

# **ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

**Шоахмедова Комола Назруллаевна**

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

В настоящее время повсеместно наблюдается ухудшение экологической обстановки, введение в продукты питания различных искусственных пищевых добавок, увеличение продолжительности жизни. Высокая распространенность соматических заболеваний, возрастные изменения тканей и органов и несоответствующая гигиена полости рта и другие причины способствуют развитию стоматологических заболеваний, что приводит к частичной или полной вторичной адентии.

В своей практической деятельности врачи-стоматологи часто сталкиваются с пациентами, имеющими в анамнезе тяжёлые соматические заболевания. Актуальность проблемы определяется тем, что на сегодняшний день соматическая патология встречается у 30% стоматологических больных [22,25].

В 2002 году группой экспертов национального почечного фонда США в результате детального изучения патофизиологии и вопросов лечения ХПН, была выделена «наднозологическая» единица патологии почек – хроническая болезнь почек (ХБП). Под хронической болезнью почек понимают любое заболевание почек, сопровождающееся признаками их повреждения и (или) нарушением скорости клубочковой инфильтрации. Необходимо подчеркнуть, что Всемирная организация здравоохранения внесла уточнения в МКБ-10 рубрику N18. В предыдущей редакции под этим кодом значилась хроническая почечная недостаточность. Для сохранения структуры диагноза в настоящее время рекомендуется нозологию ХБП указывать после основного заболевания (Балабанов А.С. и др., 2014). В таких случаях кодировка болезни почек устанавливается в соответствии с МКБ-10 по основному заболеванию.

Если причина нарушения функции почек не установлена, то диагнозом (основным) рекомендуется выставлять ХБП, которая в МКБ кодируется рубрикой с учетом стадии заболевания (Балабанов А.С. и др., 2014). Критериями ХБП считают повреждение почек продолжительностью более 3-х месяцев, независимо от скорости клубочковой фильтрации, а также при скорости клубочковой фильтрации не более 60 мл/мин больше 3-х месяцев, как с признаками поражения почек, так и без них (Шулутко Б.И., 2002).

К маркерам ХБП относят также стойкое повышение выделения альбумина с мочой (более 10 мг/сут), мочевого синдром (цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия), изменения почек при дополнительных объективных методах исследования, изменения в составе крови, мочи, изменения патоморфологической картины ткани почек при нефробиопсии (Шилов Е.М., 2007; Murthy A.K., Hiremath S.S., 2005). Поэтому ХБП может выявляться уже на основании сниженной скорости клубочковой фильтрации и при отсутствии в анамнезе почечного заболевания или повреждения. Известно, что нарушение

функции фильтрации может опережать необратимые изменения морфологии тканей (Шулутко Б.И., 2002). Поэтому считают, что использование такого диагностического подхода даёт возможность проведения ранней нефропротекции и максимального отдаления срока наступления терминальной почечной недостаточности (Балабанов А.С. и др., 2012; Niedzielska I., 2014).

В настоящее время число пациентов, страдающих хроническими заболеваниями почек, возрастает до 5-8% в год, а темп прироста этого показателя в 2008 году составил 14,7% (Томилина Н.А., 2009). Согласно данным, представленным регистром Российского диализного общества, лечение пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН) проводится в 492 отделениях. Растёт число пациентов, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях (Бикбов Б.Т., Томилина Н.А., 2007). Развитие программ диализ-трансплантация, увеличение обеспеченности населения качественной гемодиализной помощью привели за последние 30-40 лет к снижению заболеваемости и смертности среди пациентов с тХПН. Существующие методы заместительной почечной терапии, применение современных фармакологических препаратов, контроль анемии, артериальной гипертензии, нарушений фосфорно-кальциевого метаболизма, модификация диеты позволяют продлить жизнь пациентов на неопределенно долгий срок и добиться определенного уровня медицинской и социальной реабилитации. Вместе с тем качество жизни таких пациентов остается низким.

При изучении состояния полости рта у больных с тХПН выявлена высокая распространенность заболеваний тканей полости рта и, как следствие, значительная нуждаемость в стоматологической помощи (Ray K.L., 1989; Москаленко О.А., 1995; Naugle K. et al., 1998; Kao C.-H. et al. 2000; Sung J.-M. et al., 2005; 2006; Vots C.P. et al., 2006; Осокин М.В., 2006; Vesterinen M. et al., 2007).

Проведение стоматологической реабилитации осложняется тем, что у пациентов с тХПН на фоне уремической интоксикации и анемии наблюдается гипоксия клеток мозга, поэтому они не способны объективно оценивать своё состояние (Выговская Е.М., 2002; Рыбакова К.В., 2004). В доступной нам отечественной литературе мало работ, определяющих особенности состояния ротовой полости у пациентов с тХПН, получающих лечение гемодиализом (Москаленко О.А., 1995; Осокин М.В., 2006). Кроме того, в отечественной практике отсутствует программа оказания стоматологической помощи пациентам с тХПН, получающих гемодиализ в амбулаторных условиях.

### **Список литературы:**

1. Акбаров, Авзал Нигматуллаевич, Камола Назруллаевна Шоахмедова, and Максуд Атабаевич Сабиров. "Влияние хронической болезни почек на состояние полости рта." Научные исследования 3 (34) (2020): 31-32.
2. Шоахмедова, К., М. Сабиров, and Ж. Бабаджанов. "ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК НА СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА." Stomatologiya 1.3 (76) (2019): 36-40.