

Мкртчян А.А., Ронь Г.И.

Особенности течения и лечения основных стоматологических заболеваний у пациентов с хроническими заболеваниями почек

Кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМА Минздравсоцразвития России, г. Екатеринбург

Mkrтчyan A.A., Ron G.I.

Peculiarities of the major dental disease in patients with chronic renal failure

Резюме

С помощью клинико – лабораторных методов проведена сравнительная характеристика биохимических нарушений в полости рта и дана объективная оценка патологическим изменениям в полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, пародонтит, ксеростомия, лактоферрин, хронические болезни почек

Summary

Using clinical - laboratory methods performed comparative analysis of biochemical abnormalities in the mouth and give an objective assessment of pathological changes in the oral cavity in patients with chronic renal failure.

Keywords: chronic renal failure, periodontal disease, xerostomia, lactoferrin, chronic kidney disease

Введение

Первые симптомы системных заболеваний проявляются на слизистой оболочке рта, что и заставляет больных в начале обращаться за помощью к стоматологу. В настоящее время наименее изученной является проблема стоматологических заболеваний у больных, на различных стадиях хронической почечной недостаточности. По данным отечественной и зарубежной литературы у пациентов с ХПН имеется повышенный риск стоматологических заболеваний [2] и характерные изменения в полости рта [1].

Заболевание мочевыделительной системы часто вызывают изменения в полости рта [3]. Исследователи отмечают высокие показатели таких заболеваний как: пародонтит, некариозные поражения [3]. Распространенность некариозных поражений твердых тканей зубов прямо коррелирует со стадией ХПН и в 83,3% наблюдений достигает максимальных значений при ХПН III степени. [6]. Процент выявления симптома «сухости в полости рта» варьирует от 21,4 % до 32 %, кровоточивости десен - от 45 % до 95 %, извращения вкуса - до 25 %, уремии запаха изо рта - до 82 % [4,5]. Исследователи отмечают что при ХПН развивается воспалительный процесс в тканях пародонта без признака гиперемии [7]. При этом очень мало работ определяющих особенности состояния ротовой полости у пациентов с ХПН [8,9,10] , при кото-

ром отмечается широкий спектр заболеваний слизистой оболочки полости рта [8, 4], развивающиеся вследствие уремии интоксикации и имеющие свои отличительные черты [4].

Цель исследования - изучение влияния течения основного заболевания на состояние полости рта. Задачи исследования - составить сравнительную характеристику выявленных биохимических нарушений в полости рта и дать объективную оценку патологическим изменениям в полости рта при ХПН, а также сравнить с контрольной группой.

Практическую ценность данного исследования это изучение возможных проявлений и изменений в полости рта с целью выбора правильной тактики при постановке стоматологического диагноза и назначении лечения у больных с ХБП и ХПН.

Материалы и методы

Сбор жалоб, объективный осмотр, определение биохимических показателей слюны. Уровень лактоферрина определяли методом твердофазного гетерогенного ИФА анализа с помощью наборов реагентов «Лактоферрин – ИФА – БЕСТ». Так же определяли концентрации альбумина и мочевины колориметрическим унифицированным методом с помощью наборов реагентов «Альбумин-Ново», «Мочевина-Ново». Слюну получали стандартным

Таблица 1. Биохимические показатели слюны у пациентов: с хроническими заболеваниями почек и хронической почечной недостаточностью.

рН	уд. вес	мочевина	глюкоза	альбумин	Лактоф.		мочев/альб	Ранг мочев.альб	лакт/альб
7	1007	2,9	0,1	3,2	5050	хбп	0,91	1	1578,13
6	1008	2,1	3,4	1,1	5050	хбп	1,91	3	4590,91
7,5	1007	2,4	0	1	5100	хбп	2,40	4	5100,00
7	1012	5,5	0,4	1,5	5150	хбп	3,67	6,5	3433,33
6,8	1005	2,2	0,2	0,6	2350	хбп	3,67	6,5	3916,67
8	1002	6,4	0,2	1,1	5050	хбп	5,82	11	4590,91
7,2	1003	1,2	3,5	0,2	2050	хбп	6,00	12	10250,00
6	1007	3,6	2,7	0,5	800	хбп	7,20	17	1600,00
6,8	1008	4,1	0,1	0,4	4000	хбп	10,25	20	10000,00
7	1007	2,1	0,1	0,2	5100	хбп	10,50	21,5	25500,00
6	1015	4,3	0,1	0,4	5100	хбп	10,75	23	12750,00
6,8	1012	9,9	0	0,6	800	хбп	16,50	25	1333,33
7	1005	3,6	0,1	0,2	2500	хбп	18,00	29	12500,00
7,5	1005	1,9	4,1	0,1	5200	хбп	19,00	30	52000,00
7,5	1002	2,3	0,2	0,1	5100	хбп	23,00	34	51000,00
6,8	1010	5,4	0,4	0,2	5050	хбп	27,00	37,5	25250,00
7	1003	5,5	0,1	0,2	5100	хбп	27,50	39	25500,00
7	1005	3,1	1,8	0,1	4800	хбп	31,00	40	48000,00
5,5	1007	3,5	0,2	0,1	3950	хбп	35,00	41	39500,00
8	1007	4,6	0,1	0,1	5150	хбп	46,00	44	51500,00
7,8	1002	5,1	0,1	0,1	4600	хбп	51,00	45	46000,00
6,5	1005	5,3	0	0,1	5100	хбп	53,00	47	51000,00
7,5	1004	13,8	0	0,1	3500	хбп	138,00	51	35000,00
7	1010	18,5	0,1	0,1	5050	хбп	185,00	52	50500,00
7	1012	31,4	0,3	0,1	5050	хбп	314,00	53	50500,00
6,8	1010	8,4	0,1	0,8	5100	хбп	10,50	21,5	6375,00
7,5	1005	8,8	0,1	0,1	5100	хбп	88,00	50	51000,00
								764,5	
								28,31481481	
8	1010	36,4	0,8	9,2	5050	хпн т	3,96	8	548,91
7	1010	9,8	0,4	1,8	5100	хпн т	5,44	9	2833,33
7	1015	8,1	0	1,4	5100	хпн т	5,79	10	3642,86
7,5	1005	17,8	0,4	2,6	5100	хпн т	6,85	16	1961,54
6	1018	5,7	0,2	0,6	5100	хпн т	9,50	19	8500,00
7	1010	17,4	0,1	1,2	5050	хпн т	14,50	24	4208,33
7	1010	10,6	0,2	0,6	5050	хпн т	17,67	27	8416,67
8	1002	48,3	0,8	2,7	5200	хпн т	17,89	28	1925,93
6,2	1007	4,3	0,1	0,2	5150	хпн т	21,50	33	25750,00
7,2	1005	15,3	0,3	0,6	5100	хпн т	25,50	35	8500,00
7,5	1005	22,8	0,4	0,6	5150	хпн т	38,00	42	8583,33
7	1005	10,4	0,1	0,2	5050	хпн т	52,00	46	25250,00
								297	
								24,75	

Примечание: хпн-хроническая почечная недостаточность, хбп-хронические болезни почек.

способом натошак, без стимуляции. В соответствии с поставленной целью, пациенты, участвующие в исследованиях, были разделены на 2 группы.

Результаты и обсуждение

На базе городской больницы № 2 г. Каменска-Уральского в отделениях урологии и гемодиализа нами проведено обследование 39 больных. Первую группу

составили больные с ХБП. В эту группу вошли 27 пациент из которых 13 мужчин и 14 женщин от 35 – 60 лет. Вторую группу вошли больные с т-ХПН. В этой группе 12 пациентов из которых по 6 мужчин и женщин от 35-60 лет.

При сборе жалоб у первой группы больных кровоточивость десен 80,6% больных, ощущение сухости в полости рта 48,3%, жжение слизистой у 3,2% больного,

Таблица 2. Выявленные жалобы у пациентов.

Хроническая почечная недостаточность.	Хронические болезни почек .
болевые ощущения в полости рта	кровоточивость десен
ухудшение вкусовых ощущений	ощущение сухости в полости рта
затруднение в приеме пищи из-за отсутствия зубов	жжение слизистой
Плохое заживление ран в полости рта	чувство галитоза

Таблица 3. Объективные изменения в полости рта.

Хронические болезни почек .	Хроническая почечная недостаточность.
КПУ равен $16,3 \pm 3,2$ с превалированием компонента «К»	КПУ равен $17,3 \pm 1,3$ с превалированием компонента «У»
Индекс Гигиены (ИГ) = $1,5 \pm 0,4$.	Индекс Гигиены (ИГ) = $1,3 \pm 0,2$.
большое количество мягкого зубного налета, над и поддесневого зубного камня	Белесоватая, истонченная слизистая оболочка, без признаков воспаления
отечность папиллярной и маргинальной десны	оголение шеек у всех групп зубов
гиперемия, кровоточивость десен	повышенная стираемость
Подвижность зубов I-II степени	эрозивные изменения слизистой шеек
эрозии эмали и клиновидный дефект	

чувство галитоза 87% больных. При сборе жалоб у второй группы, болевые ощущения в полости рта у 100% больных, ухудшение вкусовых ощущений у 30% больных, ощущение сухости в полости рта 95%, затруднение в приеме пищи из-за отсутствия зубов у 70% больных. Все больные из этой группы отмечали проблему с заживлением ран даже при незначительных механических травмах в полости рта при приеме пищи.

При объективном осмотре у больных первой группы КПУ равен $16,3 \pm 3,2$ причем компонент "К" в два раза превышает компоненты "П и У". Индекс Гигиены (ИГ) = $1,5 \pm 0,4$. У 64,5% больных со стороны полости рта при осмотре большое количество мягкого зубного налета, над и поддесневого зубного камня, отечность папиллярной и маргинальной десны, пастозность, гиперемия, при зондировании кровоточивость, на спинке языка творожистый налет в большом количестве. Подвижность зубов I-II степени. У 48,3% больных определяются эрозии эмали и клиновидный дефект в области шеек у 2-3 зубов.

При объективном осмотре второй группы больных слизистая оболочка белесоватого цвета, тусклая, без признаков воспаления, истончена, оголение шеек у всех групп зубов, повышенная стираемость и небольшие дефекты режущих краев у разных групп зубов, у 90% больных, подвижность зубов у 10% больных II-III ст, I ст у 50% больных, эрозивные изменения слизистой шеек в области смыкания зубов у 30% больных. Сосочки языка сглажены, имеется белесоватый налет у 70% больных. В индексе КПУ компонент «У» превышает компоненты «П» и «К» в 3 раза. КПУ равен $17,3 \pm 1,3$ Индекс Гигиены (ИГ) = $1,3 \pm 0,2$. У всех больных со стороны полости рта при осмотре не большое количество мягкого зубного налета и наддесневого зубного камня. При зондировании зубо десневых соединений определяется увеличение времени кровотечения более 15 мин. У всех исследуемых обеих групп в слюне было определено: уд/вес, глюкозы, соотношение мочевины/альбумин, соотношение лактоферрин/альбумин, проводили pH метрию. Все результаты

были статистически обработаны и сравнены в двух группах.

При подсчете результатов выявлено снижение уровня лактоферрина у больных с ХПН. В других параметрах показатели статистически не существенны.

Различия между группами сравнения статистически значимы ($p < 0,05$), что отражает повышенный уровень азотистых шлаков в организме пациентов с терминальной стадией почечной недостаточности. Уровень лактоферрина в ротовой жидкости обследуемых обеих групп существенно не различался ($5100 \pm 14,4$ мг/л против $4828,6 \pm 186,9$ мг/л в контроле, $p > 0,05$). В то же время, следует учитывать, что концентрация веществ в изучаемом биосубстрате зависит от скорости слюноотделения, которая может быть различной у представителей разных клинических групп. Для стандартизации значений уровня Лф провели его перерасчет на содержание альбумина. В этом случае концентрация Лф составила $25289,8 \pm 5260,8$ мг/г альбумина (в контроле), в группе ХПН - $8343,4 \pm 2573,1$ мг/г альбумина ($p < 0,05$).

Выводы

Анализ результатов исследования показал что, у пациентов первой и второй группы жалобы и объективные данные существенно отличаются.

При ХПН в организме повышенный уровень азотистых шлаков и угнетение местного иммунитета в полости рта.

Благодаря данному исследованию можно утверждать что профилактические и лечебные мероприятия у больных с почечной патологией необходимо начинать как можно раньше.

Изучив изменения в полости рта при данной патологии и зная общие патологические механизмы можно более грамотно разработать определенные профилактические и лечебные схемы, с целью поддержания местного гомеостаза в полости рта до решения вопроса о трансплантации почек или другого лечения. ■

Ронь Г.И., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ГОУ ВПО УГМА, Росздрава, г.Екатеринбург; Мкртчян А.А. аспирант кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО УГМА Минздрава-соцразвития России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Мкртчян А.А. arutmkrtchian@yandex.ru

Литература:

1. Proctor R. Oral and dental aspects of chronic renal failure // J Dent Res. - 2005. - Vol. 84. - №3. - P. 199-208.
2. Summers S. A. Renal disease and the mouth // Am J Med. - 2007. - Vol. 120. - P. 568-573.
3. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. Терапевтическая стоматология – 2002.
4. Гажва С.И., Загайнов В.Е., Иголкина Н.А., Липатов К.С., Муртазалиева М.С. Влияние хронической болезни почек на состояние слизистой оболочки полости рта. ГБОУ ВПО «Нижегородская Государственная Медицинская Академия» Минздрава-соцразвития России – 2013.
5. Locatelli F. Oxidative stress in end-stage renal disease: an emerging threat to patient outcome // Nephrol Dial Transplant. - 2003. - Vol. 18. - P. 1272-1280.
6. 20. Мартянова, Т. С., Состояние пародонта у больных хроническим гломерулонефритом: Автореф. Дис. канд. мед. наук / Мартянова, Т. С Санкт-Петербург [Электронный ресурс] Доступ: <http://www.dissercat.com/> 2009.4-8с
7. Ящук, Е.В. Состояние полости рта у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на диализной терапии Автореф. Дис.канд. мед.наук / Ящук, Е.В. Санкт-Петербург. Доступ: <http://www.dissercat.com/> 2009.4-8 с.
8. Орехов Д. Ю. Клинико-биохимическое обоснование оказания стоматологической помощи пациентам, получающим гемодиализ: Автореф. Дис.канд.мед.наук / Д.Ю. Орехов. Москва: [Электронный ресурс] Доступ: <http://www.dissercat.com/> 2009.-5 с.
9. Томилина Н.А. Нефрология в г. Москве: история, современное состояние и перспективы развития / Н.А. Томилина // Доклад: на 2 региональной конференции РДО «Нефрология и диализ в Москве», Москва, 30-31 января 2009г.Москва, 2009.
10. Улитовский С.Б., Индивидуальная гигиена полости рта. Учебное пособие.-СПб.,2005. 192 с.