

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сабиров Бобур Кадирбаевич
Хабибова Назира Насуллоевна

Бухарский государственный медицинский институт

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — это тяжелое полиэтиологическое заболевание, сопровождающееся комплексом системных метаболических, сосудистых и иммунологических нарушений, которые неизбежно затрагивают ткани полости рта, включая слизистую оболочку. Длительно протекающая уремия, нарушения микроциркуляции, дисбаланс кальций-фосфорного обмена, анемия, снижение секреции слюнных желез и выраженные нейродистрофические процессы создают условия для развития воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР). У пациентов с ХПН поражения слизистой проявляются как в виде первичных морфологических элементов (пятна, папулы, бугорки, пузырьки, пузыри, гнойнички, узелки, афты), так и во вторичных формах (эрозии, язвы, трещины, корки, рубцы). В поздних стадиях заболевания наблюдается высокая частота деструктивных и атрофических процессов, что связано с хронической гипоксией, выраженной уремической интоксикацией и снижением регенераторной активности эпителия. Клинические исследования, проведенные на выборках пациентов с ХПН, демонстрируют, что патологические изменения слизистой полости рта встречаются у подавляющего большинства больных и нарастают по мере прогрессирования почечной недостаточности. Так, у больных в преддиализной стадии частота гиперемии слизистой превышает 75%, отека — 58,3%, атрофии эпителия — 50%, а у пациентов на хроническом гемодиализе эти показатели достигают 97,6%, 90,5% и 76,2% соответственно. Гиперкератоз и очаги лейкоплакии фиксируются почти у 70% пациентов, проходящих диализ, и лишь у 6–7% лиц без почечной патологии. Вторичные элементы — эрозии, язвы, трещины, рубцы — встречаются преимущественно у больных на заместительной почечной терапии, причём выраженность язвенно-некротических процессов коррелирует с длительностью диализа ($r=0,74$, $p<0,01$). Наиболее частыми локализациями язвенных дефектов являются боковые поверхности языка, внутренняя поверхность щёк и мягкое нёбо. Помимо морфологических изменений, при ХПН выявляются выраженные нарушения местного иммунитета. Исследования слюны показывают, что несмотря на повышенные абсолютные уровни лактоферрина, при нормализации показателя на альбумин (с учётом гипосаливации) выявляется резкое снижение индекса лактоферрин/альбумин в 4–5 раз по сравнению с контрольной группой. Это свидетельствует о подавлении местной врождённой защиты слизистой, не выявляемом при оценке только абсолютных значений маркера. Параллельно отмечается повышение альбумина в слюне, что отражает увеличение проницаемости эпителия и нарушение барьерной функции слизистой. Такое иммунное неблагополучие сопровождается высокой частотой кандидоза,

уремического стоматита и генерализованного пародонтита, причём воспалительные очаги часто развиваются без классических признаков гиперемии. Комплекс профилактических мероприятий при ХПН должен начинаться с оптимизации нефрологического лечения: адекватный клиренс мочевины, коррекция метаболического ацидоза натрия гидрокарбонатом, лечение анемии эритропоэтином и препаратами железа, поддержание электролитного баланса, назначение витаминов и микроэлементов. Параллельно необходимо проводить стоматологическую профилактику: регулярные осмотры (каждые 3–4 месяца), профессиональную гигиену полости рта, удаление зубных отложений, индивидуальный подбор средств ухода (ополаскиватели без спирта с хлоргексидином 0,05%, гели с алоэ вера, увлажняющие средства с ксилитом). Пациенты должны быть обучены тщательной домашней гигиене: чистке зубов мягкой щёткой дважды в день, полосканиям содовым или травяным раствором после еды, отказу от спиртосодержащих средств. Для профилактики ксеростомии рекомендуется увлажнение воздуха, частое питьё малыми глотками (при отсутствии ограничений), использование жевательных резинок без сахара и специальных спреев. Терапевтические подходы должны учитывать стадию ХПН, наличие заместительной терапии и выраженность поражений слизистой. При уремическом стоматите эффективны аппликации 2% раствора натрия гидрокарбоната, полоскания хлоргексидином, обезболивание гелями с лидокаином, применение витаминов А, Е, группы В. При гингивите и пародонтите показаны гели с метронидазолом и хлоргексидином, ополаскиватели с гексэтидином или бензидамином, физиотерапия (лазеротерапия, дарсонвализация). Кандидоз лечат местными антимикотиками (нистатин, клотримазол), при необходимости — системными средствами. Для стимуляции регенерации применяются коллагеновые гидрогели (Эмалан), лизоцимсодержащие препараты (Лизобакт), иммуномодуляторы. При выраженных нейродистрофических нарушениях возможно включение средств, улучшающих микроциркуляцию, и курсов низкоинтенсивного лазерного излучения. Эффективность комплексной терапии у пациентов без диализа выше: частота воспалительных заболеваний СОПР снижается на 25–30%, улучшаются показатели слюноотделения и уменьшается болевой синдром. У лиц на гемодиализе динамика скромнее, что связано с необратимыми изменениями тканей и выраженным иммунодефицитом. Тем не менее, даже у этой категории пациентов комплексное стоматологическое сопровождение позволяет снизить риск вторичных инфекций, облегчить течение хронических воспалительных процессов и повысить качество жизни.

Заключение. Таким образом, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта при ХПН имеют сложный патогенез, в котором переплетаются уремическая интоксикация, нарушения микроциркуляции, иммунная недостаточность и нейродистрофические изменения. Их профилактика и терапия требуют междисциплинарного подхода с участием нефролога, стоматолога, иммунолога и диетолога. Включение регулярной

стоматологической помощи в стандартные нефрологические протоколы позволит значительно снизить частоту осложнений и улучшить прогноз для пациентов.