



десневой области, неприятный вкус и запах изо рта, дискомфорт и болевые ощущения во время еды.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Объективно при осмотре больных основной группы со стороны слизистой оболочки дёсен часто отмечалась гиперемия, отёк, местами - синюшность. Наблюдалась краевая рецессия пародонта с обнажением корня зуба на 1/3 и на 1/2, в частности, передних центральных резцов нижней челюсти с нарушением круговой связки зуба, межзубной десны и костной ткани межальвеолярной перегородки. У 23,33±7,72% лиц основной группы имеется наличие обильного зубного отложения (мягкого налёта) и, не смотря на слабо выраженное воспаление, отмечается гиперестезия твёрдых тканей зубов. У 40,0±8,94% больных ХПН в начальной стадии, где начинаются нарушения обмена витамина D и фосфорно-кальциевого обмена наблюдаются пародонтальные карманы у моляров нижней и верхней челюсти глубиной от 3.5 – 4.5 мм, а также выделения серозного эксудата из пародонтальных карманов. Имеются наддесневые камневые отложения, покрывающие 1/3 или 2/3 поверхности зуба. У 36,67±8,8% больных основной группы наблюдалась травматическая окклюзия, в связи с неравномерной воспалительной резорбцией альвеолярной кости и снижением её высоты по отношению к длине корня зуба на 1/3 – 2/3 (табл.1).

У лиц контрольной группы отмечалась лёгкая форма болезней пародонта. Почти у 40,0±9,80% лиц контрольной группы при объективном осмотре, слизистая дёсен и полости рта без изменений, бледно-розового цвета. У 45,0±8,00% отмечается воспаление дёсен в виде катарального гингивита легкой и средней степени тяжести, также наблюдается лёгкая гиперемия, кровоточивость дёсен при чистке зубов или при зондировании дёсневой борозды, пародонтального кармана нет. И только у 15,0±8,00% отмечается заболевание очагового пародонтита лёгкой и средней степени тяжести от местных факторов полости рта и несоблюдения норм гигиенических правил полости рта.

Сравнительное изучение по данным индексной оценки пародонта и твёрдых тканей зубов у лиц основной и контрольной группы показало следующее состояние гигиены полости рта. Уровень гигиены по индексу ОНI-S в основной группе (больные с начальной стадией ХПН): удовлетворительный уровень – у 24,6±8,07% пациентов, неудовлетворительный – у 35,4±8,61%, плохой – у 40,0±8,94%. Хорошая гигиена не установлена ни у кого. Среднее исходное значение индекса ОНI-S в этой группе 2,28±0,14 интерпретировано как неудовлетворительный уровень гигиены, а в контрольной группе - 1,07±0,09, что соответствует удовлетворительному уровню (табл. 2,3).

ТАБЛИЦА 1. ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ДЕСНЫ ПО ИНДЕКСУ GI (%)

GI, воспаление десны	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
Здоровая десна	-	40,0±9,80
Лёгкое	23,33±7,72	45,0±8,00
Среднее	40,0±8,94	15,0±8,00
Тяжёлое	36,67±8,8	-

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ

Индекс	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
ОНI-S	2,28±0,14	1,07±0,09
GI	1,94±0,14	0,66±0,09
ТЭР	3,13±0,13	3,28±0,17

ТАБЛИЦА 3. СОСТОЯНИЕ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА ПО ИНДЕКСУ ОНI-S, %

ОНI-S, гигиена	Основная группа (больные с ХПН)	Контрольная группа (здоровые пациенты)
Хорошая	-	37,5±9,88
Удовлетворительная	24,6±8,07	50,0±10,21
Неудовлетворительная	35,4±8,61	12,5±6,75
Плохая	40,0±8,94	-



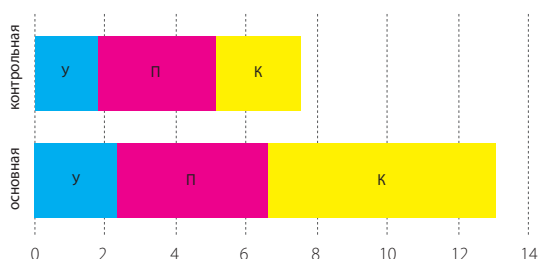
ТЭР-тест показал, что в принципе не имеется достоверных различий в обеих группах: в основной группе он равен $3,13 \pm 0,13$, в контрольной - $3,28 \pm 0,17$. Данные показатели характеризуют средний уровень кислотоустойчивости зубов (табл. 2).

Индекс состояния десны (GI) в основной группе составил $1,94 \pm 0,14$, что указывает на воспаление десны средней степени тяжести. В контрольной группе GI составил $0,66 \pm 0,09$, свидетельствуя о лёгком воспалении десны (табл.2).

При изучении индекса КПУ выявлено, что хроническая почечная недостаточность протекает при более интенсивном КПУ – $12,9 \pm 0,4\%$, чем у лиц контрольной группы - $7,3 \pm 0,4\%$, разница статистически значимая ($p < 0,001$).

При детальном рассмотрении компонентов индекса КПУ выявлено, что при практически равной встречаемости пломбированных зубов (компонент «П») в сравниваемых группах, в основной группе - значительно больше кариозных и удалённых зубов, соответственно компонентов «К» и «У» (рис. 1).

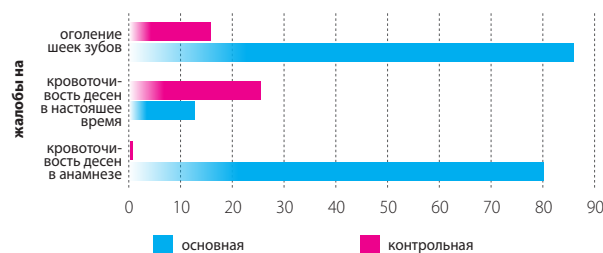
РИС.1. ПОКАЗАТЕЛЬ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ (К - КАРИЕС; П - ПЛОМБИРОВАННЫЕ; У - УДАЛЁННЫЕ)



Из рисунка 1 видно, что в основной группе больше кариозных зубов (К), и удалённых (У) относительно контрольной. Учитывая, что основная и контрольная группы сопоставимы по возрасту, можно констатировать, что при ХПН в латентной и компенсированной стадии протекает с более быстрым развитием кариозного процесса.

При выявлении жалоб у лиц основной группы было отмечено, что $85,5 \pm 0,71\%$ из них отмечают быстрое развитие рецидивного кариеса, малый срок службы пломб (особенно из композиционных материалов), безболезненное течение кариозного процесса, что сдерживает вероятность своевременного обращения к стоматологу (рис.2). Также больных беспокоит оголение шеек зубов в основной ($88,7 \pm 0,81\%$), в контрольной группе этот показатель составил ($18,6 \pm 1,01\%$).

РИС.2. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ



На рисунке 2 наглядно видно, что ведущей жалобой у пациентов с хронической почечной недостаточностью в начальных стадиях является оголение шеек зубов, но, так как процесс протекает безболезненно, пациенты попадают на приём к стоматологу с зубами в запущенном состоянии. Жалобы на кровоточивость дёсен в группе больных в 12 раз больше, чем в контрольной группе, что также показывает несвоевременного обращения к стоматологу.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, в ходе нашего исследования, по данным индексных оценок гигиены рта, состояние пародонта и твёрдых тканей зубов у больных с ХПН уже в начальной стадии отмечаются явления катарального гингивита, генерализованного пародонтита средней степени тяжести, генерализованного пародонтоза средней степени тяжести, переходящего в тяжёлую и поражение твёрдых тканей зубов в виде кариеса. Полученные данные, указывают на важность своевременной диагностики заболеваний твёрдых тканей зубов и пародонта у больных с хронической почечной недостаточностью, особенно в начальных стадиях, что диктует необходимость в проведении целенаправленного комплексного стоматологического лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференцированный подход к выбору средств и методов индивидуальной гигиены полости рта: учеб.-метод. пособие /И.К. Луцкая [и др.]. – Минск, 2001. – 25с.
2. Важнейшие проблемы урологии /В.М. Мирошников. -М: 2004.-240с.
3. Состояние органов полости рта у больных с ХПН при лечении их гемодиализом и трансплантацией почки: автореф. дис... канд. мед. наук. /О.А. Москаленко. - М., 1995. - 21с.
4. Основы формирования принципов стоматологической помощи пациентам, получающим гемодиализ /Э. А. Базилян [и др.] // Медицина критических состояний. - 2008. - N4 . - С. 11-16
5. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3ч./под ред. Г.М. Барера. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч. 2 – Болезни пародонта. – 224с.
6. Руководство по нефрологии /Е.М. Шилов. – М., 2008. – 45с.

Summary

Diagnosis of diseases of teeth' hard tissues and periodontal tissues in patients with early stage of chronic renal failure

Е.М. Saidsharifova, Y.A. Shokirov

In the article analyzed the results of functional diagnostic and evaluation index of hard tissue of teeth and periodontal tissues in 20 patients with early stage of chronic renal failure (CRF). During the study of patients with early stage chronic renal failure have been established: the catarrhal gingivitis, generalized periodontitis of moderate severity, transmitted to a severe degree stage and injuries of hard tissue of teeth in the form of dental caries. The authors point to the importance of timely diagnosis of these diseases and the need for a focused comprehensive dental treatment for patients with early stage of CRF.

Key words: chronic renal failure, periodontal, catarrhal gingivitis, gingival state index

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Э. М. Саидшарифова - аспирант кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои-33; Тел.: (+992) 918-61-68-09



Клинико-эпидемиологические особенности и диагностика хронического висцерального лейшманиоза у детей

Э.Р. Рахманов, А.А. Боймуродов, К.А. Хурсанов, С.А. Муавия, Н.М. Гулямова

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Рассмотрены особенности клинико-эпидемиологического течения и лабораторной диагностики хронического висцерального лейшманиоза у детей в условиях Республики Таджикистан, позволяющие практическим врачам проведение своевременной диагностики и терапии данной патологии.

Ключевые слова: висцеральный лейшманиоз

АКТУАЛЬНОСТЬ. Побороть все инфекции невозможно – на смену ушедшим агентам приходят другие, а порой они вновь возвращаются. Это касается и висцерального лейшманиоза. По данным ВОЗ, проводимые в мире мероприятия по борьбе с лейшманиозами явно недостаточны, и причиной того является отсутствие знаний об истинной распространенности этой болезни, а также недооценка ущерба, причиняемого ею здоровью людей. Лейшманиоз широко распространен почти во всех субтропических и тропических регионах мира, где ежегодно выявляются более 2 млн. новых случаев заболевания, в том числе в Китае, Латинской Америке, Африке и Юго-Западной Азии [1-5].

Лейшмании у человека паразитируют в клетках ретикулоэндотелиальной системы и вызывают гипертрофию ретикулоэндотелиальных клеток селезенки, печени, костного мозга, лимфатических узлов и других лимфоидных тканей.

Механизм передачи возбудителей лейшманиоза – трансмиссивный, реализация которого осуществляется через систему: резервуар (собаки, лисы, крысы, др.) – переносчик (москиты) – восприимчивый организм.

В последние годы на территории Таджикистана стали часто регистрироваться случаи висцерального лейшманиоза среди людей, в основном, в детском возрасте [2]. Анализ заболеваемости показывает, что болезнь чаще регистрируется в районах Айни, Пенджикента, а также ГБАО. Именно на этих территориях для оценки потенциальной угрозы для населения особенно важно обследовать резервуарных хозяев [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить некоторые особенности клинико-эпидемиологического течения

и лабораторной диагностики хронического висцерального лейшманиоза у детей в условиях возобновления его эндемичности в Республике Таджикистан.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследованию и лечению подвергнуты 16 детей с диагнозом «Хронический висцеральный лейшманиоз», которые находились на стационарном лечении в Городской клинической инфекционной больнице г. Душанбе в период 2005 – 2010 гг.

Из общего количества больных мальчиков было 10 (62,5%), девочек – 6 (37,5%). Возраст детей колебался от 6 месяцев до 10 лет: от 6 месяцев до года – 2 (12,5%) больных; от 1 до 3 лет – 6 (37,5%); от 3 до 7 лет – 6 (37,5%), от 7 до 10 лет – 2 больных. Средний возраст составил $3,6 \pm 0,7$ года. По данным эпидемиологического анамнеза все больные проживают в горной местности, постоянно посещают эндемичные зоны, а 80% из них имеют дома собак.

Диагноз висцерального лейшманиоза во всех случаях был лабораторно подтвержден обнаружением *Leishmania donovani* в пунктатах костного мозга. Изучение показателей крови и костномозгового кроветворения проводилось по результатам общего анализа крови и стерильной пункции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Из общего количества обследованных больных: 10 детей поступили в клинику из Пенджикентского района, 3 – из Айнинского и по одному – из Дарвазского, Тавильдаринского и Рудаканского районов. Средний срок госпитализации больных в клинику составил $139,8 \pm 13,7$ дня.

Клинические признаки заболевания у всех обследованных больных при поступлении в клинику были следующими: повышение температуры отмечено у 75,7% больных, бледность кожных и слизистых