

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Гажва С. И., Загайнов В. Е., Иголкина Н. А., Липатов К. С., Муртазалиева М. С.

¹ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, 603005, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, 10/1, rector@gma.nnov.ru.

²ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, 603001, Российская Федерация, г. Нижний Новгород, Нижневолжская набережная, д. 2, dir@pomc.ru.

Статья обобщает имеющуюся информацию в отечественной и зарубежной литературе о влиянии урологической патологии на стоматологический статус пациентов. Представлен подробный анализ специальных источников о зависимости заболеваний слизистой оболочки полости рта от функции почек. Приведены убедительные данные о высокой распространенности заболеваний почек во всем мире, что делает данную патологию не только медицинской, но и социальной проблемой. Уточнены признаки, выявляемые при внешнем осмотре больных с патологией почек. Описаны жалобы, наиболее часто предъявляемые нефрологическими пациентами на стоматологическом приеме, и механизм их развития по результатам исследования различных авторов. Отмечены особенности заболеваний слизистой оболочки полости рта при хронической почечной недостаточности. Указаны возможные причины их возникновения, а также взаимосвязь со стадией заболевания почек.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, диализ, стоматологическая патология, слизистая оболочка полости рта.

EFFECTS OF CHRONIC KIDNEY DISEASE ON THE ORAL MUCOSA

Gazhva S. I., Zagaynov V. E., Igolkina N. A., Lipatov K. S., Murtazalieva M. S.

¹Nizhny Novgorod State Medical Academy, 603005, Russia, Nizhny Novgorod, pl. Minin and Pozharsky, 10/1, rector@gma.nnov.ru.

²Volga Regional Medical Center, Russia, Nizhniy Novgorod, Lower Volga Embankment, 2, dir@pomc.ru.

The article summarizes the available information on the domestic and foreign literature on the impact of urologic diseases on the dental status of patients. A detailed analysis of the dependence of the specific sources of diseases of the oral mucosa of renal function. Presented convincing evidence of the high prevalence of kidney disease in the world, which makes this pathology is not only medical but also social problems. Refined features revealed by visual examination of patients with kidney disease. Described the complaint most often imposed nephrology patients on dental examination, and the mechanism of their development of the study of various authors. The peculiarities of diseases of the oral mucosa in patients with chronic renal failure. The possible causes of the occurrence, as well as the relationship with the stage of kidney disease.

Keywords: chronic renal failure, dialysis, dental pathology, oral mucosa.

Крепкое здоровье жизненно важно для благополучия людей и устойчивого экономического и социального развития любого государства [4].

Однако хронические болезни населения составляют примерно 72 % от общей заболеваемости у лиц трудоспособного возраста. Так, например, в РФ на 2010 год зарегистрировано 226 159 577 больных с общесоматической патологией [5]. При этом среди пациентов амбулаторного стоматологического приема они составляют не менее 30 % [8].

Данные специальной литературы свидетельствуют о том, что важнейшей в системе здравоохранения является проблема уронефрологии. Более 500 миллионов жителей планеты – примерно каждый десятый взрослый – имеет ту или иную патологию почек. Абсолютное

число пациентов с заболеваниями мочеполовой системы в РФ в 2010 году составило 15 775 855 человек [1, 5].

Увеличивается также число больных, у которых функция почек ухудшается необратимо, в связи с чем им требуются высокочатратные методы заместительной почечной терапии или трансплантация почки [9]. Только в России количество таких пациентов с почечной недостаточностью на 2010 год насчитывало 52 985 человек [5].

За последние десятилетия совершенствование методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) и успехи трансплантации позволили значительно увеличить продолжительность жизни данной категории больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) [12]. Следует отметить, что возрастной состав таких пациентов в нашей стране отличается от стран с высоким уровнем обеспеченности ЗПТ и характеризуется резким преобладанием больных молодого и трудоспособного возраста. При этом важно подчеркнуть, что современный диализ обеспечивает медицинскую и социальную реабилитацию, позволяющую продолжать свою профессиональную деятельность [2].

Таким образом, урологические заболевания являются одной из причин снижения качества жизни, инвалидизации и преждевременной смертности, создают целый ряд проблем социального и экономического характера [2].

С медицинской точки зрения основной проблемой данной группы пациентов является риск развития различных соматических осложнений: сердечно-сосудистых, неврологических, эндокринных и инфекционных [6, 12]. Усугубляет клиническую картину этих состояний хроническая инфекция, которая находится в полости рта. Отсутствие санации может привести к септицемии, инфекционному эндокардиту, эндартерииту сосудов в месте доступа катетера при перитонеальном диализе, отторжению трансплантата [21] и в целом отрицательно повлиять на прогноз лечения заболеваний почек.

Поэтому для пациентов, получающих ЗПТ и планирующих операцию по трансплантации почек, особенно важно исключить наличие патологических очагов в полости рта. Исходя из этого, такие больные нуждаются в оказании специализированной стоматологической помощи [3].

В связи с этим врачи-стоматологи должны иметь профессиональную настороженность при лечении пациентов с ХПН. Поскольку утрата регулирующей и экскреторной функций почек осложняет стоматологическое лечение [7].

По данным отечественной и зарубежной литературы у пациентов с ХПН имеется повышенный риск стоматологических заболеваний [26] и характерные изменения в полости рта [25].

Однако результаты исследований разных авторов, отражающих стоматологический статус больных с ХПН, носят иногда противоречивый характер. При этом мнения большинства исследователей совпадают.

Так, на стоматологическом приеме **при внешнем осмотре** нефрологических пациентов врач-стоматолог может отметить следующие признаки: общая бледность в результате анемии, коричневая гиперпигментация ногтей и кожи за счет сохранения пищевых красителей [17], кожные ссадины или царапины в результате интенсивного зуда, возникающего в результате накопления микрокристаллов кальция и фосфата [25].

Кроме того, такие пациенты могут предъявлять **жалобы** на сухость в полости рта, болезненность и кровоточивость десен, извращение вкуса [3, 10], металлический привкус и неприятный запах изо рта [28]. По данным S.F. Chuang с соавторами [2005], в ряде случаев наблюдаются боли в языке или слизистой оболочке полости рта [15]. При этом частота встречаемости перечисленных жалоб достаточно вариабельна. Так, процент выявления симптома «сухости в полости рта» варьирует от 21,4 % до 32 %, кровоточивости десен – от 45 % до 95 %, извращения вкуса – до 25 %, уремического запаха изо рта – до 82 % [3, 10, 22].

Механизм возникновения перечисленных симптомов до конца не изучен и интерпретируется авторами с учетом результатов проведенных исследований.

Ряд авторов считают, что **сухость в полости рта (ксеростомия)** может быть следствием ограничения потребления жидкости [10] или влияния таких факторов как: повышенное потребление натрия, истощение калия, возрастание ангиотензина II и вазопрессина, повышение уровня мочевины в плазме, действие психологических и неврологических факторов, ротовое дыхание [25], а также химическое воспаление или повреждение слюнных желез [14]. В исследовании Т. П. Вавиловой и соавторов [3] сухость в полости рта сопровождается снижением количества отделяемой слюны и зависит от объема циркулирующей крови и концентрации в ней конечных продуктов катаболизма азотистого обмена. Возможно, способствует ксеростомии использование жидкости для полоскания рта, содержащей спирт.

Выявляемая практически у всех больных с тХПН **повышенная кровоточивость десен**, вероятно, обусловлена повреждением эндотелия сосудов во всем организме [22]. Кроме того, она возникает в результате дисфункции тромбоцитов и воздействия антикоагулянтов [21].

Многими авторами установлено, что слюнные железы включаются в процесс очищения организма, в результате чего в смешанной слюне повышается концентрация мочевины, которая, попадая в рот, расщепляется с выделением аммиака. Это приводит к

изменению вкусового восприятия, металлическому привкусу и неприятному запаху изо рта [14].

Кроме того, изменения вкусовой чувствительности (гипогевзия или дисгевзия) обусловлены увеличением уровня диметил и триметил аминов и низким уровнем цинка у больных тХПН [19]. При этом вкусовые ощущения кислого и сладкого нарушаются в большей степени, чем горького и соленого [24].

Т. Uenotsuchi с соавторами (2003) подтверждают изменения сосочков *языка* в случае микроглобулинового амилоидоза – осложнения длительно проводящегося гемодиализа (более 20 лет). Процесс характеризуется наличием множества бледно-желтых папул на поверхности языка, объем которого не увеличен [29].

По словам J. Wu с соавторами [2005] при болезнях почек налет на языке находится у корня. В исследовании М. Dencheva с соавторами [2010] более чем у 60 % обследованных пациентов наблюдалась установленная локализация. В некоторых случаях отмечен географический и черный волосатый язык [18].

У больных с ХПН наблюдается красный плоский лишай как следствие медикаментозной терапии диуретиками и бетта-блокаторами. Развитие волосатой лейкоплакии расценивается как вторичный процесс по отношению к иммуносупрессивным препаратам. Кроме того, на слизистой оболочке полости рта выявляется кандидоз. В ряде случаев во рту и на коже могут появляться белые пятна (бляшки), которые образуются в результате отложения кристаллов мочевины на поверхности эпителия (при уровне мочевины > 55 мг/дл), что получило название «уремический иней» [25]. Часто встречаются хейлиты [18], петехии и экхимозы на слизистой оболочке губ, щек, мягкого неба и языка в результате качественного и, в меньшей степени, количественного дефекта тромбоцитов [14].

Повышенный риск малигнизации при ХПН, вероятно, отражает последствия ятрогенного иммунного подавления, что повышает восприимчивость слизистой оболочки к вирусно-связанным опухолям, таким как саркома Капоши или неходжкинская лимфома [25].

М. Teschner с соавторами (2002) также отмечают у диализных больных большую частоту возникновения злокачественных новообразований в полости рта. При этом наибольшее количество случаев возникновения опухолей приходится на первый год ЗПТ и на лиц в возрасте 35–50 лет [27].

Достаточно частым сопутствующим заболеванием у данной категории пациентов является уремический стоматит [17]. К его развитию приводит повышение мочевины в сыворотке более чем на 150 мг/мл [28], однако до конца механизм заболевания не установлен [11]. В литературе описаны четыре вида уремического стоматита: эритемо-размягченный,

язвенный, геморрагический и с гиперкератозом. Данные поражения СОПР очень болезненны и чаще появляются на вентральной поверхности языка и слизистой оболочке вестибулярной поверхности. Заболевание устойчиво к лечению, пока уровень мочевины в крови остается высоким, и вылечивается самопроизвольно в течение 2–3 недель, когда почечные расстройства будут решены [13, 14, 17]. Kardachie с соавторами показал, что продолжительность диализного уремического стоматита имеет прямую корреляцию с пародонтальным индексом [23].

Таким образом, при ХПН отмечается широкий спектр заболеваний слизистой оболочки полости рта [7, 25], которые развиваются вследствие уремической интоксикации и имеют свои отличительные черты [3].

Однако в литературе отсутствуют сведения о влиянии на структуру и частоту встречаемости поражений СОПР длительности заболевания почек и времени возникновения патологии. Мало данных об изменении уровня стоматологического здоровья в зависимости от вида и продолжительности ЗПТ. Также отмечается очень низкая осведомленность больных по особенностям ухода за полостью рта и влиянию одонтогенных очагов инфекции на лечение заболеваний почек и здоровье в целом. Из всех пациентов, осмотренных нефрологами, только 30 % обращаются за стоматологической помощью и санацией полости рта [20]. Все это показывает необходимость дальнейшего изучения и проведения исследований по вопросу влияния ХБП на состояние СОПР.

Список литературы

1. Аполихин О. И. Анализ урологической заболеваемости в Российской Федерации в 2005–2010 годах // Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2. – С. 4–12.
2. Бикбов Б. Т., Томилина Н. А. Состояние заместительной терапии с хронической почечной недостаточностью в Российской Федерации в 1998–2008 гг. (отчет по данным Российского регистра заместительной почечной терапии) // Нефрология и диализ. – 2009. – № 11 (3). – С. 141–149.
3. Вавилова Т. П. Показатели смешанной слюны и состояние тканей полости рта у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, получающих программный гемодиализ // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 1. – С. 8–10.
4. ВОЗ. URL: <http://www.who.int/whr/ru/index.html> (дата обращения: 25.12.2012).
5. Заболеваемость населения России в 2010 году. Статистические материалы. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации Департамент

развития медицинской помощи и курортного дела ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Росздрава. URL: http://www.yamalzdrav.ru/fs/statistiki/zabol_shast2.pdf (дата обращения: 8.12.2012).

6. Лазарева И. Ю. Клинико-функциональные изменения в тканях пародонта при нефролитолизе // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 6. – С. 34–37.

7. Маарит Вестеринен Стоматологическое лечение пациентов с заболеваниями почек // Квинтэссенция. Русое издание. – 2007. – № 4. – С. 331–341.

8. Максимовский Ю. М. Экстренные и неотложные состояния в практике стоматолога. – М.: ОАО «Стоматология», 1999. – 112 с.

9. Мухин Н. А. Всемирный день почки // Клиническая нефрология. – 2010. – № 1. – С. 27–30.

10. Цимбалистов А. В., Платова Т. С., Ящук Е. В. Морфофункциональная характеристика тканей полости рта больных хроническим гломерулонефритом // Институт стоматологии. – 2008. – № 3. – С. 46–47.

11. Цимбалистов А. В., Ящук Е. В., Платова Т. С. Стоматологический статус больных, находящихся на диализной терапии. Состояние проблемы. // Стоматология для всех. – 2006. – № 3. – С. 18–23.

12. Ящук Е. В., Цимбалистов А. В., Гуревич К. Я. Влияние нарушений минерального обмена на состояние твердых тканей зубов у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности // Институт стоматологии. – 2009. – № 2. – С. 44–46.

13. Antoniadis D. Z. Ulcerative uremic stomatitis associated with untreated chronic renal failure: report of a case and review of the literature // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2006. – Vol. 101. – № 5. – P. 608–613.

14. Cervero A., Bagan Y., Roda R. Dental management in renal failure: patients on dialysis // Med Oral Pathol Cir Bucal. – 2008. – Vol. 13. – P. 419–426.

15. Chuang S. F. Oral and dental manifestations in diabetic and nondiabetic uremic patients receiving hemodialysis // Oral Surg Oral Med Oral Patol Oral Radiol Endod. – 2005. – Vol. 99. – P. 689–695.

16. Davidovich E. Oral findings and periodontal status in children, adolescents and young adults suffering from renal failure // J Clin Periodontol. – 2005. – Vol. 32. – P. 1076–1082.

17. De Rossi S. S., Glick M. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis // J Am Dent Assoc. – 1996. – Vol. 27. – № 2. – P. 211–219.

18. Dencheva M. Oral findings in patients with replaced renal function – a pilot study // Journal of IMAB – Annual Proceeding (Scientific Papers). – 2010. – Vol. 16. – № 4. – P. 54–57.

19. Ferrario V. F. Abnormal variations in the facial soft tissues of adult uremic patients on chronic dialysis // *Angle Orthod.* – 2005. – Vol. 75. – P. 312–317.
20. Jessica do Amaral Bastos Assessment of knowledge toward periodontal disease among a sample of nephrologists and nurses who work with chronic kidney disease not yet on dialysis // *J Bras Nefrol.* – 2011. – Vol. 33. – № 4. – P. 431–435.
21. Klassen J. T., Krasko B. M. The dental health status of dialysis patients // *J Can Dent Assoc.* – 2002. – Vol. 68. – № 1. – P. 34–38.
22. Locatelli F. Oxidative stress in end-stage renal disease: an emerging threat to patient outcome // *Nephrol Dial Transplant.* – 2003. – Vol. 18. – P. 1272–1280.
23. Mandel I. Salivary composition and calculus formation in patients undergoing hemodialysis // *J Periodont.* – 1980. – Vol. 6. – P. 336–338.
24. Preus H.R., Morland B. Invitro studies of monocyte function in two siblings with Papillon-Lefevre syndrome // *Scand J Dent Res.* – 1987. – Vol. 95. – P. 59–64.
25. Proctor R. Oral and dental aspects of chronic renal failure // *J Dent Res.* – 2005. – Vol. 84. – № 3. – P. 199–208.
26. Summers S. A. Renal disease and the mouth // *Am J Med.* – 2007. – Vol. 120. – P. 568–573.
27. Teschner M. Incidence and spectrum of malignant disease among dialysis patients in North Bavaria // *Dtsch Med Wochenschr.* – 2002. – Vol. 127. – № 47. – P. 2497–2502.
28. Torkzaban P. Khoshhal Periodontal Status in Patients Undergoing Hemodialysis // *DJH.* – 2009. – Vol. 1. – № 1. – P. 7–10.
29. Uenotsuchi T. Cutaneous and lingual papules as a sign of b2 microglobuliderived amyloidosis in a long-term hemodialysis patient. // *Eur J Dermatol.* – 2003. – Vol. 13. – P. 393–395.

Рецензенты:

Иванов Сергей Юрьевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и имплантологии ФПКВ, учреждение ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Российская Федерация, г. Нижний Новгород.

Дурново Евгения Александровна, д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, учреждение ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, Российская Федерация, г. Нижний Новгород.