



Диагностика заболеваний твёрдых тканей зубов и тканей пародонта у больных с начальной стадией хронической почечной недостаточности

Э.М. Саидшарифова Ю.А. Шокиров

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье анализируются результаты функциональной диагностики и индексной оценки твёрдых тканей зубов и тканей пародонта у 20 больных с начальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН).

В ходе исследования у больных с начальной стадией ХПН были установлены явления катарального гингивита; генерализованного пародонтита средней степени тяжести; генерализованного пародонтоза средней степени тяжести, переходящего в тяжёлую степень и поражение твёрдых тканей зубов в виде кариеса. Авторы указывают на важность своевременной диагностики этих заболеваний и необходимость проведения целенаправленного комплексного стоматологического лечения пациентов с начальной стадией ХПН.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, пародонт, катаральный гингивит, индекс состояния десны

АКТУАЛЬНОСТЬ. Ведущие современные авторы признают факт возникновения полиорганных поражений внутренних органов, в том числе слизистой оболочки полости рта и пародонта у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) [1,2]. Возникновение тяжёлых изменений во всём организме связано с накоплением в крови шлаков азотистого обмена, артериальной гипертензией, анемией, нарушением электролитного обмена, особенно натрия, калия, кальция и фосфора. Нарушение минерального обмена, в конечном счёте, приводит к остеопорозу, остеосклерозу и другим изменениям со стороны костной ткани организма [2-4]. Наряду с этим ХПН может привести к развитию остеомалации, отёку или атрофии слизистой оболочки полости рта, сглаживанию сосочков языка (полированный язык), патологии пародонта. Существующие методы заместительной почечной терапии не всегда являются успешными и часто остаются неудовлетворительными. Следовательно, поиски эффективных комплексных методов диагностики, оценка тяжести состояния, совершенствования существующих методов заместительной почечной терапии ХПН требует своего дальнейшего изучения [4-6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить особенности диагностики патологии твёрдых тканей зубов и пародонта у больных с начальной стадией ХПН.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами обследовано 20 больных с начальной стадией ХПН, находящихся в стационаре нефрологического отделения (основная группа) ГКБ №5 имени академика К.Т. Таджиева и 20

практически здоровых студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино (контрольная группа).

Всем пациентам проводили полное обследование по нефрологическому плану: общий анализ мочи, крови, биохимический анализ крови, определение уровня мочевины, креатинина, электролитов, проведение пробы Зимницкого, Реберга-Тареева, УЗ-исследование почек, ЭКГ, Р – органов грудной клетки, полости рта, при необходимости ЭхоКГ, внутривенная урография. В этиологии развития ХПН у 11 больных установлен хронический гломерулонефрит, у 8 – хронический пиелонефрит и у одного – кистозная болезнь почек. Скорость клубочковой фильтрации была достоверно снижена (<40 мл/мин), у всех больных повышено содержание мочевины и креатинина (212±14 мкмол/л). Артериальная гипертензия наблюдалась у 13 больных, у 3 – умеренная анемия.

После достоверного установления диагноза ХПН, всем пациентам, для оценки стоматологического статуса, проведено клиническое обследование полости рта: осмотр, определение индекса ОН-5 (индекс гигиены полости рта), гингивального индекса GI (индекс состояния десны), рентгеновские панорамные снимки, ТЭР – теста (функциональное состояние эмали), а также индекс КПУ (К – кариесные, П – пломбированные, У – удалённые). Большинство больных с ХПН жаловались на наличие кариозных зубов, на повышенную чувствительность эмали (гипертензию), периодически возникающую кровоточивость дёсен, наличие зубных отложений и зубного налёта в над-



десневой области, неприятный вкус и запах изо рта, дискомфорт и болевые ощущения во время еды.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Объективно при осмотре больных основной группы со стороны слизистой оболочки дёсен часто отмечалась гиперемия, отёк, местами - синюшность. Наблюдалась краевая рецессия пародонта с обнажением корня зуба на 1/3 и на 1/2, в частности, передних центральных резцов нижней челюсти с нарушением круговой связки зуба, межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки. У 23,33±7,72% лиц основной группы имеется наличие обильного зубного отложения (мягкого налёта) и, не смотря на слабо выраженное воспаление, отмечается гиперестезия твёрдых тканей зубов. У 40,0±8,94% больных ХПН в начальной стадии, где начинаются нарушения обмена витамина D и фосфорно-кальциевого обмена наблюдаются пародонтальные карманы у моляров нижней и верхней челюсти глубиной от 3.5 – 4.5 мм, а также выделения серозного эксудата из пародонтальных карманов. Имеются наддесневые камневые отложения, покрывающие 1/3 или 2/3 поверхности зуба. У 36,67±8,8% больных основной группы наблюдалась травматическая окклюзия, в связи с неравномерной воспалительной резорбцией альвеолярной кости и снижением её высоты по отношению к длине корня зуба на 1/3 – 2/3 (табл.1).

У лиц контрольной группы отмечалась лёгкая форма болезней пародонта. Почти у 40,0±9,80% лиц контрольной группы при объективном осмотре, слизистая дёсен и полости рта без изменений, бледно-розового цвета. У 45,0±8,00% отмечается воспаление дёсен в виде катарального гингивита легкой и средней степени тяжести, также наблюдается лёгкая гиперемия, кровоточивость дёсен при чистке зубов или при зондировании дёсневой борозды, пародонтального кармана нет. И только у 15,0±8,00% отмечается заболевание очагового пародонтита лёгкой и средней степени тяжести от местных факторов полости рта и несоблюдения норм гигиенических правил полости рта.

Сравнительное изучение по данным индексной оценки пародонта и твёрдых тканей зубов у лиц основной и контрольной группы показало следующее состояние гигиены полости рта. Уровень гигиены по индексу ОНI-S в основной группе (больные с начальной стадией ХПН): удовлетворительный уровень – у 24,6±8,07% пациентов, неудовлетворительный – у 35,4±8,61%, плохой – у 40,0±8,94%. Хорошая гигиена не установлена ни у кого. Среднее исходное значение индекса ОНI-S в этой группе 2,28±0,14 интерпретировано как неудовлетворительный уровень гигиены, а в контрольной группе - 1,07±0,09, что соответствует удовлетворительному уровню (табл. 2,3).

ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ДЕСНЫ ПО ИНДЕКСУ GI (%)

GI, воспаление десны	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
Здоровая десна	-	40,0±9,80
Лёгкое	23,33±7,72	45,0±8,00
Среднее	40,0±8,94	15,0±8,00
Тяжёлое	36,67±8,8	-

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ

Индекс	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
ОНI-S	2,28±0,14	1,07±0,09
GI	1,94±0,14	0,66±0,09
ТЭР	3,13±0,13	3,28±0,17

ТАБЛИЦА 3. СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПО ИНДЕКСУ ОНI-S, %

ОНI-S, гигиена	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
Хорошая	-	37,5±9,88
Удовлетворительная	24,6±8,07	50,0±10,21
Неудовлетворительная	35,4±8,61	12,5±6,75
Плохая	40,0±8,94	-



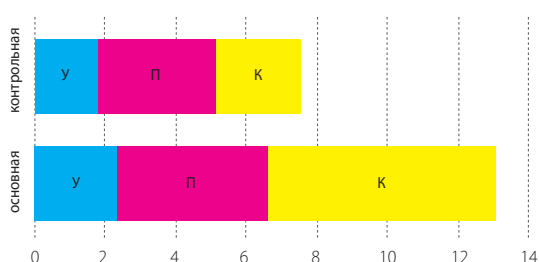
ТЭР-тест показал, что в принципе не имеется достоверных различий в обеих группах: в основной группе он равен $3,13 \pm 0,13$, в контрольной - $3,28 \pm 0,17$. Данные показатели характеризуют средний уровень кислотоустойчивости зубов (табл. 2).

Индекс состояния десны (GI) в основной группе составил $1,94 \pm 0,14$, что указывает на воспаление десны средней степени тяжести. В контрольной группе GI составил $0,66 \pm 0,09$, свидетельствуя о лёгком воспалении десны (табл.2).

При изучении индекса КПУ выявлено, что хроническая почечная недостаточность протекает при более интенсивном КПУ – $12,9 \pm 0,4\%$, чем у лиц контрольной группы - $7,3 \pm 0,4\%$, разница статистически значимая ($p < 0,001$).

При детальном рассмотрении компонентов индекса КПУ выявлено, что при практически равной встречаемости пломбированных зубов (компонент «П») в сравниваемых группах, в основной группе - значительно больше кариозных и удалённых зубов, соответственно компонентов «К» и «У» (рис. 1).

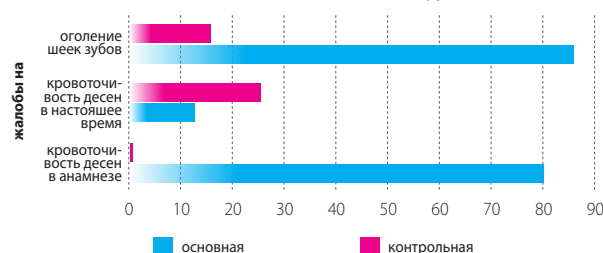
РИС.1. ПОКАЗАТЕЛЬ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ (К - КАРИЕС; П - ПЛОМБИРОВАННЫЕ; У - УДАЛЁННЫЕ)



Из рисунка 1 видно, что в основной группе больше кариозных зубов (К), и удалённых (У) относительно контрольной. Учитывая, что основная и контрольная группы сопоставимы по возрасту, можно констатировать, что при ХПН в латентной и компенсированной стадии протекает с более быстрым развитием кариозного процесса.

При выявлении жалоб у лиц основной группы было отмечено, что $85,5 \pm 0,71\%$ из них отмечают быстрое развитие рецидивного кариеса, малый срок службы пломб (особенно из композиционных материалов), безболезненное течение кариозного процесса, что сдерживает вероятность своевременного обращения к стоматологу (рис.2). Также больных беспокоит оголение шеек зубов в основной ($88,7 \pm 0,81\%$), в контрольной группе этот показатель составил ($18,6 \pm 1,01\%$).

РИС.2. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ



На рисунке 2 наглядно видно, что ведущей жалобой у пациентов с хронической почечной недостаточностью в начальных стадиях является оголение шеек зубов, но, так как процесс протекает безболезненно, пациенты попадают на приём к стоматологу с зубами в запущенном состоянии. Жалобы на кровоточивость дёсен в группе больных в 12 раз больше, чем в контрольной группе, что также показывает несвоевременного обращения к стоматологу.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, в ходе нашего исследования, по данным индексных оценок гигиены рта, состояние пародонта и твёрдых тканей зубов у больных с ХПН уже в начальной стадии отмечаются явления катарального гингивита, генерализованного пародонтита средней степени тяжести, генерализованного пародонтоза средней степени тяжести, переходящего в тяжёлую и поражение твердых тканей зубов в виде кариеса. Полученные данные, указывают на важность своевременной диагностики заболеваний твёрдых тканей зубов и пародонта у больных с хронической почечной недостаточностью, особенно в начальных стадиях, что диктует необходимость в проведении целенаправленного комплексного стоматологического лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта: учеб.-метод. пособие /И.К. Луцкая [и др.]. – Минск, 2001. – 25с.
2. Важнейшие проблемы урологии /В.М. Мирошников. -М: 2004.-240с.
3. Состояние органов полости рта у больных с ХПН при лечении их гемодиализом и трансплантацией почки: автореф. дис... канд. мед. наук. /О.А. Москаленко. - М., 1995. - 21с.
4. Основы формирования принципов стоматологической помощи пациентам, получающим гемодиализ /Э. А. Базилян [и др.] // Медицина критических состояний. - 2008. - N4 . - С. 11-16
5. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3ч./под ред. Г.М. Барера. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч. 2 – Болезни пародонта. – 224с.
6. Руководство по нефрологии /Е.М. Шилов. – М., 2008. – 45с.

Summary

Diagnosis of diseases of teeth' hard tissues and periodontal tissues in patients with early stage of chronic renal failure

Е.М. Saidsharifova, Y.A. Shokirov

In the article analyzed the results of functional diagnostic and evaluation index of hard tissue of teeth and periodontal tissues in 20 patients with early stage of chronic renal failure (CRF). During the study of patients with early stage chronic renal failure have been established: the catarrhal gingivitis, generalized periodontitis of moderate severity, transmitted to a severe degree stage and injuries of hard tissue of teeth in the form of dental caries. The authors point to the importance of timely diagnosis of these diseases and the need for a focused comprehensive dental treatment for patients with early stage of CRF.

Key words: chronic renal failure, periodontal, catarrhal gingivitis, gingival state index

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Э. М. Саидшарифова - аспирант кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои-33; Тел.: (+992) 918-61-68-09