

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И ПАРОДОНТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдуллаева М. М., Хусанбаева Ф.А

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Несмотря на значительные достижения современной медицины, существует острая необходимость в улучшении диагностики, комплексной оценке тяжести течения и эффективных методах лечения хронических заболеваний почек. По данным доступной литературы, в последние годы в России и странах СНГ число пациентов с хронической болезнью почек увеличивается на 5-8% в год [1-3]. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) - это тяжелая патология мочевыделительной системы организма. Сначала в крови пациента накапливаются токсические вещества азотистого обмена, что приводит к снижению выделительной системы [4]. Быстрое снижение выделительной функции почек приводит к нарушениям деятельности других органов и систем, к тяжелым нарушениям в организме, часто делая жизнеобеспечение невозможным [5,6]. Хроническая болезнь почек ассоциируется с множественными патологическими изменениями твердых тканей зубов, тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта. Ротовая полость может быть одним из источников хронических инфекций [7,10]. Стоматологические заболевания, такие как пародонтит, некариозные поражения и преждевременная потеря зубов, часто встречаются у пациентов с ХПН, негативно влияя на течение основного заболевания и ухудшая качество жизни пациентов [8,9,11]. Стоматологические проблемы у пациентов с ХПН, получающих заместительную почечную терапию, могут развиваться на фоне нарушений минерального обмена, токсического действия уремических шлаков, анемия-ассоциированной гипоксии и сердечно-сосудистых нарушений [5,7,8]. В то же время высокая заболеваемость кариесом зубов у этих пациентов объясняется также снижением функции слюнных желез, повышенным содержанием мочевины и креатинина в слюне и снижением иммунного статуса [1,5,8]. Однако, несмотря на важность данного вопроса, многие аспекты клиники, этиопатогенеза, лечения и профилактики остаются малоизученными и спорными, а в Республике Узбекистан этот вопрос, в целом, не изучался. Также отсутствует единая программа оказания практической стоматологической помощи пациентам с терминальной стадией ХПН. Следова-

совершенствование методов комплексной диагностики, лечения и профилактики с учётом стоматологического статуса у больных с ХПН требует дальнейшего исследования. **Цель исследования:** изучение состояния стоматологического статуса и его сравнительная характеристика у больных с ХПН при хроническом пиелонефрите и гломерулонефрите. **Материал и методы.** Объектом обследования явились 78 человек в возрасте от 20 до 45 лет. Все обследованные были разделены на три группы.

Основную группу составили 34 больных с ХПН в стадии обострения с гломерулонефритом (первая группа) и 24 больных с ХПН в стадии обострения пиелонефритом (вторая группа). Работа с данными пациентами проводилась в стационаре нефрологического отделения ГKB №5 имени академика К.Т. Таджиева. В контрольную (третью) группу вошли 20 практически здоровых пациентов, которые в основном проходили медосмотр в Учебном клиническом центре «Стоматология» при ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Полное стоматологическое обследование (внешний осмотр, оценка состояния твёрдых тканей зубов и мягких тканей полости рта) проведено у всех 78 человек. Проведён анализ медицинской документации у больных с хронической почечной недостаточностью (58 историй болезни): общий анализ мочи, крови, биохимический анализ крови, определение уровня мочевины, креатинина, электролитов, проведение пробы Зимницкого, Реберга-Тареева, УЗИ почек, ЭКГ, при необходимости – ЭхоКГ. Состояние полости рта оценивали по следующим показателям: КПУ (К-кариозные, П-пломбированные, У-удалённые зубы), индекс распространённости, ОНI-S (Green-Vermillion, 1964, упрощённый индекс гигиены полости рта) и его составляющие – индекс налёта (DI-S) и индекс камня (CI-S), GI (Loe-Silness, 1963, индекс воспаления десны), РМА (Shour-Massler, 1948, папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс), проба Мак-Клюра – Олдрича (повышение сосудисто-тканевой проницаемости). Степень поражения костей и характер патологического процесса (остеопороз, атрофия, резорбция), а также одонтогенные очаги хронической инфекции определяли по результатам рентгенологического исследования – ортопантомографии.

Статистическая обработка данных проведена методом вариационной статистики с использованием критерия t-Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования выявили сравнительный уровень распространённости кариеса в трёх группах. Было отмечено, у первой и второй групп, быстрое развитие рецидивного кариеса, малый срок службы пломб (особенно из композиционных материалов), безболезненное течение кариозного процесса, что

сдерживает вероятность своевременного обращения к стоматологу. Интенсивность кариеса по индексу КПУ отличалась в сравниваемых группах. Так, у больных с ХПН с пиелонефритом (вторая группа) поражено $17,10 \pm 1,07$ зубов, в первой группе (гломерулонефрит) – $12,9 \pm 0,4$ зубов, а в контрольной группе (практически здоровые пациенты) поражено $8,76 \pm 0,65$ зубов ($p < 0,001$).

Анализ структурных элементов индекса КПУ показал, что среднее количество удалённых зубов в сравниваемых группах достоверно отличалось.

У больных ХПН с пиелонефритом было удалено в среднем $6,45 \pm 0,89$ зубов на человека, а у больных ХПН с гломерулонефритом – $4,45 \pm 0,45$, что практически в 1,4 раза больше. В контрольной группе данный показатель составил $1,5 \pm 0,45$, что в 4,3 раза меньше удалённых зубов по сравнению со второй и в 2,9 раза – чем в первой группе. В первой группе на составляющую «удалено» пришлось 29,4% (10 пациентов) данного показателя, во второй группе этот показатель равен 58,3% (14 пациентов). В группе здоровых пациентов наибольшую долю индекса КПУ составили «пломбированные» 70,0% (14 пациентов). Среднее количество кариозных зубов в первой группе $2,16 \pm 0,41$, во второй – $4,26 \pm 0,31$, в контрольной группе – $1,06 \pm 0,25$. Этот показатель констатирует, что у второй группы среднее количество кариозных зубов превышает в 4 раза таковые у лиц контрольной группы, что свидетельствует о более быстром (практически постоянном) развитии кариозного процесса у больных с ХПН при пиелонефрите. Непосредственной причиной микробно-воспалительного процесса при пиелонефрите и инфекции мочевых путей является проникновение в мочевые пути вирусной и микробной флоры.

Гигиеническое состояние полости рта пациентов.

Инфекция может распространяться в почки гематогенным и лимфатическим путем, а также проникать из уретры и мочевого пузыря через пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Гематогенная инфекция может распространяться при наличии воспалительных очагов в других органах, таких как легкие, миндалины и одонтогенные поражения при плохой гигиене полости рта, что показывает обратную зависимость от проникновения вторичной инфекции в мочеполовую систему. В этой группе воспалительный процесс привел к маргинальной рецессии пародонта I класса (по Миллеру) (рис. 1а), при которой десневой край не выходил за пределы слизисто-десневого соединения и не сопровождался потерей межзубной десны или межальвеолярной костной ткани. В дальнейшем, при отсутствии своевременного стоматологического лечения, состояние прогрессировало до III-IV класса (рис. 1б) с

выходом десневого края за пределы слизисто-десневого соединения, частичной потерей костной ткани в альвеолярном промежутке и образованием многочисленных межзубных щелей с $1/3$ и $1/2$ (64,3%) корней, особенно в передних центральных резцах челюстей (32,0%) и 3,7% в контрольной группе (рис. 1в). У пациентов 1-й группы патологическая эрозия зубов часто проявляется повышенной мочевинолюбобилизирующей активностью аммиака - производного слюнной мочевины, которая отчетливо повышена при ЦП с гломерулонефритом (73,3% в группе 2, 22,4% в группе 2 и 4,3% в контрольной группе), а также короткими премолярами нижней губы и анатомически. Причиной были отмечены короткие премоляры нижней губы и анатомически неправильная окклюзия. Наличие наддесневого зубного камня и налета чаще встречалось у пациентов 1-й группы (62,8%), чем во 2-й (35,0%) и контрольной (4,2%). Это связано с повышенной концентрацией мочевины в слюне при гломерулонефрите. Это изменяет состав и свойства слюны, снижая скорость ее секреции и влияя на накопление зубного налета. Микроорганизмы зубного налета производят аммиак из мочевины, содержащейся в слюне. В результате среда становится щелочной и происходит отложение зубного налета. Следует отметить, что хорошая гигиена полости рта выявлена только в группе сравнения у здоровых пациентов – в $47,58 \pm 3,43\%$ случаев. Плохую гигиену наблюдали у больных первой группы в $40,2 \pm 3,4\%$ случаев и во второй – в $31,4 \pm 3,6\%$. В контрольной группе этот показатель значительно меньше – $1,5 \pm 0,25\%$. Неудовлетворительная гигиена выявлена также в первой группе – $42,4 \pm 4,6\%$, а у второй – $48,4 \pm 3,4\%$, эти показатели были значительно выше, чем в контрольной группе – $2,46 \pm 0,62\%$.

Удовлетворительный индекс наблюдался в первой группе в $26,2 \pm 3,3\%$, во второй группе – в $11,4 \pm 6,7\%$ и группе сравнения – в $48,46 \pm 3,4\%$ случаев. Таким образом, у больных с ХПН при пиелонефрите, показатель ОНІ-S в среднем был в 11,7 раз выше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Индивидуальный анализ данного индекса показал, что в группе с заболеванием пиелонефрита больше преобладает плохая гигиена, так же, как и в группе с заболеванием гломерулонефритом, а в группе сравнения – удовлетворительная ($p < 0,001$). Кроме того, в первой и во второй группах хорошая гигиена полости рта не наблюдалась ни у одного больного, а в группе сравнения – в $47,58 \pm 3,43\%$ случаев. Отсюда следует, что пациенты с заболеванием ХПН нуждаются в

проведении мотивации и обучении индивидуальной гигиене, в проведении профессионально-лечебных стоматологических мероприятий полости рта чаще,

нежели пациенты контрольной группы. Рентгенологическое исследование позволило определить наличие, характер, степень и распространённость патологических изменений в костной ткани челюстей. Использовали ортопантомографические снимки, дающие изображения обеих челюстей в состоянии окклюзии, тела челюсти, зубных рядов, а также отражающие состояния губчатого вещества костной ткани и изменения альвеолярной кости. В основной группе отмечались: равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок, отсутствие признаков воспалительной деструкции костной ткани, краевая рецессия пародонта и обнажение корней зубов от $1/3$ до $1/2$ их длины, а также очаги остеосклероза с дальнейшим изменением резорбции костной структуры в области передних зубов. Во второй группе (ХПН с пиелонефритом) отмечается смешанная деструкция костной структуры, неравномерная воспалительная резорбция кости в вертикально-горизонтальном направлении и снижение её высоты по отношению к длине корня зуба. Кортикальная пластинка на вершине межальвеолярной перегородки отсутствует, в области моляров наблюдаются костные карманы, в области передних зубов – расширение периодонтальной щели и нарушение структуры пародонта. В группе здоровых лиц изменения со стороны костной структуры отсутствуют за исключением слизистой оболочки тканей пародонта. Таким образом, по данным индексных оценок гигиены рта, у пациентов с хронической почечной недостаточностью, с разным развитием заболеваний гломерулонефритом и пиелонефритом имеется характерная особенность протекания и осложнения заболеваний в полости рта. При заболевании гломерулонефритом больше выражено поражение твёрдых тканей зубов в виде патологической стираемости коронок зубов, клиновидного дефекта и дистрофических изменений в костной структуре тканей пародонта, в виде снижения высоты альвеолярного отростка. При хроническом пиелонефрите чаще наблюдались изменения со стороны слизистой оболочки в виде отёка и гиперемии, рецессии пародонта с обнажением корня зуба, образованием

пародонтальных карманов с гнойным содержимым, а также сочетанное – дистрофическо-воспалительное поражение тканей пародонта. Отсюда следует, что пациентам с ХПН разного этиологического характера требуется полноценное проведение комплексных мероприятий по гигиене и санации полости рта с учетом протекания и осложнений данного заболевания, с использованием современных методов лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Актуальные вопросы нефрологии / Санкт- Петербург. гос. мед. ун-т им. И.П. Павлова; НИИ нефрологии; под ред. С.И. Рябова. – СПб. Фоли- ант,– Вып. 2: Лечение хронической почечной недостаточности. -1997. - 448 с.
2. Белоусов Н.Н. Проблемы обследования и диа- гностики при заболеваниях пародонта / Н.Н. Белоусов, В.И. Буланов // Стоматология. – 2004. – Т. 83. - №2. – С. 19-20
3. Бикбов Б.Т. О состоянии заместительной терапии больных с хронической почечной недостаточ- стью в Российской Федерации в 2001 г. (Отчёт по данным регистра Российского диализного обще- ства) / Б.Т. Бикбов // Нефрология и диализ. – 2004. – Т.6. - № 1. – С. 4-42
4. Пилотович В.С. Лечение больных с хронической почечной недостаточностью в Беларуси / В.С. Пилотович // Материалы III съезда транспланто- логов Украины. – Донецк. - 2004. – С. 37-40
5. Джарбусынова Б.Б. Психические нарушения у больных с хронической почечной недостаточ- ностью и их динамика в процессе гемодиализа: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Б.Б. Джарбусыно- ва. - Казахский государственный мед. университет им. С.Д. Асфендиярова. – Алматы. - 1997. – 22 с.
6. Хабилов Н. Л. и др. ГОСПИТАЛ ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ ЙИЛ ДАВОМИДА НАШР ЭТИЛГАН ТЕЗИСЛАР ХИСОБОТИ //Conferences. – 2023. – С. 114-118.

Research Science and Innovation House