

# ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Аббасова Д.Б.<sup>1</sup>, Кодирова М.Т.<sup>2</sup>  
Email: Abbasova6116@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Аббасова Диёра Бахтиеровна – ассистент;  
<sup>2</sup>Кодирова Мафтуна Толиповна - ассистент,  
кафедра детской терапевтической стоматологии,  
Ташкентский государственный стоматологический институт,  
г. Ташкент, Республика Узбекистан

**Аннотация:** в последнее время существенно улучшились методы стоматологической реабилитации взрослых людей, страдающих различными заболеваниями органов и тканей полости рта, что связано с внедрением в практическую стоматологию новых технологий, оборудования, инструментов и материалов. В то же время, неизбежные трудности возникают при лечении заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов, страдающих различными заболеваниями внутренних органов [34, 35, 36]. Так, при проведении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у пациентов, страдающих хронической болезнью почек (ХБП), важным является не только обеспечение эффективности проводимой терапии в связи с наличием соматической патологии, но и профилактики осложнений, обусловленных хроническими очагами одонтогенной инфекции (ХООИ).

**Ключевые слова:** стоматология, кариес, гингивит, стоматит, заболевание почек.

## CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF DENTAL DISEASES IN CHRONIC KIDNEY DISEASE

Abbasova D.B.<sup>1</sup>, Kodirova M.T.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Abbasova Diyora Bakhtiyorovna – Assistant;  
<sup>2</sup>Kodirova Maftuna Tolipovna - Assistant,  
DEPARTMENT OF PEDIATRIC THERAPEUTIC DENTISTRY,  
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,  
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** recently, the methods of dental rehabilitation of adults with various diseases of organs and tissues of the oral cavity have improved significantly, which is associated with the introduction of new technologies, equipment, instruments and materials into practical dentistry. At the same time, inevitable difficulties arise in the treatment of diseases of the teeth, periodontal and oral mucosa in patients suffering from various diseases of internal organs [34,35,36]. So, when carrying out dental treatment and prophylactic measures in patients with chronic kidney disease (CKD), it is important not only to ensure the effectiveness of the therapy in connection with the presence of somatic pathology, but also to prevent complications caused by chronic foci of odontogenic infection (COI).

**Keywords:** dentistry, caries, gingivitis, stomatitis, popek disease.

УДК 616.31-085

Эффективная санация полости рта больных с ХБП, отсутствие у них ХООИ благоприятно сказываются на эффективности лечения соматической патологии, а также положительно влияют на качество жизни таких больных [1, 3, 4, 5, 6, 14, 37, 38]. Многие из хронических болезней почек существенно нарушают гомеостаз в целом, что не может не отражаться на морфо-функциональном состоянии тканей полости рта. Сведения о стоматологическом статусе у лиц, страдающих ХБП, представлены лишь в единичных исследованиях [21, 22, 18, 28, 39, 40, 41, 42, 43], а данные о частоте встречаемости основных стоматологических заболеваний у таких больных в доступных публикациях существенно различаются. Поэтому представляется важным исследовать в сравнительном аспекте особенности встречаемости и клинического течения основных стоматологических заболеваний у лиц, страдающих ХБП, а также повысить эффективность лечения у них заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Заболевания внутренних органов оказывают существенное влияние на состояние органов и тканей полости рта. Описаны особенности течения пародонтита при системной красной волчанке [9], а также у пациентов, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [19] и системным остеопорозом [32,]. Исследовано также состояние твердых тканей зубов у больных с дисфункциями верхних отделов желудочно-кишечного тракта [27]. Наиболее хорошо изучено влияние эндокринной патологии, особенно сахарного диабета на состояние пародонта взрослых людей. Этому посвящено большое число работ отечественных и зарубежных учёных и клиницистов [24, 25].

Установлено, что гипергликемия оказывает двойное влияние на состояние полости рта. С одной стороны, она приводит к повышению уровня глюкозы в слюне и десневой жидкости, что способствует размножению

бактерий и развитию воспаления в пародонте [2, 12, 13, 17, 19, 20]. С другой стороны, при гипергликемии образуются сложные конечные продукты гликолиза, которые воздействуют на клетки-мишени, в частности, макрофаги, через поверхностные полипептидные рецепторы, а сами клетки-мишени вырабатывают цитокины и матричные метилпротеазы, в том числе коллагеназу, которые замедляют репаративные процессы и способствуют разрушению соединительной ткани [11, 29].

У всех пациентов, страдающих сахарным диабетом, выявляется разной степени выраженности воспалительная патология тканей пародонта. Отмечается, что несмотря на компенсированность углеводного обмена у всех пациентов, страдающих сахарным диабетом I и II типов выявляются признаки развития осложнений сахарного диабета в виде микро- и макроангиопатии с модификацией органов-мишеней, такими как: диабетическая ретинопатия (в 28% случаев), нефропатия (в 26% случаев), полинейропатия (в 27% случаев), «диабетическая стопа» (в 6% случаев), системный атеросклероз и обусловленные им ишемическая болезнь сердца (в 50% случаев), цереброваскулярная болезнь (в 35% случаев) [7, 15]. Не случайно, около 31% больных, страдающих сахарным диабетом, связывают обострение воспалительной патологии пародонта с ухудшением общего состояния [23]. Неудовлетворительная гигиена полости рта у таких пациентов усугубляет течение воспалительной патологии пародонта [26, 30]. Имеются публикации, свидетельствующие о влиянии на состояние органов и тканей полости рта взрослых людей метаболического синдрома [7, 10, 16, 33]. При этом отмечено, что, как при полном, так и неполном метаболическом синдроме в подавляющем большинстве случаев страдают ткани пародонта, а у пациентов, страдающих метаболическим синдромом, диагностируются среднетяжелые формы хронического генерализованного пародонтита [31, 33].

Имеются сведения о влиянии на органы и ткани полости рта хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишечника, в частности, болезни Крона и хронического неспецифического язвенного колита. Авторами этих исследований показано, что у лиц, страдающих болезнью Крона и хроническим неспецифическим язвенным колитом отмечается, по сравнению со здоровыми лицами аналогичных возрастных групп, большая частота встречаемости кариеса зубов, некариозных поражений твердых тканей зубов, особенно повышенной стираемости и клиновидных дефектов зубов, воспалительной патологии пародонта, главным образом хронического генерализованного пародонтита, а также заболеваний слизистой оболочки полости рта, особенно катарального и афтозного стоматита [8, 18, 27].

Имеется ряд исследований, авторы которых изучали состояние полости рта при некоторых хронических заболеваниях почек. Так, Т.С. Мартянова [22] исследовала состояние тканей пародонта у больных хроническим гломерулонефритом (ХГ). Автор показала, что при изучении состояния полости рта больных с мембранознопролиферативным ХГ мезангио-пролиферативным ХГ различия не выявлены. При этом воспаление в пародонте при пролиферативных формах ХГ характеризуется преимущественно не агрессивным, длительным хроническим течением без обострений и проявляется в виде пародонтита легкой или средней тяжести, а дистрофическая форма патологии пародонта – пародонтоз диагностируется в зависимости от формы ХГ, в 29,4 – 38,2% случаев [22]. При этом в исследованиях А.В. Цимбалистова с соавт., Т.С. Мартяновой, Т.С. Платовой с соавт., Е.В. Ящук с соавт. показано, что существует определенная сопряженность патологии почек и пародонта при пролиферативных формах ХГ [32]. При этом, характер и тяжесть поражения тканей пародонта при мембранознопролиферативном ХГ и мезангиопролиферативном ХГ схожи. При прогрессировании ХГ симптоматика воспаления в пародонте снижается, не смотря на сохраняющуюся напряженность иммунных реакций, выраженную воспалительную инфильтрацию, а также фиброз и нарушения гемомикроциркуляции. Особенно следует подчеркнуть, что в исследовании Т.С. Мартяновой [22] показано, что изменения в пародонте при прогрессировании нефропатии характеризуются дистрофическими изменениями, вазоконстрикцией, склерозированием и развитием дистрофическим поражением тканей пародонта. При этом, интенсивность воспаления в пародонте обратно коррелирует с выраженностью ХПН и может реализоваться на ранних стадиях ХГ. До появления у больного ХПН, по мнению Т.С. Мартяновой [22], изменения в пародонте реализуются в виде пародонтита легкой или средней тяжести. Также показано, что степень гидратации слизистой оболочки десны у пациентов ХГ на уровне внеклеточной, а также внутриклеточной сред значительно ниже, чем у здоровых людей, что связывают с не активным воспалительным процессом и преобладанием дистрофии, на фоне фиброза тканей [22, 32, 43].

В то же время, нашими исследованиями такое изменения в направленности течения патологического процесса в тканях пародонта (воспалительного на дистрофический) не установлено. Тем более, что в исследованиях вышеуказанных авторов также отмечается, что у лиц, страдающих хроническими заболеваниями почек, отмечается неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Это и отмечено в нашем исследовании. Этими же авторами установлено, что тяжесть воспаления в тканях пародонта у пациентов терминальной стадией ХПН возрастает при снижении плотности костной ткани челюсти и ухудшением индивидуальной гигиены полости рта [28, 32].

Так же интересно заметить, что Е.В. Ящук [32] показано, что у лиц с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) с увеличением диализного лечения степень поражения кариесом снижается, а распространенность некариозной патологии зубов возрастает. При этом отмечается, что интенсивность течения кариозного процесса, и частота встречаемости некариозной патологии зубов зависят от концентрации мочевины и креатинина в сыворотке крови, а также показателями остаточного диуреза. Так же автор этого исследования показала, что повышение паратиреоидного гормона в сыворотке крови

коррелирует со снижением показателя КПУ, однако не влияет на частоту некариозных поражений зубов. Также установлено, что концентрация общего кальция, а также неорганического фосфора крови не оказывают влияния на заболеваемость кариесом и некариозными поражениями твёрдых тканей зубов у пациентов терминальной стадией ХПН. В диссертационной работе Е.В. Ящук [32] установлено, что методика диализного лечения существенно определяет уровень поражения зубов кариесом зубов и клиновидными дефектами твёрдых тканей. В группе пациентов, получавших лечение перитонеальным диализом, выраженность поражений кариесом была выше, а частота встречаемости клиновидных дефектов твёрдых тканей зубов ниже, чем у пациентов, находящихся на гемодиализе.

В работе А.В. Цимбалистова, Е.В. Ящук, Т.С. Мартыановой [32], а также диссертационном исследовании Е.В. Ящук описаны изменения морфологической структуры и состава твёрдых тканей у пациентов, страдающих терминальной стадией ХПН и показано, что эмаль зубов имеет большое число микротрещин. При этом в ней наблюдается повышение содержания макроэлементов (Ca, P, Na, S, K) и снижение Ca/P коэффициента, а также (Ca+Mg+Na)/P коэффициента. Авторами было установлено, что дентинные каналцы в зубах у таких больных в большинстве случаев склерозированы. При этом в дентине определяется увеличение макроэлементов, а именно Ca, P, Na, S и K, без изменения Ca/P коэффициента, а также (Ca+Mg+Nф)/P соотношений. Авторы полагают, что интенсивность кариозного процесса определяется повышением Ca в эмали и Na в дентине, а увеличение частоты встречаемости некариозных поражений связано с повышением в дентине Mg и Cl. В то же время следует отметить, что данные исследования проводились без учета возрастных групп пациентов, хотя известно, что структура и химический состав эмали и дентина зубов у взрослых разного возраста различаются [27, 11, 41].

В исследовании Е.В. Ящук [32] изучение стоматологического показателя социального функционирования, определяющегося общностью стоматологических проблем пациентов показало, что стоматологический статус влияет на эмоциональный компонент и социальные аспекты качества жизни пациентов, получающих гемодиализ и не оказывает влияния на качества жизни пациентов. Находящихся на перитонеальном диализе. Таким образом, в отечественных и зарубежных исследованиях проводился анализ стоматологической заболеваемости у лиц, страдающих различными хроническими заболеваниями почек [6]. В то же время, данные этих исследований отличаются, особенно по частоте встречаемости дистрофической патологии пародонта у лиц, страдающих ХГ и ХПН.

Подводя итог рассмотрения вопроса об особенностях организации и оказания стоматологической помощи пациентам, страдающим ХБП, следует отметить, что в этом направлении врачами-стоматологами сделано много. Также считаем целесообразным уточнить частоту применения профессиональной гигиены полости рта у лиц, страдающих наиболее тяжелой патологией почек – ХПН, а также оценить эффективность проводимой им стоматологической помощи по показателю уровня стоматологической помощи и оценить эффективность проводимого им эндодонтического лечения патологии пульпы и пародонта, так как из-за сопутствующей патологии у них существенно изменен иммунологический статус и резистентность организма.

#### *Список литературы / References*

1. Аббасова Д.Б., Утешева И.З. Особенности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита. // “Форум молодых учёных“. Выпуск № 3 (19) (март-2018). Международное научно-практическое периодическое сетевое издание. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://forum-pauka.ru/> (дата обращения: 05.08.2021).
2. Абдуазимова Л.А. Ишанова М.К. Даминова Ш.Б. Мирсалихова Ф.Л. Йулдашханова А.С. Профилактика кариеса зубов препаратом Глуфторэд у детей, больных хроническим гепатитом В. // Стоматология, 2011. № 3-4. С. 49-51.
3. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста / А.В. Алимский // Стоматология для всех, 2000. № 2. –С. 46–49.
4. Алиханов Б.Г. Хроническая очаговая инфекция и современная медицина // Донозоология, 2015.
5. Арьева Г.Т. Стоматологический континуум / Г.Т. Арьева, А.Л. Арьев // Пародонтология, 2011. № 4 (61). С. 28–31.
6. Бадриддинова Д.С. и соавт. Актуальные вопросы правильной организации современной профилактики кариеса зубов у детей // Европейский журнал молекулярной и клинической медицины, 2020. Т. 7. № 3. С. 1524-1533.
7. Благодосклонная Я.В. Эндокринология учебник / Я.В. Благодосклонная, Е.В. Шляхто, А.Ю. Бабенко. СПб.: СпецЛит, 2012. 421 с.
8. Горбачева И.А. Внутренние болезни, ассоциированные со стоматологической патологией: методическое пособие для врачей и студентов медицинских ВУЗов. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2007. 40 с.
9. Гринин В.М. Особенности патологии пародонта у больных системной красной волчанкой / В.М. Гринин, В.Ю. Сундуков // Институт стоматологии, 2011. № 1 (50). С. 98–99.
10. Ермолаева Л.А. Профилактика заболеваний пародонта у больных метаболическим синдромом // Стоматологический научно-образовательный журнал, 2013. № 1. С. 6–10.

11. *Иорданишвили А.К.* Хроническая стоматогенная инфекция и интоксикация организма. Методы устранения периапикальных и пародонтальных воспалительных процессов // Заболевания, повреждения и опухоли челюстно–лицевой области. СПб.: СпецЛит, 2007. С. 147–156.
12. *Ишанова М.К.* Гидротерапия и её роль в лечении заболеваний пародонта / Ишанова М.К., Кучкарова М.К. // Биология ва тиббиёт муаммолари, 2018. № 4, 1. 105.
13. *Кодирова М.Т.* Современный подход лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей в подростковом возрасте./ Аббасова Д.Б. // «Молодой ученый». Международный научный журнал, 2020. № 6 (296). Стр. 92-94.
14. *Комаров Ф.И.* Новые направления в современной геронтологии и гериатрии / Ф.И. Комаров, А.К. Иорданишвили // Медицинские проблемы пожилых. Йошкар–Ола: Б.и., 2015. С. 46–49.
15. *Кроненбер, Г.М.* Сахарный диабет и нарушения углеводного обмена / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР–МЕдиа, 2010. 640 с.
16. *Кузнецо, С.В.* Клиническая геронтостоматология. М.: МИА, 2013. 240 с.
17. *Куприянов Ю.А.* Изменение порогов вкусовой чувствительности в процессе фармакотерапии у больных сахарным диабетом и заболеваниями пищеварительного тракта // Проблемы фармакологической регуляции патологических процессов. Л.: Изд–во Первого ЛМИ им. акад. И.П. Павлова, 1985. С. 38–40.
18. *Лавров И.К.* Встречаемость сопутствующей патологии у пожилых людей на амбулаторном стоматологическом приёме при лечении зубов с осложненными формами кариеса / И.К. Лавров // Пародонтология, 2010. № 2 (55). С. 37–43.
19. *Максимовская Л.Н.* Состояние системы микроциркуляции тканей десны у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне различных стадий ГЭРБ / Л.Н. Максимовская, Т.Д. Джамалдинова, М.А. Соколова // Стоматология для всех, 2011. № 1. С. 14–17.
20. *Мартьянова Т.С.* Состояние пародонта у больных хроническим гломерулонефритом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.С. Мартьянова. СПб.: СПбМАПО, 2009. 19 с.
21. *Мороз П.В.* Отличительные особенности пародонтологического статуса больных при эндодонтоальном синдроме / П.В. Мороз, Л.Ю. Орехова, А.С. Ломова // Пародонтология, 2015. Т. 20. № 4. С. 53–58.
22. *Муртазаев С.С. и др.* Распространенность заболеваний пародонта у детей в пубертатный период // Stomatologiya, 2019. Т. 77. № 4. С. 43-44.
23. *Муртазаев С.С., Пак И.Е., Муртазаев С.* Антропометрические параметры ортогнатического прикуса у лиц узбекской национальности // Международный журнал биомедицины, 2015. Т. 5. №. 1. С. 35-37.
24. *Орехова Л.Ю.* Роль врача–пародонтолога в диагностике общесоматической патологии / Л.Ю. Орехова, М.В. Осипова // Пародонтология, 2010. № 4 (57). С. 20–25.
25. *Орехова Л.Ю.* Метаболические механизмы пародонтитного континуума у больных с сахарным диабетом // Материалы XVII Всероссийской стоматологической научно–практической конференции. М.: Б.и., 2007. С. 47–49.
26. *Пихур О.Л.* Возрастные изменения состава и строения твердых тканей зуба взрослого человека: автореф. дис. ... д–ра мед. наук / О.Л. Пихур. СПб.: ИБиГ, 2015. 42. с.
27. *Платова Т.С.* Состояние сосудов пародонта у больных с почечной патологией / Т.С. Платова, Е.В. Яшук // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины. СПб.: Б.и., 2007. С. 352–353.
28. *Ризаев Ж.А. и др.* Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини, 2019. № 4 (1). С. 270-274.
29. *Ишанова М.К., Ташкенбаева И.У.* Сравнительная оценка эффективности традиционной реминерализующей терапии и минерализующих зубных паст в лечении начального кариеса// Биология ва тиббиёт муаммолари, 2018. № 4,1. 105.
30. *Улитовский, С.Б.* Роль современных средств гигиены полости рта в профилактике заболеваний пародонта // Институт стоматологии, 2010. № 2 (55). С. 78–79.
31. *Цимбалитов А.В.* Морфофункциональная характеристика тканей полости рта больных хроническим гломерулонефритом / А.В. Цимбалитов, Т.С. Платова, Е.В. Яшук // Институт стоматологии, 2008. № 3 (40). С. 46–48.
32. *Хасанов Ф.К. Диникулов Ж.А., Рахматуллаева Д.У., Ахрорхужаев Н.Ш.* Мактабгача ёшдаги болаларда тиш кариеси тарқалишининг ичимлик сувидаги фтор микдорига боғлиқлиги (Тошкент вилояти мисолида) // Журнал медицины и инновации, 2021. № 1. С. 131-135.
33. *Шевелева Н.А.* Оценка состояния тканей пародонта у больных с метаболическим синдромом: автореф. дис. канд. мед. наук / Н.А. Шевелева. СПб.: СПбГУ, 2014. 18 с.
34. *Шайхова Г.И.* Роль питания при кариесе зубов / Зокирхонова Ш.А. Нортаева Н.А. // Вестник ТМА, 2020. № 1. С. 57-61.
35. *Abbasova D.B. et al.* Innovation Approach to Caries Treatment Among the Children Based on Algorithmic Diagnostics. // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. № 24. С. 1475-7192.
36. *Abduazimova L.A. et al.* Improvement of endogenous prevention of dental caries in children in organized children's groups. // International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021-№13 (1). P. 3752-3757.

37. Afakova M.S.H., Murtazaev S.S. Improving the efficiency of caries prevention due to the timing of the eruption and mineralization of permanent teeth in children environmental problems of the regions of the republic of uzbekistan //Middle European Scientific Bulletin, 2020. T. 6. C. 1-4.
38. Badriddinova D.S. et al. Clinical Picture and Characteristics of the Course of Children's Caries // Annals of the Romanian Society for Cell Biology? 2021. C. 6766-6771.
39. Fisher M.A. A prediction model for chronic kidney disease includes periodontal disease. // J. Periodontol., 2009. № 80 (1). P. 16–23.
40. Ioannidou E. Tooth loss strongly associates with malnutrition in chronic kidney disease. / E. Ioannidou, H. Swede, G. Fares, J. Himmelfarb // J. Periodontol., 2014. № 85 (7). P. 899–907.
41. Ishanova M. Utesheva I., Akhmedov A, Qodirova M, Dosmukhamedov E. Prevalence, prophylaxis and treatment principles of primary teeth erosion in children // International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. 2073-2078.
42. Joseph R. Higher prevalence of periodontal disease among patients with predialytic renal disease / R. Joseph, R. Krishnan, V. Narayan // Braz. J. Oral. Sci, 2009. № 8 (1). P. 14 – 18.
43. Rasulova Kh.A. Contents of Serum P-selectin As An Early Marker of Endothelium Dysfunction and Atherosclerotic Changes in Patients with Chronic Kidney Disease./ B. Daminov, A. Abbasov // J. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2020. № 24. P. 5835–5847.