

УДК: 616.314.17-008.1-07-06:616.6

Індексна оцінка захворювань пародонту у пацієнтів з патологією сечовивідної системи

Index Assessment of Periodontal Diseases in Patients with Pathology of the Urinary System

Кільмухаметова Ю.Х., ас.

Вищий державний навчальний заклад

України «Буковинський державний

медичний університет»

Kilmukhametova Yu.Kh.

Higher State Educational Institution of

Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Адреса для кореспонденції:

Кільмухаметова Юлія Хафізівна

e-mail: kilmukhametova.iuliia@bsmu.edu.ua

Мета: Визначити індексну оцінку стану пародонту пацієнтів, що хворіють на ниркові патології. **Методи:** Оцінка стану пародонту та наявність пародонтологічних захворювань у 57 пацієнтів, що перебувають на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні Чернівецької ОКЛ з клінічними діагнозами гломерулонефрит, пієлонефрит та полікістоз нирок. **Результати:** У пацієнтів, що хворіють на гломерулонефрит та пієлонефрит, спостерігався катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості, водночас як у хворих на полікістоз нирок – катаральний гінгівіт легкого ступеня. **Висновки:** Пацієнти, що перебувають на стаціонарному лікуванні в нефрологічному відділенні, потребують проведення курсу професійної гігієни.

Ключові слова: гломерулонефрит, пієлонефрит, полікістоз нирок, гінгівіт, КПП, РМА, CPITN.

Purpose: To determine the index assessment of the periodontal state of patients suffering from renal pathology. **Methods:** Evaluation of the periodontal state and the presence of periodontal diseases in 57 patients undergoing stationary treatment in the nephrology department of Chernivtsi RCH with clinical diagnoses glomerulonephritis, pyelonephritis and kidney polycystic disease. **Results:** Patients with glomerulonephritis and pyelonephritis had catarrhal gingivitis with moderate severity, while in patients with kidney polycystic disease – catarrhal gingivitis of mild degree. **Conclusions:** Patients undergoing stationary treatment in the nephrology department need a course of professional hygiene.

Key words: glomerulonephritis, pyelonephritis, kidney polycystic disease, gingivitis, CPI, PMA, CPITN.

ВСТУП

Захворювання пародонту на сьогодні є одними з найпоширеніших у стоматології. Це пояснюється великою кількістю факторів, що можуть їх спричинити. Для України ця проблема наразі є дуже актуальною, оскільки понад 60% населення віком до 40 років мають ті, чи інші пародонтологічні захворювання (Марченко О.А., 2015). У старших вікових групах цей відсоток збільшується до 100% (Антоненко М.Ю., 2012; Білолицька Г.Ф., 2008).

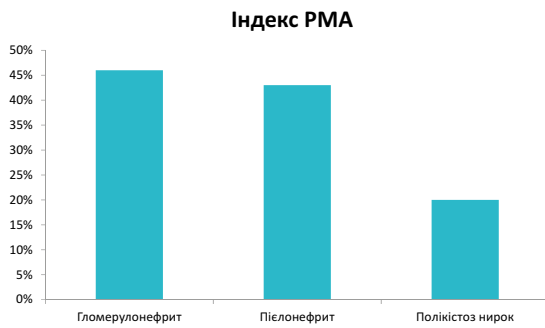
Низка чинників як ендогенного, так і екзогенного походження можуть спричинити захворювання пародонту.

Умовно ці чинники можна розділити на загальні та місцеві. До місцевих чинників відносять зубні відкладення, мікрофлору порожнини рота, травматичну оклюзію, ортопедичні та ортодонтичні конструкції, шкідливі звички тощо. Це місцеві подразники, які можуть призвести до механічної травми, хімічного та фізичного ушкодження тканин пародонту – як гострих, так і хронічних. Формуються так звані «вхідні ворота» для мікроорганізмів у тканини пародонту, що надалі створює умови для розвитку пародонтологічних захворювань.

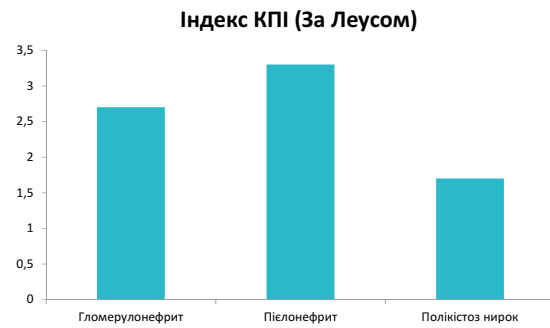
Загальними чинниками є соматичні захворювання організму, такі як

нейротрофічні, судинні, ендокринні порушення (Кашівська Р.С., 2016; Білозерський І.І., 2015), гіпо- та авітамінози, порушення обміну речовин та функціонування шлунково-кишкового тракту (Швець І.Є., 2015; Олейнічук В.В., 2014). Окрему групу становлять особи, які хворіють на ниркові патології, у яких відбувається різке порушення фосфорно-кальцієвого обміну, що супроводжується системною остеодистрофією, в тому числі і лицевого скелета (Панкова С.Н., 1993).

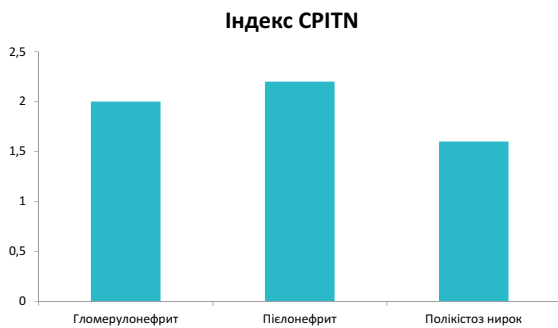
При гострому нефриті, що має короткочасний перебіг і в більшості випадків закінчується одужанням, Е.Е. Платонов відзначає зміни у пародонті



Мал. 1. Діаграма динаміки змін папілярно-маргінально-альвеолярного індексу



Мал. 2. Діаграма динаміки змін комплексного періодонтального індексу за Леусом



Мал. 3. Діаграма динаміки змін індексу СРІТН

у вигляді гінгівіту легкої та середньої тяжкості, а при хронічному нефриті спостерігаються значні зміни в тканинах пародонту, які безпосередньо залежать від тривалості і тяжкості основного захворювання [13]. Особливості клінічного перебігу захворювань пародонту у пацієнтів із хронічним нефритом вивчала І.А. Бараннікова [1]. Автор зазначає, що кількість хворих із дистрофічними змінами в пародонті зростає із погіршенням функції нирок і збільшенням тривалості перебігу нефриту. Ці зміни пояснюються глибоким порушенням обміну речовин і мікроциркуляторних розладів, характерних для субкомпенсованих та декомпенсованих стадій нефриту [13]. На фоні сечокам'яної хвороби спостерігається ураження пародонту, що має переважно перебіг у формі гінгівіту чи маргінального періодонтиту [5–7].

Порушення мікроциркуляції при розвитку хронічного гломерулонефриту та спричинених ним ускладнень має ге-

нералізований характер та впливає на механізми розвитку пародонтиту. Тому актуальним залишається виявлення взаємозв'язків між проблемами розвитку гломерулонефриту та пародонтиту [9, 12, 14]. Наростання загальної інтоксикації організму при розвитку гломерулонефриту, вплив патогенетичної терапії з подальшим діалізом при термінальних стадіях хронічної ниркової недостатності також впливає на розвиток захворювань пародонту. Аргументовано, що ступінь розвитку ниркової недостатності визначає загальний стан організму, зокрема і пародонту [2, 10].

Мета роботи – індексна оцінка стану пародонту пацієнтів, які хворіють на ниркові патології.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

У ході дослідження було опитано та проведено стоматологічний огляд пацієнтів, які перебувають на стаціо-

нарному лікуванні в нефрологічному відділенні Чернівецької ОКЛ. До уваги брали пацієнтів, анамнез яких не був обтяжений іншими соматичними захворюваннями. Було відібрано 57 хворих різних вікових категорій та статі з такими клінічними діагнозами: гломерулонефрит – 25 пацієнтів, пієлонефрит – 21, та полікістоз нирок – 11 пацієнтів. В усіх обстежених було діагностовано артеріальну гіпертензію. Обстеження проводили так: опитування, огляд, оцінка стану слизової оболонки порожнини рота та тканин пародонту. Для визначення пародонтального статусу використовували індекси РМА, КПІ (за Леусом). Для з'ясування потреби в лікуванні захворювань пародонту визначали індекс СРІТН. Наявність та глибину пародонтальних кишень, ступінь кровоточивості ясен визначали за допомогою пародонтального зонда. З чотирьох сторін кожного зуба (вестибулярної, оральної, мезіальної та дистальної)

проводили діагностику зубоясенної борозни. Слизову оболонку пародонту оглядали за допомогою стоматологічного дзеркала.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Пародонтологічне обстеження та огляд показали: слизова оболонка пацієнтів, хворих на гломерулонефрит, переважно темно-рожевого кольору, безболісна, є анемізовані ділянки та ділянки застійної гіперемії, які кровоточать при зондуванні, над'ясенні та під'ясенні зубні відкладення. Індекс

РМА становить 46%, КПІ (за Леусом) — 2,7, а СРІТН — 2. У пацієнтів, які хворіють на пієлонефрит, слизова оболонка переважно темно-червоного кольору, спостерігається застійна гіперемія, є ділянки запалення. Зондування злегка безболісне, легко кровоточить. Спостерігається велика кількість над'ясенних та під'ясенних зубних відкладень. Індекс РМА — 43%, КПІ — 3,3, СРІТН — 2,2. Обстеження пацієнтів з полікістозом нирок показало: слизова оболонка переважно бліда, світло-рожевого кольору, анемізована, місцями вкрита нальотом. Наявна невелика кількість зубних відкладень,

зондування безболісне, немає кровоточивості. Індекс РМА — 20%, КПІ — 1,7, СРІТН — 1.6.

ВИСНОВКИ

Відповідно до індексів РМА та КПІ було встановлено, що у пацієнтів, хворих на гломеруло- та пієлонефрит, спостерігався катаральний гінгівіт середнього ступеня тяжкості, у той час, як у хворих з полікістозом — легкий ступінь. Згідно з отриманими результатами показника індексу СРІТН, усі пацієнти потребують проведення курсу професійної гігієни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Баранникова И.А. Особенности клинического проявления и течения заболевания пародонта у больных хроническим нефритом / И.А. Баранникова // *Стоматология*. — 1978. — Т. 57. — № 2. — С. 20–25.
2. Барер Г.М. Некоторые особенности течения пародонтита при патологии почек / Г.М. Барер, С.Н. Панкова, А.И. Воложин // *Стоматология*. — 1989. — Т. 68. — № 5. — С. 34–37.
3. Белик Л.П. Состояние и функциональная характеристика органов полости рта у детей с хроническим гломерулонефритом: автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук: спец. 14.00.21 «Стоматология». — Минск. — 2000. — 19 с.
4. Данилевский Н.Ф. Заболевания пародонта / Н.Ф. Данилевский, А.В. Борисенко // К.: Здоровье. — 2000. — 464 с.
5. Кашівська Р.С. Зміни рівня загального білка у сироватці крові та ротовій рідині хворих при лікуванні генералізованого пародонтиту, поєданого із хронічними хворобами печінки / Р.С. Кашівська, М.М. Рожко // *Український стоматологічний альманах*. — 2015. — №5. — С. 14–17.
6. Косенко К.Н. Сравнительный анализ результатов в лазерной корреляционной спектроскопии ротовой жидкости и мочи у больных заболеваниями пародонта с наличием и отсутствием мочекаменной болезни / К.Н. Косенко, Л.В. Гончарук, Ю.И. Бажора [и др.] // *Вісник стоматології*. — 2008. — № 5/6. — С. 33–37.
7. Косенко К.Н. Риск развития и особенности течения заболеваний пародонта у больных с мочекаменной болезнью / К.Н. Косенко Л.В. Гончарук // *Вісник стоматології*. — 2006. — №3. — С. 28–32.
8. Вестеринен Маарит. Стоматологическое лечение пациентов с заболеваниями почек / Вестеринен Маарит // *Квинтэссенция*. — Русское издание. — 2007. — №4. — С. 331–341.
9. Машченко И.С. Иммунологические и гормональные аспекты патогенеза генерализованного пародонтита / И.С. Машченко // *Вісник стоматології*. — Спеціальний випуск. — 2003. — № 1. — С. 22–25.
10. Московец О.Н. Оценка состояния тканей пародонта методом биоимпедансной спектрометрии / О.Н. Московец, Д.В. Николаев // *Материалы седьмой научно-практической конференции «Диагностика и лечение нарушений регуляции сердечно-сосудистой системы»*. — М., 2005. — С. 67–71.
11. Платонов Е.Е. Клиника и диагностика пародонтопатии / Е.Е. Платонов // *Теория и практика стоматологии: тр. Моск. мед. стомат. ин-т.* — М. — 1969. — Вып. 14. — С. 116–117.
12. Цепов Л.М. Межсистемные связи при болезнях пародонта / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // *Пародонтология*. — 2003. — № 2. — С. 19–24.
13. Шилівський І.В. Сучасні погляди на етіологію та патогенез запальних захворювань пародонта, їх взаємозв'язок із патологією сечовидільної системи (огляд літератури та власні дослідження) / І.В. Шилівський, О.М. Немеш, З.М. Гонта // *Буковинський медичний вісник*. — 2016. — Том 20. — № 1(77). — С. 224–227.
14. Ярова С.П. Структура стоматологічної патології при серцево-судинних захворюваннях / С.П. Ярова // *Современная стоматология*. — 2006. — №2. — С. 21–22.
15. Craig RG. Periodontal diseases – a modifiable source of systemic inflammation for the end-stage renal disease patient on haemodialysis therapy? / RG Craig, P Kotanko, AR Kamer, NW Lewin // *Nephrol Dial Transplant*. — 2007. — №22. — p. 312–315.
16. Fisher MA. Periodontal disease and other nontraditional risk factors for CKD / MA Fisher, GW Taylor, BJ Shelton, KA Jamerson, M Rahman, AO Ojo et al. // *Am J Kidney Dis*. — 2008. — №51. — P. 45–52.
17. Proctor R. Oral and dental aspects of chronic renal failure / R Proctor // *J Dent RES*. — 2005. — V. 84. — №3. — P. 199–208.

REFERENCES

1. Barannikova, I.A. (1978). Osobennosti klinicheskogo projavlenija i techenija zabolevanij parodonta u bol'nyh hronicheskim nefritom. *Stomatologija*, T. 57, 2, 20–25 (in Russian).
2. Barer, G.M., Pankova, S.N., Volozhin, A.I. (1989). Nekotorye osobennosti techenija parodontita pri patologii pochek. *Stomatologija*, T. 68, 5, 34–37 (in Russian).
3. Belik, L.P. (2000). Sostojanie i funkcional'naja harakteristika organov polosti rta u detej s hronicheskim glomerulonefritom: *avtoref. dis. na soiskanie uch. st. kand. med. nauk: spec. 14.00.21 «Stomatologija»*, Minsk, 19 s. (in Russian).
4. Danilevskij, N.F., & Borisenko, A.V. (2000). *Zabolevanija parodonta*. K.: Zdorove, 464 s. (in Russian).
5. Kashivka, R.S., & Rozhko, M.M. (2015). Zminy rivnia zahalnoho bilka u syrovatki krovi ta rotovij ridiny khvorykh pry likuvanni heneralizovanoho parodontytu, poiednanoho iz khronichnymy khvorobamy pechinky. *Ukrainskyi stomatolohichnyi almanakh*, 5, 14–17 (in Ukrainian).

6. Kosenko, K.N., Goncharuk, L.V., Bazhora, Ju.I. & [i dr.] (2008). Sravnitel'nyj analiz rezul'tatov v lazernoj korrelyatsionnoj spektroskopii rotovoj zhidkosti i mochi u bol'nyh zabojevanijami parodonta s nalichiem i otsutstviem močekamennoj bolezni. *Visnik stomatologii*, 5/6, S. 33-37 (in Russian).
7. Kosenko, K.N., & Goncharuk, L.V. (2006). Risk razvitija i osobennosti techenija zabojevanij parodonta u bol'nyh s močekamennoj bolezni'ju. *Visnik stomatologii*, 3, 28-32 (in Russian).
8. Vesterinen, Maarit (2007). Stomatologicheskoe lechenie pacientov s zabojevanijami pochek. *Kvintjessencija*, Russkoe izdanie, 4, 331–341 (in Russian).
9. Mashhenko, I.S. (2003). Immunologicheskie i gormonal'nye aspekty patogeneza generalizovanogo parodontita. *Visnik stomatologii. Special'nij vipusk*, 1, 22-25 (in Russian).
10. Moskovec, O.N., & Nikolaev, D.V. (2005). Ocenka sostojanija tkanej parodonta metodom bioimpedansnoj spektrometrii. *Materialy sed'moj nauchno – prakticheskoj konferencii «Diagnostika i lechenie narushenij reguljaciej serdečno – sosudistoj sistemy»*. M, 67–71 (in Russian).
11. Platonov, E.E. (1969). *Klinika i diagnostika parodontopatii* Teorija i praktika stomatologii: tr. Mosk. med. stomat. In-t., M., 14, 116-117 (in Russian).
12. Cepov, L.M., & Nikolaev, A.I. (2003). Mezhsistemnye svjazi pri boleznyh parodonta. *Parodontologija*, 2, 19-24 (in Russian).
13. Shylivskyi, I.V., Nemes, O.M., & Honta, Z.M. (2016). Suchasni pohliady na etiologiju ta patohenez zapalnykh zakhvoriuvan parodonta, yikh vzaiemozv'iazok iz patohologiiu sechovydiilnoi systemy (ohliad literatury ta vlasni doslidzhennia). *Bukovynskiy medychnyi visnyk*, 20, 1(77), 224-227 (in Ukrainian).
14. Yarova, S.P. (2006). Struktura stomatologichnoi patologii pry sertsevo – sudynnykh zakhvoriuvanniakh. *Sovremennaja stomatologiya*, 2, 21–22 (in Ukrainian).
15. Craig, RG, Kotanko, P, Kamer, AR, & Lewin, NW (2007). Periodontal diseases – a modifiable source of systemic inflammation for the end – stage renal disease patient on haemodialysis therapy? *Nephrol Dial Transplant.*, 22, 312–315 (in English).
16. Fisher, MA, Taylor, GW, Shelton, BJ, Jamerson, KA, Rahman, M Ojo AO & et al. (2008). Periodontal disease and other nontraditional risk factors for CKD. *Am J Kidney Dis.*, 51, 45–52 (in English).
17. Proctor, R. (2005). Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent RES.*, V. 84, 3, 199–208 (in English).

Стаття надійшла в редакцію 20 березня 2019 року