

ОБЗОРНИ СТАТИИ

ОРАЛНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

Анна Ненова-Ногалчева¹

¹ Катедра Орална и лицево-челюстна хирургия, Медицински университет-
Варна

ORAL CHANGES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE

Anna Nenova-Nogalcheva¹

¹ Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Medical University of Varna

РЕЗЮМЕ

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) е увреждане, продължаващо три или повече месеца. Характеризира се със структурни и функционални увреждания на бъбреците, водещи до намаляване на гломерулната филтрация. С нарастване честотата на захарния диабет и артериалната хипертония се свързва и увеличаването на относителния дял на пациентите с хронично бъбречно заболяване.

Представят се най-често срещаните орални промени, обхващащи, твърдите и меките тъкани при пациенти в краен стадий на ХБЗ, както и възможностите за ранна диагностика и адекватно терапевтично поведение.

Ключови думи: хронично бъбречно заболяване, орални изменения, хроничнодиализно лечение

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a damaging condition lasting three or more months at a time. It is marked by structural and functional damage to the kidneys leading to a reduced glomerular filtration. The increased relative share of patients with Chronic Kidney Disease is being linked to the rise of frequency of diabetes mellitus and arterial hypertension.

The most common oral changes affecting the hard and soft tissues in patients in final stages of CKD are presented, along with the possibilities for early diagnostics and adequate therapeutic behaviour.

Key words: Chronic Kidney Disease, oral changes, chronic haemodialysis

Хроничното бъбречно заболяване(ХБЗ) е с висока социална значимост. Представлява сериозен здравен и социален проблем, повлияващ качеството на живот на пациентите. Продължителното диализно лечение, зависимостта на болния от апаратурата, спазването на строг диетичен режим както и ограничаването на социалните контакти затрудняват значително професионалната реализация и дават негативно отражение върху психичното равновесие на пациентите.(10)

ХБЗ се характеризира със следните клинични и параклинични белези:

-бледост на кожата и видимите лигавици, вследствие на анемичен синдром

- пруритус (упорит кожен сърбеж), вследствие отлагане на урати в кожата и увеличен серумен хистамин

-повишена пигментация(охродермия)

-кафяво оцветяване по ноктите

-едем на клепачи, глезени и др.

-кръвонасядания , резултат от тромбоцитна дисфункция

-хипертония

-гадене, повръщане ,диария и други гастроинтестинални прояви

-албуминурия повече от 30mg/24часа

-промени в уринния седимент

-електролитни нарушения , свързани с тубулни заболявания

- намаляване на гломерулната филтрация под 60мл/мин.

-наличие на хистологични изменения

-структурни промени доказани с образни методи

Най-честите причини, водещи до това състояние са захарен диабет, хроничен гломерулонефрит, хронични интерстициални нефрити, артериална хипертония, автоимунни заболявания(6).

ХБЗ по KDOQI(Kidney Disease Outcomes and Quality Initiative,2012) се класифицира в 5 стадия в зависимост от степента на гломерулната филтрация:

Стадий 1 (G1)-креатининов клирънс над 90 ml/min

Стадий 2 (G2)-креатининов клирънс 60-89 ml/min

Стадий 3a(G3a)-креатининов клорънс 45-59 ml/min

Стадий 3b(G3b)-креатининов клирънс 30-44 ml/min

Стадий 4(G4)-креатининов клирънс 15-29 ml/min

Стадий 5(G5)-креатининов клирънс под 15 ml/min

Около 8% от човешката популация (над 550 мил. души) е разпространението на заболяването. Честотата на ХБЗ е около 120 души на един милион население. Голяма част от болелите не знаят за съществуващото бъбречно увреждане. В България заболяемостта е почти 10 %(около 700 000-750 000 души). Половината от хората на възраст над 65г. имат гломерулна филтрация под 60мл/мин. В страната през 2015г. общият брой на всички лекувани пациенти в диализните центрове е около 4000. От тях 90% са с терминална бъбречна недостатъчност и са на заместително диализно лечение.

Според епидемиологичните данни честотата на заболяването се увеличава право пропорционално на възрастта. Мъжете са по-често засегнати от жените. Има проучвания за заболяемостта спрямо етническата принадлежност. По литературни данни в САЩ смъртността от ХБЗ при азиатската раса е по-ниска отколкото при бялата.(6)

Сравнително малко се знае за дългосрочните ефекти на диализното лечение върху оралното здраве. Пациенти с ХБЗ са изложени на висок риск от развитие на орални здравни усложнения, които са свързани с основното заболяване или са резултат от лечението му. Доказана е висока честота на орална патология при пациенти на хронично диализно лечение.(4,13) Редица изследвания показват, че продължителността на заместителното лечение повлиява на развитието на оралните изменения.(1,12)

Най-общо орофациалните проблеми при болни с ХБЗ са:

-гингивална хиперплазия- резултат е от хиперплазия на съединителната тъкан и на епитела. Наблюдава се предимно около фронталните зъби(локализирана форма), но може да е локализирана и около всички зъби(генерализирана форма)

-генерализиран катарален гингивит- почти 100% от пациентите имат пародонтално заболяване. Компрометираният орален статус и повишеното натрупване на зъбен камък са фактори, които предразполагат развитието му.

-възпалителни промени по оралната лигавица- развива се ангуларен хейлит, гингивит или хронична атрофична кандидоза поради факта, че болните са имunosupresирани .

-бледост на оралните лигавици, вследствие на анемичен синдром

-ксеростомия-дължи се на ограничения прием на течности, страничните ефекти на медикаментозната терапия, вредния навик за дишане през устата и предразполага към развитието на зъбен кариес и гингивално възпаление.

-нарушен/променен вкус-причинява се от метаболитни нарушения, системна употреба на медикаменти, намален брой на вкусовите рецептори и промени в скоростта на слюнчената секреция.

-уремичен дъх- излъчената в устната кухина урея се хидролизира, при което се отделя амоняк, на който се дължи горчивия вкус в устата (уремичен дъх-foetor uraemicus) и по-алкалното pH на слюнката. За този типичен (характерен) уремичен дъх съобщават 1/3 от пациентите на диализно лечение.

-уремичен глосит- наблюдава се сух и обложен език с кафеникав налеп разположен срединно

-уремичен стоматит- проявява се под формата на бели, червени или сиви лезии по устната лигавица.Предполага се, че се дължи на химическа травма на устната лигавица от повишените нива на азотните съединения.

- обилно отложен и с неравномерно натрупване зъбен камък -повишеното натрупване на зъбен камък в сравнение със здрави хора, вероятно се дължи на високи нива в слюнката на урея и фосфати

-забавен зъбен пробив

-хипоплазия на емайла- дължи се на хипокалциемията, нарушената обмяна на вит.D3, метаболитната ацидоза, честия прием на медикаменти, които увреждат функцията на амелобластите. Проявява се при 31% от млечните зъби и засяга между 12% и 39% от постоянните зъби.

-стеснение на пулпната камера- вероятно е резултат от промени в метаболизма на калций и фосфор наблюдавани при пациенти със системно бъбречно заболяване

-ниска кариесна честота

При част от пациентите с ХБЗ е възможно да се развият костни промени на базата на вторичен хиперпаратиреоидизъм.Тези промени са описани общо като "бъбречна остеодистрофия"-термин въведен от Liu&Chu през 1943г, който се използва при всяко костно усложнение при пациенти с бъбречно заболяване.(8).Бъбречната остеодистрофия се характеризира с дефицит на костната минерализация и образуването в по-напреднал стадий на заболяването на „кафяви тумори“, които хистологично наподобяват тези при първичен хиперпаратиреоидизъм. Бъбречната остеодистрофия се предизвиква от намалено образуване на активен витамин Д, което води до ниски серумни нива на калций и повишени нива на паратхормон(ПТХ)(3).

Костната деминерализация може да доведе до бърза костна деструкция, включително и в лицево-челюстната област.(7,11)

По литературни данни (2,7,11) костните орофасциални характеристики на бъбречна остеодистрофия поради хиперпаратиреоидизъм са:

- подвижност на отделни зъби
- костна деминерализация
- намалени траберкулни пространства
- намалена дебелина на кортикалната кост
- кост с вид на матово стъкло (трабекуларно подреждане с изглед на "матово стъкло")
- костни лезии с намалена рентгенова плътност
- метастатични мекотъканни калцификати
- литични зони в костта
- фрактура на челюст (спонтанно или при дентално лечение)
- абнормно постекстракционно костно моделиране

В някои случаи при пациенти на продължително заместително лечение се наблюдава сигнификантно увеличение на размерите на челюстните кости (макрогнатия), което води до лицеви деформации. (5,6,14).

Мястото на денталния лекар в интердисциплинарния лечебен екип при пациенти с хронична бъбречна болест се основава на факта, че в до 90% от тези болни могат да се проявяват орални признаци и симптоми засягащи меките и твърди зъбни тъкани, които са свързани с основното заболяване и изискват прецизно и професионално дентално лечение.(4) Относително високата честота и голямото разнообразие на оралните промени, обхващащи почти всички области от денталната патология при болните с ХБЗ правят актуални усилията на денталния лекар за ранна диагноза и включване в интердисциплинарни екипи за провеждане на своевременно лечение.

КНИГОПИС

1. Денчева, М,А.Киселова Продължително хемодиализно лечение и влиянието върху оралното здраве.С.,Проблеми на денталната медицина , 2009, том XXXV, част II,59-65

2. Asaumi J et al. Advanced imaging in renal osteodystrophy of the oral and maxillofacial region. *Dentomaxillofac Radiol*, 2001 Jan; 30(1): 59-62
3. Cleber M Souza et al. Oral health in Brazilian patients with chronic renal disease. *Rev Méd Chile* 2008; 136: 741-746
4. De Rossi SS, Glick M. Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc.* 1996; 127(2):211-9
5. Dong, B.J. Clinical calcet: an oral calcimimetic agent for the management of hyperparathyroidism. *Clin. Ther.*, 27, 2005, 1725-1751
6. Ferguson CA, Whyman RA. Dental management of people with renal disease and renal transplants. *N Z Dent J.* 1998; 94(417):125-30
7. Ganibegović M, Dental radiographic changes in chronic renal disease. *Med Arh.* 2000; 54(2):115-8
8. Harun A, et al. Systemic Consequences of Poor Oral Health in Chronic Kidney Disease Patients. *J Am Soc Nephrol*, 6, 2011, 218–226
9. Ho LT, Sprague SM Renal osteodystrophy in chronic renal failure. *Semin Nephrol.* 2002; 22(6):488-93
10. Kalender B et al. Quality of life in chronic kidney disease: effects of treatment modality, depression, malnutrition and inflammation. *Int J Clin Pract.* 2007 Apr; 61(4):569-76
11. Kelly WH et al. Radiographic changes of the jawbones in end stage renal disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1980; 50(4):372-81
12. Parfrey PS et al. The clinical course of treated hyperparathyroidism among patients receiving hemodialysis and the effect of cinacalcet. *Clin Endocrinol Metab*, 2013, 98(12), 4834-44
13. Proctor R et al. Oral and Dental Aspects of Chronic Renal Failure. *Journal of Dental Research*; Mar 2005; 84, 3; pg 199
14. Sobrado Marinho JS et al. Oral health status in patients with moderate-severe and terminal renal failure. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Aug 1; 12(4):E305-10.