

Орално здраве при пациенти с хронични бъбречни заболявания

Нина Мусурлиева

Категора по Социална медицина и обществено здраве, Факултет
по Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив

Резюме

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) е социално значим здравен проблем, оказвайки негативни последици върху качеството на живот на пациентите. Според научни изследвания, при тези болни много по-често се наблюдават патологични състояния в устната кухина в сравнение със здравите лица. Целта на настоящото проучване е да се очертаят типичните промени в оралното здраве на пациентите с хронични бъбречни заболявания, да се представи алгоритъм за тяхното диагностициране и оценка, както да се отправят препоръки за правилното лечение.

Ключови думи: орално здраве, хронично бъбречно заболяване

Oral health in patients with chronic renal diseases

Nina Musurlieva

Department of Social Medicine and Public Health,
Faculty of Public Health, Medical University of Plovdiv

Abstract

Chronic renal disease is a socially significant problem that is a negative effect on quality of life of patients. According to various studies in this patients much more often observed pathological changes in oral cavity compared to healthy patients. The purpose of present study is to describe oral manifestation of patients with chronic renal disease, to present the algorithm for diagnostic and assessment whatever to direct recommendations for accurate treatment.

Keywords: oral health, chronic renal disease

Кореспонденция:

Д-р Нина Мусурлиева, гм
e-mail: nina_mussurlieva@abv.bg

Correspondence:

Dr. Nina Mussurlieva, DD, PhD
e-mail: nina_mussurlieva@abv.bg

Въведение

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) е социално значим здравен проблем, оказвайки негативни последици върху качеството на живот на пациентите. Според научни изследвания, при тези болни много по-често се наблюдават патологични състояния в устната кухина в сравнение със здравите лица. Проучването на оралното здраве и характерните орални изменения при пациенти с ХБЗ ще е от особено значение за предотвратяването на локалните и системни усложнения, на които те потенциално могат да бъдат изложени. От друга страна все по-често в денталните практики постъпват пациенти с подобни системни заболявания. Общото заболяване дава характерно отражение върху устната кухина и твърдите зъбни тъкани. Често оралните промени могат да бъдат първия признак на системно заболяване. Важна е ролята на лекаря по дентална медицина, който пръв диагностицира и насочва пациента към специалист. Всичко това налага денталните специалисти да познават клиничните признаци, възможните усложнения на системните заболявания и спецификата при тяхното лечение.

Цел

Целта на настоящото проучване е да се очертаят типичните промени в оралното здраве на пациентите с хронични бъбречни заболявания, да се представи алгоритъм за тяхното диагностициране и оценка, както да се отправят препоръки за правилното лечение.

Материал и методи

Осъществено е проучване на достъпната специализирана литература и базата данни Pub Med.

Резултати и обсъждане

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) е сред водещите по честота хронични заболявания. Представлява клинично-лабораторен синдром, настъпващ вследствие на прогресивна загуба на бъбречната функция и увреждане, действащо в продължение на месеци или години. При пациентите в терминален стадий на ХБЗ вследствие на основното заболяване и продължителното хронично лечение се повишава риска от развитие на типични орални усложнения. Хроничната бъбречна недостатъчност (ХБН) е резултат от прогресивното отпадане на бъбречната функция поради намаляване на скоростта на гломерулната филтрация. Около 80% от ХБЗ завършват с ХБН. В началните стадии настъпва полиурия със загуба на натрий и вода. Постепенно диурезата намалява и се достига до олигурия. Повишава се нивото на урея и креатинин в кръвта [1]. Някои от най-честите клинични белези и симптоми при ХБЗ са: бледност, дължаща се на анемия

(намалено е производството на еритропоедин); сърбеж, поради отлагане на урати в кожата (с белези от ограскване); повишена пигментация (охродермия); кафяво оцветяване на ноктите; едем на клепачите, глезените и др.; високо кръвно налягане; кръвонасядания, дължащи се на тромбоцитната дисфункция; гагене, повръщане, диария, анорексия и др.

Клиничните прояви в устната кухина в резултат на увеличената концентрация на урея се дължат на компенсаторната ѝ екскреция със слюнката. Излъчената в устата урея под действието на микроорганизмите с уреазна активност се хидролизира, при което се отделя амоняк, на който се дължи горчивия вкус в устата на болните и уремичният дъх (foetor ureaemicus), както и по – алкалното рН на слюнката. При обективното изследване на таргетната група пациенти Ноголчева и кол. (2018) установява наличие на халитоза при всички от болните с ХБЗ на ХХД [2]. При обективното изследване на foetor ex ore най-висок е относителният дял на пациентите със степен 4-силен мирис (48,60%), като при нито един не е регистрирана степен 0 . При много от болните корозивното и иритативно действие на амоняка води до катарален гингивит и ерозивни процеси в устната кухина. При по-тежки случаи се развива ерозивен стоматит – „уремична скреж“, изразен в зачервена мукоза със сиви ексудати, достигащ до улцерации и понякога бели отлагания на уреини кристали [1].

За пациентите с ХБЗ е характерна изявена ксеростомия, съпроводена с чести паротидни инфекции резултат от намаленото слюнкоотделяне [1, 3]. Сухотата в устата е причина е за затрудненото хранене на болните, неприятните усещания при глътене и преглъщане [5].

Емайловата хипоплазия е чест орален симптом на ХБН (в литературата се съобщава за засягане между 12% и 39% при постоянните зъби и 31% при млечните зъби). Тя се характеризира с намалено количество емайл с дефекти по него (линии, бразди, ямки, точици), промяна в цвета (дисколорации) на зъбите и опакитета поради променена микроструктура. Дължи се на хипокалциемията, нарушената обмяна на витамин D3, токсични нива на отпадни продукти от азотната обмяна и метаболитната ацидоза, вторичния хиперпаратиреоидизъм, малнутрицията, честия прием на лекарства и др., които увреждат функцията на амелобластите. Емайловата хипоплазия е причина за оголване на дентина и поява на свръхчувствителност на зъбите [3].

Оралната мукоза на пациенти с ХБН често е засегната от единични лъгавични лезии, уремичен стоматит и кангидозни инфекции (до 37%). Почти всички от тях показват клинични белези на пародонтално заболяване, дължащо се на обилно отложения зъбен камък като 46% от болните развиват остър гингивит, а 28% ранен пародонтит, независимо от продължителността на основното заболяване [4, 8-10].

Рентгенологичните промени в горната и долна челюст при ХБН също са характерни и са познати като ренална остеоодистрофия, включваща загуба на lamina dura, костна деминерализация, лезии с намалена рентгенова плътност, трабекуларно подреждане с изглед на „матово стъкло“ и абнормно постекстракционно костно моделиране. Тези изменения са причинени от загуба на калций от костните тъкани поради повишена продукция на паратхормон. Това води до разстройство в метаболизма на калция, фосфатите и вит. D. Костната деминерализация може да доведе до бърза костна деструкция и пародонтит [1, 3].

От комбинираните аналгетични смеси не трябва да се злоупотребява с аналгина, амидофена и фенацетина. Последният се метаболизира до ацетаминофен който инхибира глю-6-ФДХ в бъбречната тъкан и проявява нефротоксичен ефект. Действието му се потенцира от аспирина (ацетилсалициловата киселина), който има и антикоагулационен ефект и може да доведе до кръвоизливи. Ако няма медикаментозна нефропатия, могат да се използват аналгин и парацетамол. Като анксиолитично и седативно средство по време на лечение се препоръчва диазепам, като за диазепам и фенотарбита дозата се намалява поне с 50%. Кортикостероидите се използват без ограничение. Общият принцип е при креатининов клирънс под 50 мл/мин дозата на медикаментите се намалява, като се увеличава периода през който се приемат [1,8].

Хематологичните усложнения, които най-често засягат пациенти с ХБН са ексцесивно кървене и анемия. При пациенти със значително увеличено време на кървене или време на съсирване, могат да бъдат предписани антифибринолитични медикаменти: прясно замразена плазма, вит. К и преливане на тромбицитна маса или използване на електрокаутер за контрол на кървенето по време на инвазивни орални процедури. Внимателно трябва да се прецени дали пациентът използва антикоагуланти от кумариновата група или хепарин. Антикоагулантният ефект на хепарина използван по време на диализата не предизвиква остатъчни отклонения в кървенето, защото ефектът му трае само 3-4 часа след инфузията. Денталното лечение ще бъде по-безопасно, ако се извърши в деня след диализа, когато няма риск от удължено кървене, вредните метаболити са елиминирани от кръвта, хепаринът приет по време на диализата също вече е метаболизиран и пациентът е в по-добро здравословно състояние.

При пациенти с ХБЗ е удачно използването на алгоритъм за диагноза и оценка на оралното здраве. Подобен алгоритъм е предложен от Ноголчева и кол. [2]. Той включва:

1. Анамнеза – Стандартна анамнеза с акцент професионални вредности
2. Клиничен преглед

2.1. Регистриране на зъбен статус – в индивидуално разработена диагностична карта се отразява зъбният статус чрез DMFT индекс, където D -кариозно разрушен зъб, М – липсващ зъб поради кариес, F – obtуриран зъб, коронка.

2.2. Индекс за оценка на гингивалното възпаление – Papilla Bleeding Index.

2.3. Индекс за оценка на орално-хигиенния статус по Greene и Vermillion.

3. Измерване на лош дъх с апарат HC-212SF FitScan Breath Checker на Tanita Corporation (USA)

4. Оценка на обложеност на език по Ненова-Константинова

5. Изследване на маркери в обща нестимулирана слюнка
Определят се нивата на специфични лабораторни маркери като урея, креатинин, калций и фосфор в обща нестимулирана слюнка.

6. Изследване стойностите на sIgA в обща нестимулирана слюнка.

Заключение

Пациентите с ХБЗ се характеризират със специфичните промени в оралното здраве. Денталните специалисти е необходимо да прилагат интердисциплинарен подход при тяхното лечение, съобразявайки се с общото заболяване и настоящия клиничен статус на пациента. Единствено по този начин те биха се предпазили от усложнения и грешки при денталното лечение.

Библиография:

1. Кръстева З, Киселова А, Коларов Р. Орална медицина 2009.
2. Ненова-Ноголчева А. Компоненти на орално здраве при пациенти в терминален стадий на хронично бъбречно заболяване на хронично диализно лечение. Дисертация 2018.
3. Ausavarugnirun R, Wisetsin S, Udompol U et al. Association of dental and periodontal disease with chronic kidney disease in patients of a single, tertiary care centre in Thailand. *BMJ Open* 2016; 6(7):11836.
4. Bayraktar G, Kurtulus I, Duraduryan A. et al. Dental and periodontal findings in hemodialysis patients. *Oral Dis* 2007;13:393-7.
5. Bots C, Brand H. Oral and salivary changes in patients with end stage renal disease: a two year follow-up study. *Br Dent J* 2007; 202:e 310.103/bdj.2007.47.
6. De Rossi S, Glick M. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc* 1996; 127:211-19.
7. Craig RG, Spittle MA, Levin NW. Importance of periodontal disease in the kidney patients. *Blood Purif* 2002; 20:113-19.
8. Hamid MJ, Dummer CD, Pinto LS. Systemic conditions oral findings and dental management of chronic renal failure patients. *Braz Dent J* 2006; 17:166-70.
9. Kshirsagar AV, Moss KL, Elter JR et al. Periodontal disease is associated with renal insufficiency in the atherosclerosis risk in communities. *Am J Kidney Dis* 2005;45:650-7.
10. Proctor R, Kumar N, Stein A et al. Oral and dental aspects of chronic renal failure. *J Dent Res* 2005; 84:199-208.