

*Кравчук И.В., Данилова Д.В.*

## СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

БелМАПО г. Минск, Беларусь

### Актуальность

Среди наиболее распространенных соматических заболеваний значимое место занимает патология почек. При ряде первичных и вторичных поражений с течением времени развивается хроническая почечная недостаточность. Дополняют картину заболевания наложения возрастных и патологических изменений в органах и системах, а также побочные действия лекарственных средств.

В литературе отсутствует подробное описание состояния полости рта у пациентов с хронической почечной недостаточностью. Поэтому представляет научный интерес изучение особенностей стоматологического статуса и проявлений в полости рта основного и сопутствующих заболеваний у данного контингента больных.

**Целью** исследования явилась изучение состояния полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью.

**Объектом научного исследования** явились 50 больных хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе (основная группа), и 30 пациентов, не страдающих данной патологией (группа сравнения). Средний возраст пациентов составил от 45 до 60 лет. Работа выполнялась в рамках программы ГНТП «Лечебные и диагностические технологии» по теме «Разработать и внедрить методы профилактики и лечения заболеваний полости рта у больных с хронической почечной недостаточностью, находящихся на гемодиализе» на базе 8-й городской стоматологической клинической поликлиники г. Минска и 1-й городской клинической больницы г. Минска.

Полное стоматологическое обследование (внешний осмотр, оценка состояния твердых тканей зубов и мягких тканей полости рта) прошли 80 человек. Проведен анализ медицинской документации больных с хронической почечной недостаточностью – 50 историй болезни, по которым определяли общее состояние здоровья.

### Методы исследования

Состояние полости рта оценивали по следующим показателям: КПУ, ОНI-S (Green-Vermillion, 1964) и его составляющие – индекс налета (DI-S) и индекс камня (CI-S), GI (Loe-Silness, 1963), PMA (Shour-Massler, 1948), КПИ (П.А.Леус, 1988).

### Основные результаты исследования

Стоматологический статус пациентов с хронической почечной недостаточностью характеризовался высоким индексом КПУ ( $16,45 \pm 0,89$ ), высоким процентом подвижных ( $6,2 \pm 0,5$ ) и одиночно

стоящих зубов ( $4,3 \pm 1,1$ ), оголенных ( $14,3 \pm 0,7$ ) и сохранившихся корней ( $6,2 \pm 1,2$ ) при разрушенных коронках, которые определяют высокую нуждаемость в хирургической помощи с последующим протезированием и восстановлением целостности зубных рядов. С возрастом и длительным течением заболевания (более 5 лет) процент полностью беззубых людей составил более 1/3 пациентов ( $34,3 \pm 2,2\%$ ), которые нуждались в полном съемном протезировании. Таким образом, пациенты характеризовались высокой нуждаемостью во всех видах стоматологической помощи.

При осмотре слизистой оболочки полости рта были выявлены симптомы кровоточивости, гиперпластических и язвенно-некротических процессов, которые осложнялись грибковой и герпетической инфекцией. Нередко встречались гиперемия или синюшность СОПР, обложенность и атрофия сосочков языка, кератоз, изменения слизистой губ, заеды. Повышенная ломкость и проницаемость сосудистых стенок, вызывающая кровоточивость в процессе жевания и чистки зубов, наблюдались в 69% случаев.

Хроническая почечная недостаточность часто сопровождалась заболеваниями эндокринной системы (в 40% случаев), желудочно-кишечного тракта (в 37,5% случаев), метаболическими нарушениями (22,5%), аллергическими реакциями (12,5%), что проявлялось хроническим воспалением десны, характеризующимся интенсивным покраснением и десквамацией поверхности эпителия (десквамативный гингивит, глоссит). При заболеваниях крови, заболеваниях ЖКТ, при приеме цитостатиков, снижении иммунной системы наблюдались проявления, характерные для язвенного гингивита (14,2%). Быстрое развитие периодонтита, гноетечение из карманов, присоединение кандидоза было выявлено у пациентов с ХПН, имеющих в анамнезе диагноз «сахарный диабет» (13, 8%). Гиперплазия десен наблюдалась при гормональных нарушениях как побочный эффект применения лекарственных препаратов (11,3%). Основными причинами афтозного стоматита являлись аллергические реакции к микробным, вирусным, лекарственным и пищевым воздействиям, а также заболевания ЖКТ, респираторные инфекции.

### Заключение

Хроническая почечная недостаточность сопровождается выраженными изменениями в полости рта. Высокую интенсивность кариеса ( $16,45 \pm 0,89$ ) у этих пациентов можно объяснить нарушением функции слюнных желез, фосфорно-

кальциевого обмена и понижением иммунологического статуса. По мере прогрессирования основного заболевания и снижения функции почек

происходит поражение других органов и систем, что проявляется в полости рта патологией тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта.

*Кубаев А.С., Абдукадыров А.А., Даминов Ш.Б., Кандимов У.М.*

## **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ**

Ташкентский институт усовершенствования врачей, г. Ташкент, Узбекистан

### **Актуальность**

По данным научной литературы, у части больных верхней микрогнатией наблюдаются различные степени затруднения носового дыхания.

Проведение стандартных остеотомий средней зоны лица у данной категории больных приводит к усугублению носового дыхания, деформации его наружного отдела и возникновению воспалительных осложнений придаточных пазух (А. Гунько, А.В. Калмыков, 2002; Максудов С.Н., 2005; А. Абдукадыров, 2007).

**Цель исследования:** изучение морфофункционального состояния полости носа и околоносовых пазух и разработка профилактических мероприятий, приводящих к снижению послеоперационных осложнений у больных с верхней микрогнатией.

### **Материалы и методы**

Было проведено комплексное обследование 95 больных с верхней микрогнатией в возрасте от 16 до 28 лет.

Методы комплексного обследования, кроме общеклинического, включали в себя МСКТ, телерентгенографию с цефалометрией, ринопневмометрию, объективное ЛОР – исследование и общеклинические методы. Исследования проводили в дооперационный период, после операции и в отдаленные сроки после лечения.

### **Результаты исследований**

Из обследованных 95 больных с верхней микрогнатией у 70(73,3%) выявлено различных степеней затруднение носового дыхания и воспалительные изменения придаточных пазух и носоглотки.

В зависимости от характера обнаруженных патологических изменений носовоносовой полости комплексные больные разделены на три группы.

У больных первой группы (33) резкое затруднение носового дыхания (ринопневмометрия  $15,2 \pm 0,48$  мм вод. столба), патологические изменения носовоносовой полости обусловлены скелетным сужением грушевидного отверстия, гиперплазией нижних носовых раковин, вздутием решетчатых лабиринтов, куполообразным взбуханием дна и искривлением перегородки.

У пациентов второй группы (18) более легкое затруднение носового дыхания (ринопневмометрия  $7,80 \pm 0,36$  мм вод. столба) обусловлено суже-

нием только переднего отдела грушевидного отверстия в результате чрезмерного развития передней носовой ости по ширине и длине.

У остальных больных (19) незначительное нарушение носового дыхания (ринопневмометрия  $6,22 \pm 0,54$  мм вод. столба) обусловлено искривлением перегородки, хроническим воспалением слизистой полости носа, патологическими изменениями придаточных пазух и носоглотки.

В зависимости от степени морфофункциональных и эстетических изменений носовоносовой полости были составлены алгоритмы комплексного лечения для каждой группы больных отдельно. На первом этапе всем больным проводили санацию полости носа, придаточных пазух, носоглотки и ротоглотки с использованием комплекса антисептиков на основе хлоргексидина и малоинвазивные операции, улучшающие носовое дыхание. В результате такого подхода во всех случаях были ликвидированы хронические очаги инфекции и у части больных третьей группы была достигнута нормализация носового дыхания.

Первой группе больных с сужением скелета грушевидного отверстия проводили остеотомию верхне-носовой полости с остеотомией и расширением костной полости носа на заранее определенную величину.

Второй группе больных - остеотомию верхне-носовой полости с удалением передней носовой ости и расширением переднего отдела грушевидного отверстия.

Третьей группе больных остеотомию верхне-носовой полости сочетали с исправлением и прочной фиксацией перегородки носа. Больным без нарушения носового дыхания провели остеотомию верхней челюсти по Безрукову.

В послеоперационный период было продолжено комплекс мероприятий, приводящих к оптимизации оттока жидкости из полостей верхней челюсти, с медикаментозной терапией. В послеоперационный период воспалительные осложнения гайморовых пазух наблюдали только у 5 больных (7,14%), которые ликвидировали после соответствующей терапии.

### **Заключение**

Таким образом, в результате изучения морфофункционального состояния полости носа больных с верхней микрогнатией выявлено, что