiltrации и гипертонии в сохранившихся нефронах. Известно, что ангиотензин II способен усиливать синтез трансформирующего фактора роста-, а последний, в свою очередь, стимулирует продукцию внеклеточного матрикса. Таким образом, сопряженные с гиперfiltrацией повышенное внутриклубочковое давление и усиленный кровоток приводят к склерозу клубочков. Замыкается «порочный круг», для его ликвидации необходимо устранить гиперfiltrацию. Таким образом, изменения, приводящие к склерозу

клубочков, существенно нарушают обмен веществ при ХПН.

Содержание циркулирующего в крови инсулина при ХПН повышено. Однако в условиях ХПН часто нарушена толерантность к глюкозе, хотя значительной гипергликемии и тем более кетоацидоза не отмечают. Причин для этого несколько: резистентность периферических рецепторов к действию инсулина, внутриклеточный дефицит калия, метаболический ацидоз, повышение уровней контринсулярных гормонов (глюкагона, гормона роста, ГК, катехоламинов). Нарушение толерантности к глюкозе при ХПН называют азотемическим псевдодиабетом (необходимости в специальной терапии данного состояния обычно не возникает).

Материал и методы.

Пациентов с хронической генерализованной пародонтитом сочетанной с хронической болезнью почек и 78 человек без сопутствующих заболеваний органов и систем. Возраст больных в среднем составил $51,9 \pm 4,56$ лет. Среди обследованных больных, страдающих ХБП 42 были больны хроническим пиелонефритом, 36 - хроническим гломерулонефритом. Контрольную группу составили 18 практически здоровых мужчин.

Клиническое обследование всех групп пациентов проводилось по общепринятой методике, с применением основных и дополнительных методов, с заполнением стандартной истории болезни. Проводилась выкопировка данных пациентов из амбулаторных карт, включая анамнез, общий и биохимический анализ крови.

Всем пациентам, выдавалась памятка о проводимом исследовании и было подписано информированное согласие. Каж-

дому пациенту проводилось полное медицинское обследование в соответствии с существующими стандартами оказания амбулаторной и стационарной медицинской помощи.

В план клинического стоматологического обследования было включено анкетирование, осмотр полости рта и сбор смешанной слюны. При анкетировании использовали авторский опросник, включающий 5 пунктов, состоящих из 13 вопросов, относящихся к сфере личной гигиены полости рта, давностью лечения у стоматолога, наличию симптомов сухости, галитоза (неприятного запаха) в полости рта, дисгевзии (извращения вкуса), сопутствующих заболеваний, принимаемых лекарственных препаратов.

Опрос включал выяснение жалоб пациента, связанные с возникшими в полости рта процессами, время их первого появления, возможные причины возникновения, наличие проведенного ранее лечения, его характер и эффективность, сроки рецидивов. При сборе анамнеза жизни обращали внимание на профессиональные вредности, характер, режим питания, вредные привычки, перенесенные и сопутствующие заболевания, аллергологический статус, принимаемые лекарственные препараты.

Внешний осмотр: оценивали мягкие ткани и костные структуры лица, цвет и кожные покровы, и красную кайму губ, углы рта, соотношение верхней, средней, нижней трети лица, состояние регионарных лимфатических узлов.

Осмотр полости рта проводили в изолированном помещении при естественном и искусственном освещении с помощью стандартного набора одноразовых стоматологических инструментов.

При осмотре преддверия полости рта: обращали внимание на цвет и увлажнен-

ность слизистой оболочки, наличие патологических элементов, уровень прикрепления подвижной части слизистой оболочки, глубину преддверия.

При осмотре собственно полости рта: оценивали состояние имеющихся зубов и зубных рядов, состояние пародонта, подвижность зубов, соотношение челюстей или вид прикуса. При осмотре десневого края с вестибулярной и язычной сторон, отмечали цвет, отечность, конфигурацию, консистенцию, кровоточивость.

Результаты собственных исследований стоматологический статус лиц, страдающих хронической болезнью почек. В ходе клинического исследования были изучены особенности

стоматологического статуса больных хроническими заболеваниями почек позволило установить особенности клинического течения патологии твердых тканей зубов, оценить уровень оказываемой стоматологической помощи таким пациентам, а также уточнить сведения о частоте встречаемости кариеса, некариозных поражений зубов и нуждаемости в лечении. Для повышения точности и надёжности проводимого клинического исследования по изучению особенностей клинического течения заболеваний твердых тканей зубов, и частоте их встречаемости при хронической болезни почек (ХБП), одновременно было проведено изучение стоматологического статуса практически здоровых лиц (той же возрастной группы и пола).

В ходе исследования было установлено, что у здоровых людей среднего возраста (контрольная группа) частота встречаемости кариеса и некариозных поражений зубов составила, соответственно, 87% и 31%. На каждого обследованного из контрольной группы приходилось $0,64 \pm 0,05$ зуба с хроническими периапикальными

очагами одонтогенной инфекции (ХПО-ОИ). Интенсивность течения кариозного процесса согласно индексу КПУ (К- количество кариозных зубов, П- пломбированных зубов, У - удалённых зубов) в контрольной группе была $13,7 \pm 0,89$ (К- $2,8 \pm 0,19$; П - $7,3 \pm 0,57$; У - $2,9 \pm 0,18$).

В лечении зубов в контрольной группы нуждалось 82%, в протезировании зубов - 57%. Уровень стоматологической помощи у лиц контрольной группы был удовлетворительным (индекс УСП=49%).

Изучение стоматологической заболеваемости у лиц, страдающих ХБП показало, что её показатели существенно не отличались от аналогичных, полученных при обследовании лиц контрольной группы. Так, частота встречаемости кариеса и некариозных поражений зубов у лиц, страдающих ХБП составила, соответственно, 94%. В тоже время при ХБП люди чаще страдали некариозными поражениями твёрдых тканей зубов (клиновидные дефекты, повышенная стираемость зубов, гиперестезия зубов), соответственно, в

29% и 35% случаев. Существенных различий в интенсивности течения кариозного процесса при ХБП, по сравнению с контрольной группой, не установлено. На каждого обследованного из лиц, страдающих ХБП приходилось, соответственно, $0,83 \pm 0,09$ зуба с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции.

Помимо клинического обследования тканей полости рта, у пациентов с патологией почек было проведено исследование смешанной слюны, которая отражает изменения, происходящие в ротовой полости. В таблице представлены показатели слюны, полученные у пациентов с патологией почек. Скорость слюноотделения у пациентов ХБП отличалась от значений в контрольной группе, т.е. имела тенденция к снижению количества выделяемой слюны. Выявлено достоверное понижение pH слюны у пациентов ХБП, что несомненно, может влиять на состояние эмали зубов, и на развитие кариозной и некариозной патологии.

Таблица 1

Показатели смешанной слюны у пациентов с ХБП ($M \pm m$)

Подгруппы/ Показатели (ед.изм)	Контрольная (n=)	Больные с ХБП (n=)
РН	$6,98 \pm 0,10$	$5,27 \pm 0,537^*$
Vsal (мл/мин)	$0,48 \pm 0,02$	$0,46 \pm 0,03$
ОБ (г/л)	$3,48 \pm 0,57$	$10,54 \pm 0,95^*$
ЛДГ (МЕ/л)	$118,51 \pm 11,5$	$236,78 \pm 12,7^*$
ЩФ (МЕ/л)	$22,4 \pm 4,00$	$36,8 \pm 1,67$
АСТ (МЕ/л)	$31,1 \pm 2,60$	$58,7 \pm 4,68^*$

АЛТ (МЕ/л)	23,2±5,61	48,1±3,47
Ca ²⁺ (ммоль/л)	1,78±0,12	0,78±0,06
Mg ²⁺ (ммоль/л)	1,71±0,01	1,71±0,02
Cl ⁻ (ммоль/л)	0,42±0,03	0,59±0,05*

Примечание: различия достоверны при *p<0,05 по отношению к данным контрольной группы; • p<0,05 по отношению к I-ой подгруппе.

Как видно из таблицы минимальные значения pH слюны и скорости слюноотделения (Vsal) от общепринятых параметров нормы были получены в контрольной группе. Вопрос о возможной деминерализации твердых тканей зубов находит подтверждение в тенденции повышения уровня кальция в слюне. У этих пациентов было выявлено большее количество участков деминерализации твердых тканей зубов в виде клиновидных дефектов, эрозий и стираемости. Пациенты этой группы также предъявляли жалобы на сухость СОР, хотя скорость саливации у них была снижена недостоверно. Это, возможно, объясняется тем, что у них имеет место нарушение кровоснабжения протоков малых слюнных желез, что подтверждают данные, полученные с помощью видеогастроскопа и достоверное увеличение в слюне активности АСТ.

Таким образом показано, что у больных, страдающих ХПН, наличие соматической патологии влияет как на частоту встречаемости патологии твердых тканей зубов, так и на клиническую картину течения основных заболеваний зубов. При ХБП, при удовлетворительном уровне стоматологической помощи, возрастает частота встречаемости некариоз-

ных поражений, а нуждаемость в лечении патологии твердых тканей и протезировании зубов не отличается от потребностей здоровых людей этой же возрастной группы. У лиц, страдающих ХБН, резко возрастает интенсивность течения кариозного процесса до 15,9-18,7 поражённых зубов в сторону увеличения числа кариозных и удалённых зубов, а также количество зубов с ХПООИ (до 2,6-3,1 зубов) на одного человека. Показатель уровня стоматологической помощи для здоровых лиц и лиц, страдающих ХБП, был удовлетворительным. При этом у лиц, страдающих ХПН, увеличивается встречаемость некариозных поражений твердых тканей зубов до 47%, а также нуждаемость в лечении и протезировании зубов до 92% случаев соответственно. Это, очевидно, связано с обменными процессами, приводящими к изменению минерализации твердых тканей зубов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования организационных и стоматологических лечебно-профилактических мероприятий, направленных на улучшение стоматологического здоровья людей, страдающих хронической болезнью почек.

Выводы

1. У людей, с тубуло-интерстициальной поражением почек, возрастает частота встречаемости некариоз-

ных поражений (соответственно, 28,26% и 32,43%; в контрольной группе - 20,83%) и нуждаемость в протезировании зубов (соответственно, 52,17% и 54,05% в сравне-

нии с контрольной группой - 49,17%), а нуждаемость в лечении кариеса зубов не отличается (69,57% и 70,27%, соответственно) от аналогичного показателя среди здоровых людей этой же возрастной группы - 71,67%.

2. Снижение уровня sIgA в слюне до $0,44 \pm 0,02$ г/л у больных ТИПП против $0,61 \pm 0,06$ г/л у больных ХГП без патологии почек приводит к снижению защитных групп микрофлоры в пародонте и в СОПР.

Литература:

1. Вялкова А.А., Зорин И.В., Плотникова С.В., Чеснокова С.А. Формирование и прогрессирование тубуло-интерстициальных болезней почек у детей / Вялкова А.А., Зорин И.В., Плотникова С.В., Чеснокова С.А. // Лечение и профилактика. - 2017. - № 1 (21). - С. 29-39.
2. Вялкова А.А., Гриценко В.А. Современные подходы к диагностике и лечению ре-нальной инфекции у детей / Вялкова А.А., Гриценко В.А. // Нефрология. - 2018. - Т. 22. - № 3. - С. 72-87.
3. Гажва С.И. Загайнов В.Е Иголкина Н.А. Влияние хронической болезни почек на состояние слизистой оболочки полости рта // Современные проблемы науки и образования. - 2013.-№2.-С27-35
4. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. / Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. // Фолиант СПб. - 2008. - С. 23.
5. Кузьмин О.Б., Жежа В.В., Беянин В.В., Бучнева Н.В., Ландарь Л.Н., Сердюк С.В. Диагностическая и прогностическая ценность биомаркеров повреждения почечных канальцев NGAL, KIM, L-FABP у пациентов с хронической болезнью почек / Кузьмин О.Б., Жежа В.В., Беянин В.В., Бучнева Н.В., Ландарь Л.Н., Сердюк С.В. / Нефрология. - 2017. - Том 21. - № 2. - С. 24-32