

На правах рукописи

МКРТЧЯН
Арутюн Арменакович

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ
ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК**

14.01.14 — Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2015

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель
РОНЬ Галина Ивановна

доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

ГЕРАСИМОВА Лариса Павловна

доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии

ПЕТРОВА Татьяна Геннадьевна, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии

Ведущая организация

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2015 г. в « ____ » часов на заседании совета по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук Д 208.102.03, созданного на базе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке имени В.Н. Климова ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, и на сайте университета www.usma.ru, с авторефератом на сайте ВАК Министерства образования и науки РФ: vak2.ed.gov.ru

Автореферат разослан « ____ » _____ 2015 года.

Ученый секретарь
Диссертационного
совета, д.м.н., профессор

БАЗАРНЫЙ
Владимир Викторович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Практическая деятельность врача-стоматолога часто связана с пациентами, имеющими в анамнезе тяжелые соматические заболевания. На сегодняшний день хронические болезни почек составляют примерно 72% от общей заболеваемости лиц трудоспособного возраста (Мартьянова Т.С., 2009; Craig R. G. 2009).

Количество нефрологических больных на планете превышает 500 миллионов человек. Каждый десятый взрослый имеет патологию почек. В настоящее время численность пациентов, страдающих хроническими заболеваниями почек, возрастает до 5-8% в год, при этом гломеруло- и тубулоинтерстициальные заболевания почек (ГТИП) с течением времени могут плавно перейти в хроническую почечную недостаточность (ХПН). Больные с хронической почечной недостаточностью нуждаются в постоянной заместительной почечной терапии, наиболее распространенным методом является гемодиализ (Аполихин О. И., 2012; Grubbs V., 2013). За последние несколько десятков лет благодаря внедрению новых методов лечения значительно снизилась смертность среди пациентов с ХПН (Осокин М.В., 2009.; Dencheva M. 2010; Lash J.P. 2009).

Доказано влияние заболеваний почек на развитие патологии в других органах и системах (Мазуренко С.О, 2009; Дзгоева М.Г, 2009; Tonetti M. S. 2013). Имеются единичные исследования по изучению течения заболеваний в полости рта у пациентов с заболеваниями почек (Олиферко Д.С., 2008; Jenabian N., 2013). Исследования состояния полости рта у больных с заболеваниями почек выявили высокий процент развития хронического генерализованного пародонтита (Луцкая И.К., 2011; Вавилова Т.П., 2011; Torkzaban P., 2009). При этом нет работ, которые бы позволили выявить отличия течения хронического пародонтита при ГТИП и ХПН, а также в доступной литературе не обнаружено рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний пародонта у данной категории больных.

По мнению большинства исследователей, высокий процент сопутствующего хронического пародонтита связан с метаболическими, иммунологическими и микроциркуляторными нарушениями у пациентов при заболеваниях почек (Орехов Д.Ю., 2009; Durham J., 2013). Отсутствие эффекта от лечения хронического пародонтита авторы связывают со сложностью выполнения стоматологических манипуляций из-за тяжелого общего состояния больных, уремической интоксикации, анемии и гипоксии клеток мозга (Мартьянова Т.С. 2009; Ящук Е.В 2009; Осокин М.В., 2007).

Учитывая высокую распространенность, длительность течения и лечения пациентов с хроническими заболеваниями почек, возникает необходимость изучения особенностей течения, повышения эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита у данной категории пациентов и улучшения качества жизни, обусловленного стоматологическим здоровьем.

Цель исследования

Повысить эффективность лечения пародонтита у больных с хроническими заболеваниями почек на основе углубленного изучения особенностей клинического течения, оценки свойств ротовой жидкости и разработки новой лекарственной композиции.

Задачи исследования:

1. Оценить состояние полости рта у пациентов с гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью.
2. Изучить в сравнительном аспекте лабораторные показатели ротовой жидкости: лейкоциты, рН слюны, лактоферрина, мочевины, альбумина у пациентов с хроническими заболеваниями почек.
3. Оценить качество жизни, обусловленное стоматологическим здоровьем, пациентов с хроническими заболеваниями почек.
4. Разработать и оценить эффективность новой лекарственной композиции на основе силативита в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью.
5. Оптимизировать и оценить эффективность схемы комплексного лечения заболеваний пародонта у пациентов с хроническими заболеваниями почек.

Положения, выносимые на защиту:

1. При хронической почечной недостаточности пародонтит развивается на фоне постоянной иммуносупрессии и имеет неагрессивное течение.
2. Применение разработанного лекарственного препарата на основе силативита в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гломерулярными, тубуло-интерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью целесообразно и эффективно.

Научная новизна исследования:

1. При изучении стоматологического статуса и лабораторных показателей ротовой жидкости у пациентов с ГТИП и ХПН выявлены существенные изменения по сравнению с контролем. Наиболее значимое снижение лактоферрина ротовой жидкости обнаружено у пациентов с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации.

2. Доказано ухудшение качества жизни, обусловленное стоматологическим здоровьем, у пациентов с хроническими заболеваниями почек.

3. Разработан эффективный препарат, используемый в схеме комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с заболеваниями почек, содержащий силативит, глюкозамин, витамин С, гидролизат коллагена, гидроксиопатит.

4. Усовершенствованный алгоритм комплексного лечения пародонтита у пациентов с хроническими заболеваниями почек имеет конкурентные преимущества перед традиционными методами лечения, позволяет достичь более благоприятного течения пародонтита, улучшить стоматологическое здоровье, нормализовать клинические и лабораторные показатели, повысить качество жизни пациентов.

Практическая значимость работы

Оптимизация лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с хроническими заболеваниями почек позволяет улучшить клинические результаты, повысить качество жизни больных, обусловленное стоматологическим здоровьем, устраняя боль, нарушения при акте жевания, дискомфорт в полости рта.

Результаты проведенных клинико-лабораторных исследований расширяют представления стоматологов о проявлениях в полости рта при гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезнях почек, хронической почечной недостаточности, об особенностях течения и лечения пародонтита у данной категории пациентов.

Предложено использование новой лекарственной композиции на основе силативита с гидролизатом коллагена, гидроксиопатитом, витамином С и глюкозамином в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов с заболеваниями почек и доказана ее эффективность

С учетом полученных результатов клинических и лабораторных исследований оптимизирована схема комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гломерулярными, тубулоинтерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью.

Внедрение результатов исследования

Применение разработанного лекарственного препарата на основе силативита в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у пациентов с гломерулярными, тубуло-интерстициальными болезнями почек и хронической почечной недостаточностью внедрено в лечебный процесс стоматологического отделения городской больницы № 2 города Каменск-Уральского, терапевтического отделения стоматологической поликлиники ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, учебный процесс кафедр терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России, ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России.

Апробация диссертации

Результаты проведенных исследований были представлены на 68 Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» (г. Екатеринбург, 9-10 апреля 2013 г.), Международном конгрессе «Стоматология Большого Урала - 2013», II Форуме стоматологов Уральского Федерального округа, II Всероссийском рабочем совещании по проблемам фундаментальной стоматологии с научной школой для молодежи (г. Екатеринбург, 11-13 декабря 2013 г.), 69 Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» (г. Екатеринбург, 9-10 апреля 2014 г.), III Всероссийском рабочем совещании по проблемам фундаментальной стоматологии с научной школой для молодежи (г. Екатеринбург, 8-9 декабря 2014 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 9 научных работ, из них 3 — в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. Получена приоритетная справка на «Средство для лечения воспалительных заболеваний пародонта» (заявка на выдачу Патента РФ № 2296556 от 15.09.2014).

Объем и структура работы

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа изложена на 122 страницах машинописного текста, включает 21 таблицу и 19 рисунков.

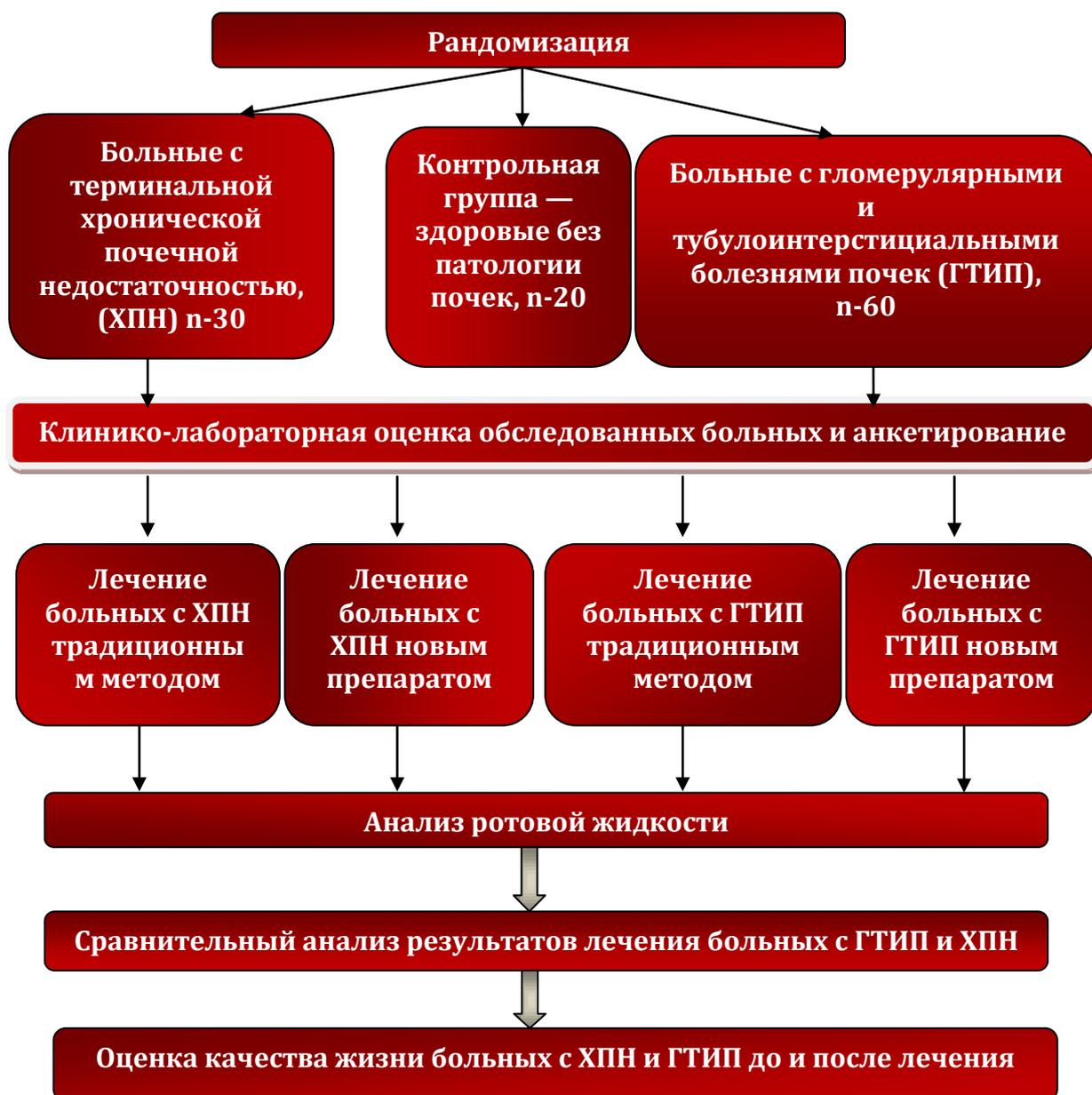
Библиографический указатель включает 231 источник, в том числе 136 — отечественных и 95 — зарубежных авторов.

Личный вклад автора

Лично автором выполнены клинические, статистические исследования, проанализированы лабораторные исследования. Стоматологическое лечение и диспансерное наблюдение пациентов осуществлено также лично автором.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн и группы исследования



Материалы и методы исследования

Для решения поставленных задач и изучения клинико-лабораторной эффективности комплексного лечения пародонтита у пациентов с хроническими заболеваниями почек с использованием новой фармакологической композиции проведено одноцентровое рандомизированное клинико-лабораторное открытое контролируемое исследование на базе стоматологического отделения городской больницы № 2 города Каменск-Уральского. Клиническое исследование одобрено Локальным этическим комитетом УГМА (протокол № 9 от 15.11.2013 г.), Комитетом по этике при Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (протокол № 72 от 23.06.2010 г.).

Пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе пациенты с гломеруло- и тубулоинтерстициальными болезнями почек — 60 человек. Во второй группе пациенты с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации — 30 человек. Обследование проходили пациенты нефрологического отделения и отделения гемодиализа ГБ № 2 г. Каменск-Уральского в 2011-2014 гг. Для сравнения лабораторных показателей была взята контрольная группа, состоящая из 20 человек, имеющая здоровую полость рта и не имеющая патологии почек.

На начальном этапе каждый пациент был информирован о характере исследования. При согласии пациента определяли критерии включения в ту или иную группу. В группу с ГТИП критериями включения были пациенты с хроническим гломерулонефритом, другими заболеваниями почек в сочетании с сахарным диабетом, синдромом артериальной гипертензии, гипертонической болезнью. Пациенты данной группы с признаками хронической почечной недостаточности в стадии компенсации получали консервативное лечение и не получали заместительную почечную терапию. Критерии исключения из группы: пациенты, имеющие в анамнезе заболевания ХПН в стадии декомпенсации, находящиеся на лечении методом гемодиализа, с полиорганной патологией. В группу с ХПН критериями включения были пациенты с ХПН в стадии декомпенсации, находящиеся на заместительной почечной терапии. Критерии исключения из группы: больные в возрасте 35-55 лет, имеющие заболевания других органов и систем в стадии декомпенсации.

Для комплексной клинической оценки стоматологического статуса пациентов применяли следующие методы: опрос больного, осмотр полости рта с оценкой состояния тканей пародонта, использованием индексов - комплексного пародонтального индекса (КПИ), упрощенного гигиенического индекса гигиены полости рта (ОHI-S) по Грину-Вермиллиону.

Рентгенодиагностику проводили методом ортопантомографии.

Материал для лабораторного исследования собирали в отделениях гемодиализа и нефрологии ГБ № 2, г. Каменск-Уральского. Ротовую жидкость (РЖ) у обследуемых получали утром натощак после гигиены полости рта путем сплевывания в полипропиленовую пробирку. РЖ замораживали и хранили при -15°C в течение 1-2 недель. Перед исследованием РЖ размораживали и центрифугировали (2500 об/мин, 15 минут). Лабораторное исследование ротовой жидкости проводили в Центральной научно-исследовательской лаборатории УГМУ под руководством проф. Базарного В.В. Определяли в РЖ содержание лейкоцитов, уровень лактоферрина, мочевины, альбумина, рН у пациентов с ГТИП и ХПН, проводили сравнение с контрольной группой.

1. Физико-химический анализ проводили с использованием технологии «сухой химии» и анализатора «Clinitec 50 Super». Определяемые параметры рН.

2. Биохимический анализ — альбумины (унифицированная реакция с бромкрезол зеленым), мочевины (уреазным методом). Для учета результатов использовали полуавтоматический программируемый фотометр РОКІ. Исследования проводили в соответствии с рекомендациями производителя тест-систем («Вектор БЕСТ», Россия).

3. Иммунологическое исследование РЖ включало определение уровня лактоферрина методом твердофазного гетерогенного ИФА-анализа с использованием наборов реагентов «Лактоферрин — ИФА — БЕСТ» (Россия). Результат регистрировали с помощью оборудования, включавшего вертикальный микропланшетный фотометр MultiscanAscentmodel-354, термостатируемый шейкер Abbot Commander (Abbot, USSA), вошер StstFax2600. Концентрацию лактоферрина выражали в мг/л, а также в мг/г альбумина для стандартизации результатов.

Анализ РЖ проводили с помощью диагностических полосок Combur.

Для исследования получено 55 проб ротовой жидкости (смешанной слюны). Пациенты разделены на 3 группы, из них 24 мужчины и 29 женщин 35-55 лет; контрольную группу составили 10 пациентов (5 женщин и 5 мужчин); 2 группу с ГТИП — 33 пациента (13 мужчин и 18 женщин); 3 группу с ХПН — 12 пациентов (6 мужчин и 6 женщин).

С целью оценки качества жизни пациентов проводили анкетирование и использовали упрощенный вариант анкеты — «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14 RU (Садилова В.А., Гилева О.С., 2011).

Для реализации поставленной цели на этом этапе назначено лечение хронического генерализованного пародонтита пациентам с ХПН и ГТИП. Все группы пациентов были разделены на 2 подгруппы: с традиционным

схемой лечения и с добавлением в схему комплексного лечения новой фармакологической композиции на основе силативита. Традиционную и оптимизированную схему лечения назначали больным как ГТИП, так и ХПН. В обеих подгруппах проводили: профессиональную гигиену полости рта, обучение гигиене полости рта, назначали полоскания 0,06% раствором хлоргексидина биглюконата, метрогил-дента курсом 10 дней в виде аппликаций, спрей «Гипосаликс», аппликации облепихового масла, «Нарине форте» в виде кисломолочного продукта внутрь, полиоксидоний сублингвально по 12 мг 2 раза в день курсом 10 дней. В подгруппе с оптимизированным лечением назначали также фармакологическую композицию на основе силативита с гидроксипатитом, гидролизатом коллагена, глюкозамина и витамина С.

Разработанная композиция назначалась местно в виде аппликаций в области маргинальной десны у шеек зубов больным в подгруппах с ХПН и ГТИП курсом 15 дней с перерывом на 3 месяца. Контроль результатов проводили через 1 и 6 месяцев.

Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики. Для анализа динамики изменений показателей вариационных рядов вычисляли среднюю арифметическую величину (M) и стандартную ошибку средней арифметической (m). Определение показателя существенной разницы между двумя средними арифметическими и их стандартными ошибками проводили с помощью непарного t-критерия Стьюдента. В отдельных случаях для оценки различий в долях (%) двух выборок использовали метод углового преобразования Фишера.

Вариационная статистическая обработка данных и анализ корреляции признаков проведены при помощи стандартных пакет-программ Excel 98, STATISTICA и BIOSTAT для ПК. Подсчет индексов КПИ, ОНІ-S проводили в программе VORTEX.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

При первичном обследовании больных с ХПН 30% больных предъявляли жалобы на отсутствие зубов, затруднение при приеме пищи, сухость в полости рта испытывало 93,3%. Жалобы, связанные с частой травматизацией слизистой оболочки десны, встречались у 80%, а у 100% больных наблюдалась кровоточивость десен при травме пищевым комком и зубной щеткой. У 93% больных были жалобы на подвижность зубов, боль в процессе жевания, у 100% длительное заживление ран при травмах СОПР.

При первичном обследовании больных с ГТИП на первом месте была частая кровоточивость десен у 85% пациентов, подвижность зубов I-III ст. — у 55% больных. Чувство сухости в полости рта выявлено у 40% пациентов, у 70% — повышенная чувствительность зубов. Также имелись жалобы на наличие неприятного запаха полости рта у 25% пациентов.

При осмотре собственно полости рта у пациентов в группе с ХПН большое количество мягких зубных отложений, над- и поддесневого зубного камня наблюдалось в 100% случаев, особенно в области фронтальных зубов нижней челюсти с язычной стороны. Бледность слизистой оболочки десны в области всех групп зубов, отечность маргинальной и альвеолярной десны встречалась в 93,3% случаев, при пальпации десны болезненность и кровоточивость — в 100% случаев. При зондировании определялись пародонтальные карманы, подвижность I степени в области всех групп зубов в 6,7% случаев, II степени — 50%, тогда как III степени — в 36,6% случаев.

При объективном осмотре у пациентов с ГТИП в 91,7% случаев наблюдалось большое количество мягких и твердых зубных отложений, отечность папиллярной и маргинальной десны, пастозность, гиперемия у всех групп зубов — в 76,7% случаев. При пальпации десны болезненность и кровоточивость определяли в 83,3% а явления ксеростомии — у 40%. В данной группе разная степень подвижности зубов, которая более выражена на верхней челюсти.

При определении индексов различия между группами не существенны (табл. 1).

Таблица 1

Показатели клинического состояния тканей пародонта в разных группах

Исследуемые показатели	ГТИП	ХПН
ОИ-S	2,038±0,078	2,580±0,131
КПИ	3,893±0,105	3,937 ±0,334

Примечание: уровень достоверности $P < 0,05$

При анализе ортопантомограмм 30 пациентов с ХПН и ГТИП в группе с ХПН рентгенологическая картина отличалась относительно равномерной горизонтальной резорбцией межальвеолярных перегородок с истончением и нарушением замыкательных пластинок, участки сниженной плотности рентгенологической тени в разных

участках челюстей; в группе с ГТИП рентгенологически определялась неравномерная резорбция межальвеолярных перегородок с участками вертикальной резорбции альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти, нечеткость контуров разрушенной костной ткани в области межальвеолярных гребней, отсутствие замыкательных пластинок.

При анализе результатов лабораторных исследований и статистической обработки показателей достоверными оказались изменения показателей рН, альбумина, мочевины, лактоферрина а также содержание лейкоцитов в РЖ (табл. 2).

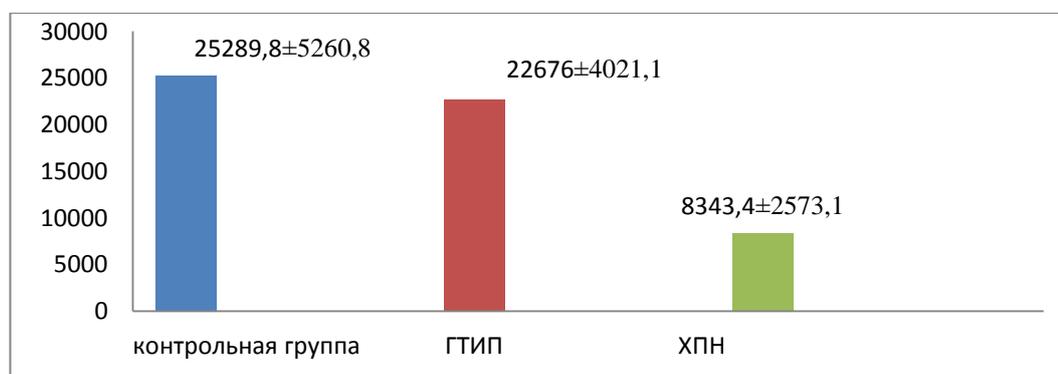
Таблица 2

Лабораторные показатели ротовой жидкости

Параметры	Контрольная группа	ХПН	ГТИП
рН	6,614± 0,175	7,117± 0,182	7,060 ±0,116
Альбумин г/л	0.6 ± 0.3	1.8 ± 0.7	4±0,12
Мочевина мкмоль/г.альб	23,88± 6,65	18,22 ±4,39	38,19± 13,56
Лактоферрин мг/л	4828.6 ± 186.9	5100 ± 14.4	371,7±244,4
Лактоферрин/альбумина мг/г альбумина	25289.8 ± 5260.8	8343.4 ±2573.1	22676±4021,1
Содержание лейкоцитов	11,52± 3,20	26,14±5,16	29,14±4,37

Примечание: достоверное отличие $p < 0,05$

Уровень лактоферрина у обследуемых трех групп отличался незначительно. Однако учитывая, что концентрация веществ в изучаемом биосубстрате зависит от скорости слюноотделения, которая может быть различной у представителей разных клинических групп, для стандартизации значений провели его перерасчет на содержание альбумина (рис. 1).

Рис.1. Показатели лактоферрина в группах наблюдения ($p < 0,05$)

Специальных опросников для изучения КЖ у больных стоматологическими заболеваниями при патологии почек не существует. В данной работе применяли русскую версию опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14 RU. Все пациенты добровольно принимали участие в анкетировании.

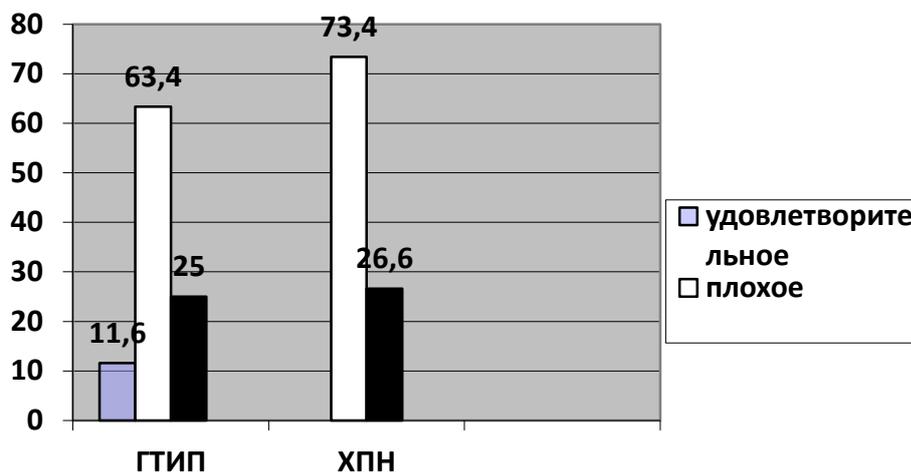


Рис. 2. Сравнительные показатели качества жизни у пациентов

По итогам анкетирования в группе с ГТИП пациенты, набравшие от 29 до 42 баллов (среднее — $37,1 \pm 4,27$ при $P < 0,05$) составили 11,65%, что соответствует удовлетворительной оценке КЖ. У 63,35% сумма баллов находится в диапазоне 43-56 (среднее — $37,1 \pm 4,27$ при $P < 0,05$), соответственно КЖ плохое. От 57-70 баллов (среднее — $63,32 \pm 8,67$ при $P < 0,05$) с очень плохой оценкой КЖ — у 25% пациентов. В группе ХПН с плохой оценкой КЖ и суммой баллов от 43 до 56 (среднее — $52,18 \pm 3,14$ при $P < 0,05$) количество пациентов составило 73,3%. Остальные пациенты (26,7%) с суммой баллов от 57-70 (среднее $59,81 \pm 9,32$ при $P < 0,05$) оценили КЖ как очень плохое (рис. 2.).

Таким образом, полученные данные клинико-лабораторного обследования и анкетирования свидетельствуют о необходимости комплексного лечения хронического пародонтита в обеих группах пациентов с хроническими заболеваниями почек.

Динамическое наблюдение после проведенного лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) через один и шесть месяцев продемонстрировало устойчивые результаты (табл. 3).

Таблица 3

Жалобы со стороны полости рта в динамике при лечении ХПН (%)

Жалобы	ХПН после лечения			
	традиционным методом		с использованием новой композиции	
	через 1 мес.	через 6 мес.	через 1 мес.	через 6 мес.
Неприятный запах изо рта	10	10	6,7	10
Затруднение при приеме пищи	16,7	10	16,7	10
Чувство сухости в полости рта	10	10	10	6,7
Кровоточивость десен	46,6	43,3	40	40
Длительное заживление ран в полости рта	40	26,7	30	20

Примечание: достоверное отличие $p < 0,05$

Процент жалоб через один и шесть месяцев после лечения ХГП у пациентов с ГТИП значительно ниже, чем в группе с ХПН (табл. 4)

Таблица 4

Жалобы со стороны полости рта в динамике при лечении ГТИП (%)

Жалобы	ГТИП после лечения			
	традиционным методом		с использованием новой композиции	
	через 1 мес.	через 6 мес.	через 1 мес.	через 6 мес.
Неприятный запах изо рта	10	10	6,7	10
Затруднение при приеме пищи	15	8,4	10	5
Чувство сухости в полости рта	10	6,7	10	3,4
Кровоточивость десен	20	10	5	5
Длительное заживление ран в полости рта	18,4	5	15	5

Примечание: достоверное отличие $p < 0,05$

При повторных объективных осмотрах через один и шесть месяцев у пациентов с ХПН слизистая оболочка десны, преддверья полости рта, щек, бледная, умеренно увлажнена. Отечность маргинальной и альвеолярной десны сохраняется, пальпация безболезненна, при зондировании кровоточивость.

В группе ГТИП при повторном осмотре десна бледно-розового цвета, отсутствие кровоточивости и отделяемой из зубодесневых карманов.

При повторном изучении индексов наблюдается положительная динамика в обеих группах (табл. 5).

Таблица 5

Индексная оценка пародонта у больных

Индекс	Группа с ХПН			Группа с ГТИП		
	До лечения	После лечения 6 месяцев	После лечения 6 мес. с композ.	До лечения	После лечения 6 месяцев	После лечения 6 мес. с композ.
КПИ	3,937±0,334	2,601 ± 0,342	2,320 ± 0,163	3,893±0,105	2,011 ± 0,012	1,902±0,107
ОНИ-S	2,580±0,131	1,4±0,116	1,267±0,079	2,038±0,078	1,212 ± 0,961	1,058±0,058

Примечание: $p \leq 0,05$

Оценку лабораторных показателей по обеим группам проводили после традиционного и оптимизированного методов лечения через 6 месяцев (табл. 6).

Таблица 6

Лабораторные показатели ротовой жидкости после лечения

Параметры	Контрольная группа	ХПН традиц	ХПН Комп.	ГТИП традиц	ГТИП Комп.
Содержание лейкоцитов	11,52± 3,20	19,14 ±5,16	17,53 ±1,89	16,34 ±3,023	12,02 ±1,03
рН	6,614± 0,175	7,014±0,01		7,014±0,01	
Мочевина мкмоль/г.альб	23,88± 6,65	19,22±3,42		27,19±2,03	
Лактоферрин/альбумина мг/г альбумина	25289.8 ±5260.8	14321.4 ±2573.1		24876±5046,3	

Примечание: достоверное отличие $p < 0,05$.

Повторную оценку КЖ проводили через шесть месяцев после начала лечения. В группе ГТИП после лечения пациенты, набравшие от 15 до 28 баллов (среднее — $19,1 \pm 5,31$ при $P < 0,05$) составили 15%, что соответствовало хорошей оценке КЖ. У 75% сумма баллов находилась в диапазоне 29-42 (среднее — $33,5 \pm 6,14$ при $P < 0,05$), соответственно КЖ удовлетворительное. От 43-56 баллов (среднее — $48,34 \pm 3,15$ при $P < 0,05$) с плохой оценкой КЖ всего у 10% пациентов.

В группе с ХПН пациенты, набравшие от 29 до 42 баллов (среднее — $37,04 \pm 3,11$ при $P < 0,05$) составили 70%, что соответствовало удовлетворительной оценке КЖ. У 10% сумма баллов находилась в диапазоне 43-56 (среднее — $44,12 \pm 2,94$ при $P < 0,05$), соответственно КЖ плохое. От 57-70 баллов (среднее — $67,13 \pm 0,45$ при $P < 0,05$) с очень плохой оценкой КЖ у 20% пациентов (рис. 3).

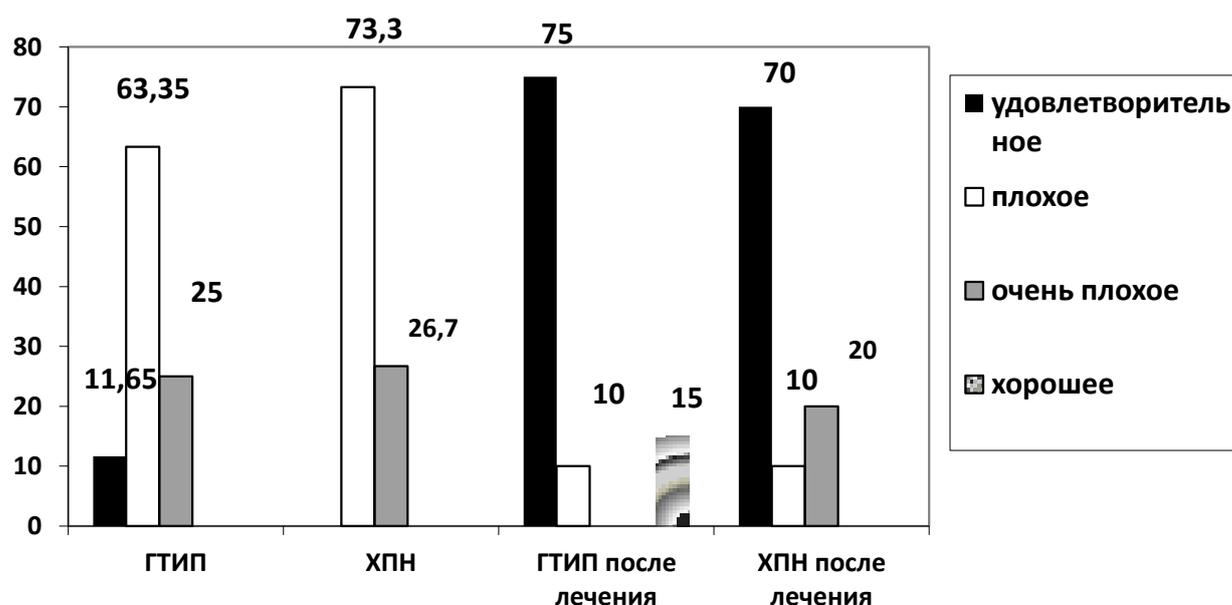


Рис. 3. Динамика в оценке КЖ до и после лечения через 6 месяцев (%)

После проведенного лечения по показателям шкалы КЖ видно положительная динамика за счет снижения баллов по показателям ОФ, ФД, ПД (табл. 21).

Показатели КЖ до и после лечения пациентов в разных группах

Шкалы	ХПН До леч.	ХПН после лечения	ГТИП До леч.	ГТИП после лечения
ОФ	9,23±3,24	4,99±0,32	10,01±0,22	1,72±2,15
ФД	9,88±4,61	5,3±1,44	5,51±0,14	1,41±0,13
ПД	8,91±4,12	3,99±2,01	7,22±1,72	0,92±1,02
ФН	2,35±1,53	2,94±1,43	1,43±0,21	0,91±1,01
ПР	7,34±3,11	6,94±3,11	2,42±0,03	1,07±0,73
СО	2,14±0,04	3,04±0,02	2,42±0,03	0,99±0,01
У	1,01±0,22	0,91±2,32	2,42±0,03	0,5±0,02

Примечание: ОФ — ограничение функции, ФД — физический дискомфорт, ПД — психологический дискомфорт, ФН — физические нарушения, ПР — психологические расстройства, СО — социальные ограничения, У — ущерб; уровень значимости $P < 0,05$

Таким образом, на основании данных, полученных после лечения, ясно, что ХГП в обеих группах поддается лечению по-разному: в группе с ГТИП лечение ХГП более эффективно, чем у пациентов с ХПН, о чем свидетельствуют жалобы, данные повторного объективного осмотра, лабораторные данные (уровень лейкоцитов в РЖ, уровень лактоферрина). Из этого следует, что лечение необходимо начинать как можно раньше, т.е. до вхождения больного с ХПН в стадию декомпенсации.

У пациентов с ХПН, несмотря на назначенное лечение, показатели Лф РЖ оказались ниже контрольной группы, ремиссии ХГП добиться не удалось, хотя наблюдалось положительная динамика (показатели лейкоцитов РЖ).

Оптимизированное лечение (с назначением новой композиции) в обеих группах оказалось более эффективным. Это видно при сравнении жалоб, результатов клинического исследования и лабораторных показателей.

После проводимого лечения спустя шесть месяцев повторная оценка КЖ доказала эффективность проводимого лечения. Психоэмоциональное состояние пациентов значительно улучшилось, так как улучшилось состояние полости рта. Вышеперечисленные симптомы реже стали беспокоить пациентов, появилось удовольствие от процесса приема пищи.

Проведенное исследование позволило сделать выводы.

ВЫВОДЫ

1. Клинические проявления заболеваний полости рта у больных с гломеруло- и тубулоинтерстициальными заболеваниями почек и с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации отличаются. У больных с гломеруло-, тубуло- и интерстициальными заболеваниями почек доминируют признаки, связанные с нарушением функции слюнных желез и развитием пародонтита, а у больных с хронической почечной недостаточностью в стадии декомпенсации — признаки нарушения регенерации тканей.

2. При изучении лабораторных показателей ротовой жидкости у пациентов с ХПН выявлено достоверное снижение показателей лактоферрин / альбумин до $8343,4 \pm 2573,1$ мг/г альбумина (контроль $25289,8 \pm 5260,8$ мг/г альбумина), мочевины/ альбумин до $18,22 \pm 4,39$ мкмоль/г альбумина (контроль $23,88 \pm 6,65$ мкмоль/г альбумина) и повышение показателя мочевины /альбумин в группе ГТИП до $38,19 \pm 13,56$ мкмоль/г альбумина.

3. Выраженность клинических проявлений заболеваний пародонта у больных с заболеваниями почек и их социально-психологические последствия приводят к ощутимому снижению стоматологических составляющих качества жизни пациентов по показателю модификации Σ ОНIP-14-RU.

4. Разработана новая композиция для лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с заболеваниями почек на основе силативита, включающая витамин С, гидроксипатит и гидролизат коллагена, глюкозамин и доказана ее клиническая эффективность.

5. Оптимизация алгоритма комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с ХПН и ГТИП с использованием новой лекарственной композиции позволила снизить интенсивность воспаления в тканях пародонта и улучшить качество жизни пациентов, обусловленное стоматологическим здоровьем.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Лечение хронических воспалительных заболеваний пародонта у больных с хроническими заболеваниями почек целесообразно проводить на ранних стадиях в полном объеме, а в стадии декомпенсации ХПН проводить только симптоматическую терапию, включающую профессиональную гигиену, назначение новой фармакологической композиции на основе силативита, препарата для

увлажнения полости рта «Гипосаликс», пребиотика «Нарине форте», иммунокорректора полиоксидония и облепихового масла в качестве антиоксиданта.

2. В алгоритм лечения хронического генерализованного пародонтита у пациентов с хроническими заболеваниями почек рекомендуем композицию на основе силативита, включающую витамин С, гидроксипатит, гидролизат коллагена и глюкозамин. Препарат использовать пациентам местно в виде аппликаций в области маргинальной десны у шеек зубов курсом 15 дней, повторить через 3 месяца.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мкртчян, А. А. Особенности течения основных стоматологических заболеваний у больных с хронической почечной недостаточностью / А. А. Мкртчян, Г. И. Ронь // Актуальные вопросы стоматологии. – 2011. – С. 127-129.

2. Мкртчян, А. А. Определение лактоферрина ротовой жидкости как способ оценки секреторного иммунитета / В. В. Базарный, И. Г. Попова, М. В. Лагутенко, Е. А. Ваневская, О. Л. Ломова, А. А. Мкртчян // Вестник Первой областной клинической больницы.- 2013.- № 1.- С.41-43.

3. Мкртчян, А. А. Клинико-диагностическое значение определения лактоферрина в ротовой жидкости пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности / М. В. Лагутенко, А. А. Мкртчян // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения. Материалы 67 Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и студентов. Екатеринбург, 2012.- С. 385-386.

4. Мкртчян, А. А. Иммунологический профиль у больных с хронической почечной недостаточностью / А. А. Мкртчян, Г. И. Ронь, В. В. Базарный // II Всероссийское рабочее совещание по проблемам фундаментальной стоматологии. Всероссийский конгресс «Стоматология Большого Урала». Молодежная научная школа по фундаментальной стоматологии. Сборник статей. Под ред. профессора Ковтун О.П. – Екатеринбург: УГМУ, 2014. – С. 202-203.

5. Мкртчян, А. А. Особенности течения и лечения основных стоматологических заболеваний у пациентов с хроническими заболеваниями почек / А. А. Мкртчян, Г. И. Ронь, // Уральский медицинский журнал. -2013- №5 (110). С.73-76.

6. Мкртчян, А. А. Участие местных факторов иммунитета в развитии заболеваний полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью / А. А. Мкртчян, Г. И. Ронь, В. В. Базарный // Мир науки культуры образования август 2014-№43-С.344-347.

7. Мкртчян А. А. Оценка эффективности лечения пародонтита у лиц с хронической почечной недостаточностью с использованием новой лекарственной композиции / А. А. Мкртчян, Г. И. Ронь, Т. Г. Хонина // Журнал институт стоматологии. – 2015. - № 1. – С. 1

8. Мкртчян, А. А. Лечение хронического пародонтита при хронической почечной недостаточности / А. А. Мкртчян, А. Н. Козьменко // Проблемы стоматологии. – 2015. - №1. – С.8-10.

9. Мкртчян, А. А. Оценка эффективности комплексного использования средств гигиены для полости рта у пациентов с заболеваниями почек / Г. И. Ронь., А. Н. Козьменко, А. А. Мкртчян // Проблемы стоматологии. – 2015. - №1. – С.12-14

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГД	гемодиализ
ГИ	гигиенический индекс
ГТИП	гломерулярные и тубулоинтерстициальные болезни почек
ЗК	зубной камень
ЗН	зубной налет
ЗПТ	заместительная почечная терапия
КЖ	качество жизни
КПИ	комплексный пародонтальный индекс
Лф	лактоферрин
РЖ	ротовая жидкость
СОПР	слизистая оболочка полости рта
ХГП	хронический генерализованный пародонтит
ХПН	хроническая почечная недостаточность

Мкртчян Арутюн Арменакович

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ
РТА И ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА У ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

14.01.14 — Стоматология

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат напечатан по решению Диссертационного совета Д 208.102.03
ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России от 25.03.2015 г.

Подписано в печать 25.03.2015 г. 2015 г. Формат 60x84 1/16. Усл. печ. л. 1,0.
Тираж 100 экз. Заказ 142. Отпечатано в типографии ГБОУ ВПО УГМУ
Минздрава России, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3