УДК: 616.61:616.31-615.06;611.61.018

ИЗМЕНЕНИЕ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Алиева Н.М..[1],Шоахмедова К.Н.[2], Нигматова Н.Р.[3]., Усмонова Х.Т.[4].,

Рахимов Б.Г.[5]

Ташкентский государственный стоматологический институт

Алиева Назокат Мураджановна- доцент кафедры Пропедевтика ортопедической стоматологии, ТГСИ.

Шоахмедова Комола Нарзуллаевна- Ассистент кафедры Пропедевтика ортопедической стоматологии, ТГСИ

Нигматова Нигора Рахматуллаевна - Ассистент кафедры Факультет ортопедической стоматологии, ТГСИ

Усмонова Хилола Тохировна- Ассистент кафедры Пропедевтика ортопедической стоматологии, ТГСИ

Рахимов Бахтиёржон Гафурджанович- Ассистент кафедры Пропедевтика ортопедической стоматологии, ТГСИ

Resume:

The scientific review is devoted to deals with modern classifications of chronic kidney disorders and changes in the oral cavity, factors that affect them, and their prevention, treatment and management.

Резюме:

Научный обзор посвящен современным классификациям хронических заболеваний почек и изменений в полости рта, факторам, которые на них влияют, а также их профилактике, лечению и ведению.

Ключевые слова: соматическая патология, хронические заболевания почек, острый гломерулонефрит, ортопедическая стоматологическая помощь.

Актуальность: В своей практической деятельности врачи-стоматологи часто сталкиваются с пациентами, имеющими в анамнезе тяжёлые соматические заболевания. Актуальность проблемы определяется тем, что на сегодняшний день соматическая патология встречается у 30% стоматологических больных [22,25].

На данный момент повсеместно наблюдается ухудшение экологической обстановки, введение в продукты питания различных искусственных пищевых добавок, увеличение продолжительности жизни. Высокая распространенность соматических заболеваний, возрастные изменения тканей и органов и несоответствующая гигиена полости рта и другие причины способствуют развитию стоматологических заболеваний, что приводит к частичной или полной вторичной адентии.

В 2002 году группой экспертов национального почечного фонда США в результате детального изучения патофизиологии и вопросов лечения ХПН, была выделена «наднозологическая» единица патологии почек – хроническая болезнь почек (ХБП). Под хронической болезнью почек понимают любое заболевание почек, сопровождающееся признаками их повреждения и (или) нарушением скорости клубочковой инфильтрации.

Необходимо подчеркнуть, что Всемирная организация здравоохранения внесла уточнения в МКБ-10 рубрику N18. В предыдущей редакции под этим кодом значилась хроническая почечная недостаточность. Для сохранения структуры диагноза в настоящее время рекомендуется нозологию ХБП указывать после основного заболевания (Балабанов А.С. и др., 2014). В таких случаях кодировка болезни почек устанавливается в соответствии с МКБ-10 по основному заболеванию.

Если причина нарушения функции почек не установлена, то диагнозом (основным) рекомендуется выставлять ХБП, которая в МКБ кодируется рубрикой с учетом стадии заболевания (Балабанов А.С. и др., 2014). Критериями ХБП считают повреждение почек продолжительностью более 3-х месяцев, независимо от скорости клубочковой фильтрации, а также при скорости клубочковой фильтрации не более 60 мл/мин больше 3-х месяцев, как с признаками поражения почек, так и без них (Шулутко Б.И., 2002).

К маркерам ХБП относят также стойкое повышение выделения альбумина с мочой (более 10 мг/сут), мочевой синдром (цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия), изменения почек при дополнительных объективных методах исследования, изменения в составе крови, мочи, изменения патоморфологической картины ткани почек при нефробиопсии (Шилов Е.М., 2007; Murthy A.K., Hiremath S.S., 2005). Поэтому ХБП может выявляться уже на основании сниженной скорости клубочковой фильтрации и при отсутствии в анамнезе почечного заболевания или повреждения. Известно, что нарушение функции фильтрации может опережать необратимые изменения морфологии тканей (Шулутко Б.И., 2002). Поэтому считают, что использование такого диагностического подхода даёт возможность проведения ранней нефропротекции и максимального отдаления срока наступления терминальной почечной недостаточности (Балабанов А.С. и др., 2012; Niedzielska I., 2014).

В настоящее время число пациентов, страдающих хроническими заболеваниями почек, возрастает до 5-8% в год, а темп прироста этого показателя в 2008 году составил 14,7% (Томилина Н.А., 2009). Согласно данным, представленным регистром Российского диализного общества, лечение пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН) проводится в 492 отделениях. Растёт число пациентов, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях (Бикбов Б.Т., Томилина Н.А., 2007). Развитие программ диализ-трансплантация, увеличение обеспеченности населения качественной гемодиализной помощью привели за последние 30-40 лет к снижению заболеваемости и смертности среди пациентов с тХПН. Существующие методы заместительной почечной терапии, применение современных фармакологических препаратов, контроль анемии, артериальной гипертензии, нарушений фосфорно-кальциевого метаболизма, модификация диеты позволяют продлить жизнь пациентов на неопределенно долгий срок и добиться определенного уровня медицинской и социальной реабилитации. Вместе с тем качество жизни таких пациентов остается низким.

При изучении состояния полости рта у больных с тХПН выявлена высокая распространенность заболеваний тканей полости рта и, как следствие, значительная нуждаемость в стоматологической помощи (Ray K.L., 1989; Москаленко О.А., 1995; Naugle K. et al., 1998; Kao C.-H. et al. 2000; Sung J.-M. et al., 2005; 2006; Bots C.P. et al., 2006; Осокин М.В., 2006; Vesterinen M. et al., 2007).

Проведение стоматологической реабилитации осложняется тем, что у пациентов с тХПН на фоне уремической интоксикации и анемии наблюдается гипоксия клеток мозга, поэтому они не способны объективно оценивать своё состояние (Выговская Е.М., 2002; Рыбакова К.В., 2004). В доступной нам отечественной литературе мало работ, определяющих особенности состояния ротовой полости у пациентов с тХПН, получающих лечение гемодиализом (Москаленко О.А., 1995; Осокин М.В., 2006). Кроме того, в отечественной практике отсутствует программа оказания стоматологической помощи пациентам с тХПН, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях.

Изучение стоматологического показателя социального функционирования, определяемого общностью стоматологических проблем пациентов, показало, что стоматологический статус влияет на эмоциональный компонент и социальные аспекты качества жизни больных, получающих гемодиализ, и не оказывает влияния на качество жизни пациентов, находящихся на перитонеальном диализе (Ящук Е.В., 2009).

Таким образом, отечественные и зарубежные исследователи проводили анализ стоматологической заболеваемости у лиц, страдающих различными хроническими заболеваниями почек. В то же время авторы приводят разные данные о частоте встречаемости дистрофической патологии пародонта у лиц, страдающих хроническим гломерулонефритом (ХГ) и хронической почечной недостаточностью (ХПН). Строение и состав твердых тканей зубов у лиц, страдающих болезнями почек, изучались без учета возраста пациентов, хотя известно, что состав и строение твердых тканей зубов имеют возрастные особенности. Не исследовались вопросы, связанные с оценкой уровня оказания стоматологической помощи людям, страдающих различными хроническими болезнями почек: хроническим пиелонефритом, ХГ, а также ХПН, в том числе при нахождении пациентов на гемодиализной терапии или без последней.

Следует отметить, что острый гломерулонефрит является редким заболеванием, который в структуре всех гломерулонефритов встречается менее чем в 1% случаев (Мухин Н.А., 2009). При этом снижение заболеваемости острым гломерулонефритом связывают с ростом иммунизации против стрептококка (Емец В.И., Герасимова Т.Н., Васильева Л.Л., 1980; Балабанов А.С. и др., 2013; Abbas A.K., Lichtman A.H., 2009; Bastos J.A., Diniz C.G., 2011).

Отмечается, что более 60% таких эпизодов выявляется у молодых людей, 10% – у лиц среднего возраста. При этом мужчины страдают данной патологией несколько чаще, чем женщины (Балабанов А.С. и др., 2012). Необходимо подчеркнуть, что, в отличие от детей, причиной развития острого гломерулонефрита у взрослых людей обычно служит не только стрептококк. На долю последнего приходится до 30% случаев. Причиной острого гломерулонефрита стафилококк может стать примерно в 25% случаев. Его роль в возникновении гломерулонефрита в последние годы возрастает (Платова Т.С., 2007; Шилов Е.М., 2007). Полагают, что факторами риска острого постстрептококкового гломерулонефрита являются наследственность по аллергическим заболеваниям, очаги хронической инфекции, в том числе одонтогенной, гиповитаминозы и гельминтозы (Шулутко Б.И., 2002; Ящук Е.В., Платова Т.С., 2008; Al-Nawas B., Maeurer M., 2008).

В патогенезе острого гломерулонефрита выделяют три возможных механизма развития патологии (Балабанов А.С. и др., 2013). Первый – сродство белков стрептококка, а также тканей почечного клубочка. Это обусловливает запуск реакции «антиген – антитело» с образованием циркулирующих иммунных комплексов, вследствие чего возникает повреждение базальных мембран. Ко второму механизму относят поражение нормальных иммуноглобулинов нейраминидазой стрептококка. Обычно роль аутоантигенов играют IgG. Взаимодействие последних с антистрептококковыми антителами способствует образованию иммунных комплексов. При этом воспалительный процесс в нефроне обычно стимулируется нейтрофилами, а также макрофагами. Третий механизм – перекрестная реакция, за счет схожести антигенной структуры микробов и тканей клубочков, антител к стрептококку, что обусловливает повреждение базальной гломерулярной мембраны (Балабанов А.С. и др., 2013). При этом предрасполагающим фактором может служить наличие у пациентов ряда компонентов системы HLA. Известно, что носительство больными разных генотипов может определять клиническую картину и особенности течения острого постстрептококкового гломерулонефрита (Шулутко Б.И., Макаренко С.В., 2009; Bayraktar G., Kurtulus I., Kazancioglu R., 2008).

Учитывая вышеизложенное, целью наших дальнейших исследований является изучение клинико-функциональных изменений в полости рта у больных с хронической болезнью почек и разработки тактики ортопедической помощи.

Литература

1. Авдеева М.В., Войтенков В.Б., Самойлова И.Г. Специфика верификации факторов риска и организационные аспекты первичной профилактики с учетом возрастного фактора // Успехи геронтол. – 2013. – Т. 26, №3. – С. 481-486.
2. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех. – 2000. – №2. – С. 46-49.
3. Балабанов А.С., Барсуков А.В., Беляев Н.В. и др. Госпитальная терапия: Учебник; Под ред. А.В. Гордиенко. – СПб.: Спец. лит-ра, 2013. – С. 310-338.
4. Горбачева И.А. Комплексные подходы к лечению больных с сочетанными заболеваниями внутренних органов и воспалительными поражениями пародонта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб, 2004. – 42 с.
5. Гордиенко А.В., Соловьев М.В., Кузнецова Л.К. Лекарственные поражения почек. – СПб, 2008. – 24 с.
6. Емельяненко Н.В. Состояние зубов, тканей пародонта и организация стоматологической помощи у детей с хроническими заболеваниями почек. – Львов, 1983. – 18 с.
7. Иорданишвили А.К., Комаров Ф.И. Внутренние болезни и стоматология. – М., 2007. – 112-117с.
8. Кудряшова И.П., Оспельникова Т.П., Ершов Ф.И. Динамика показателей цитокинового профиля при хроническом пиелонефрите // Клин. нефрол. – 2012. – №3. – С. 39-41.
9. Лебеденко И.Ю. Ортопедическая стоматология. Алгоритмы диагностики и лечения; Под ред. И.Ю. Лебеденко, С.Х. Каламкаровой. – М.: Мед. информ. агентство, 2012.
10. Мусаева, Р.С. Клинико-лабораторное обоснование выбора средств гигиены полости рта при заболеваниях пародонта у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб: СПбГМУ, 2009. – 16 с.
11. Орехова. Л.Ю. Метаболические механизмы пародонтитного континуума у больных с сахарным диабетом // Материалы 17-й Всероссийской стоматологической научно-практической конференции. – М., 2007.
12. Платова Т.С., Ящук Е.В. Стоматологический статус больных хроническим гломерулонефритом // Пародонтология. – 2007. – №1. – С. 17-19.
13. Рабухина Н.А., Голубева Г.И., Перфильев С.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 128 с.
14. Рагимова Р.Р., Азизова Г.И., Эфендиев И.М. Изучение некоторых цитокинов и иммунных параметров при хронической недостаточности // Цитокины и воспаление. – 2009. – №8, №3. – С. 46-49.
15. Ремизов С.М., Галюкова А.В., Фадюков Е.М. Сравнительное изучение эмали и дентина зубов в сканирующем и трансмиссионном электронных микроскопах // Стоматология. – 1980. – №4. – С. 21-23.
16. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика: Учеб. пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 18 с.
17. Рыжак Г.А., Иорданишвили А.К., Солдатов С.В. и др. Солдатова Характеристика микробиоценоза пародонтальных карманов и иммунного гомеостаза пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим генерализованным пародонтитом // Успехи геронтол. – 2011. – Т. 24, №4. – С. 548-552.
18. Симаненков В.И., Лутаенко Е.А. Лечение синдрома раздраженной кишки с позиций доказательной медицины: Пособие для врачей и клинических фармакологов. – СПб, 2008. – 108 с.
19. Ткаченко Т.Б., Гайкова О.Н., Орлова Н.А. и др. Основные результаты морфологической оценки слизистой оболочки полости рта умерших от онкологических заболеваний // Институт стоматологии. – 2009. – №3 (44). – С. 92-95.
20. Удальцова Н.А., Ермолаева Л.А. Системная реакция организма при воспалительных процессах челюстно-лицевой области и патогенетическое обоснование лечения // Институт стоматологии. – 2007. – №1 (34). – С. 34-35.
21. Фаустов Л.А., Леонтьев В.К., Галенко-Ярошевский П.А. Методологические основы научных представлений об этиологии и патогенезе заболеваний // Хронический генерализованный пародонтит. – Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. – С. 23-32.
22. Филиппова Е.В. и др. Заболевания слизистой оболочки полости рта и языка у людей пожилого и старческого возраста // Пародонтология. – 2013. – №2 (67). – С. 69-72.
23. Akar H., Akar C., Carrero J.J. et al. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients // Clin. J. Amer. Soc. Nephrol. – 2011. – Vol. 6, №1. – P. 218-226.
24. Al-Nawas B., Maeurer M. Severe versus local odontogenic bacterial infections: comparison of microbial isolates // Europ. Surg. Res. – 2008. – Vol. 40. – P. 220-224.
25. Bastos J.A., Diniz C.G., Bastos M.G. et. Al. Identification of periodontal pathogens and severity of periodontitis in patients with and without chronic kidney disease // Arch. Oral Biol. – 2011. – Vol. 56, №8. – P. 804-811.
26. Bayraktar G., Kurtulus I., Kazancioglu R. et al. Evaluation of periodontal parameters in patients undergoing peritoneal dialysis or hemodialysis // Oral. Dis. – 2008. – Vol. 14, №2. – P. 185-189.
27. Buhlin K., Barany P., Heimburger O. et al. Oral health and pro-inflammatory status in end-stage renal disease patients // Oral. Health Prev. Dent. – 2007. – Vol. 5, №3. – P. 235-244.
28. Castillo A., Mesa F., Liebana J. et al. Periodontal and oral microbiological status of an adult population undergoing haemodialysis: a cross-sectional study // Oral. Dis. – 2007. – Vol. 13, №2. – P. 198-205.
29. Cervero A.J., Bagan J.V., Soriano Y.J., Roda R.P. Dental management in renal failure: Patients on Dialysis // Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal. – 2008. – Vol. 13 (№7).