

# STAREA DE SĂNĂTATE ORALĂ LA PACIENȚII CU INSUFICIENȚĂ RENALĂ CRONICĂ – ETAPĂ INTERMEDIARĂ DE STUDIU

*The state of oral health in patients with chronic renal failure – partially study stage*

Sef Lucr. Dr. Andrei Măcriș<sup>1</sup>, Conf. Dr. Ismail Gener<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Disciplina de Protetică Dentară Fixă și Ocluzologie, Facultatea de Medicină Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

<sup>2</sup>Disciplina de Medicină Internă și Nefrologie, Facultatea de Medicină Generală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

## REZUMAT

**Scop.** Obținerea rezultatelor de etapă, în faza de pretestare a chestionarului de evaluare a stării de sănătate orală la pacienții cu boli renale cronice – insuficiență renală cronică (IRC), cu sau fără sindrom nefrotic, cu sau fără inițierea tratamentului prin dializă.

**Material și metodă.** Aplicarea chestionarului (de pretestare) pe un lot de 30 de pacienți – 15 pacienți din lotul țintă și 15 pacienți din lotul martor. S-au înregistrat datele și s-a realizat interpretarea statistică. Distribuția loturilor – genul (sexul): uniform, în procente de 50%, și vârstă: medie (ani) – 60,6 ani la lotul țintă și 62,6 ani la lotul martor. Durata medie a insuficienței renale cronice, la lotul țintă: 8,55 ani – respectiv 8,12 ani la femeii și 9,04 ani la bărbați. La ambele loturi numărul de pacienți nefumători este mai mare decât cel al fumătorilor. În cadrul lotului țintă 9 pacienți (5 femei și 4 bărbați) au prezentat sindrom nefrotic, având o durată medie de 16,5 ani. Pacienți dializați: 7 (4 femei și 3 bărbați), cu o durată medie de 3 ani vechime. 67% din pacienți (lot țintă) s-au încadrat în intervalul de 15-60 ml/min rată de filtrare glomerulară, iar la lotul martor 30% din pacienți s-au încadrat la valorile de 90-120 ml/min (sau mai mult) și 50% în intervalul de 60-90 ml/min.

**Rezultate și concluzii.** Din perspectiva sănătății orale a pacienților cu IRC, s-a constatat că 50% din aceștia sunt edentați parțial pe mai mult de o hemiarcadă dentară, iar 60% sunt neprotezați.

**Cuvinte cheie:** sănătate orală, insuficiență renală cronică, edentație, protetică dentară

## ABSTRACT

**Aim.** Obtaining stage results, pre-test questionnaire oral health's assessment in patients with chronic kidney disease (CKD) – chronic renal failure (CRF), with or without nephritic syndrome, with or without initiated dialysis treatment.

**Material and method:** the study was conducted by applying the questionnaire (pre-test) on a group of 30 patients – 15 patients in the target and 15 patients in the control group. Recorded data have been used for statistical analysis. Group distribution – gender: equal, 50% each group; age: average (years): 60.6 years old on target group and 62.6 years old on control group. IRC average time period (years) has been: 8.55 years on target group (women – 8.12 years and man – 9.04 years). On both groups the number of non-smoking patient has been higher then smoking patients. 9 patients on target group (5 women and 4 men) were framed on nephritic syndrome (average period of 16.5 years). Dialysis patients: 7 (4 women and 3 men), with an average period of 3 years. 67% of patients (target group) were in the range of 15-60 ml/min glomerular filtration rate. On the control group 30% of patients were between the values of 90-120 ml/min (or higher) and 50% in the range of 60-90 ml/min.

**Results and conclusions.** In terms of oral health status of patients with CKD it was found that 50% of them are partially edentulous on more than a half-dental arcade, and 60% have no dentures.

**Keywords:** oral health, chronic renal failure, edentulous, prosthetic dentistry

*Această lucrare a beneficiat de suport financiar prin proiectul „CERO – PROFIL DE CARIERĂ: CETĂTOR ROMÂN”, contract nr. POSDRU/159/1.5/S/135760, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013*

Adresă de corespondență:

Șef Lucr. Dr. Andrei Măcriș, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Dionisie Lupu nr. 37, București

E-mail: andrei.macris@gmail.com

## INTRODUCERE

Starea de sănătate orală poate fi influențată de diferiți factori generali. Statusul dentar local sau general suferă modificări, cele mai zgomotoase manifestări fiind semnalate la nivel parodontal, exprimate prin inflamații gingivale, retracții gingivale, fiind cunoscut faptul că acestea sunt secundare resorbției osoase, mobilitate dentară de diferite grade – toate acestea înscriindu-se la diagnosticul generic de parodontopatii. (1) Evoluția acestora este rapidă sau lentă, iar factorii declanșatori sau agravanți nu sunt reprezentați întotdeauna numai de igiena locală deficitară, ci și de afecțiuni generale sau de medicația aferentă acestora: insuficiența renală cronică (IRC), insuficiența cardiacă, insuficiența hepatică, hepatita cronică sau diabetul. Frecvent, pacienții nu asociază manifestările orale cu bolile cronice de care suferă, iar în cazul IRC această asociere este și mai rar realizată.

Spre exemplu, conform Fundației Naționale Renale (SUA), raportat la numărul total al populației din Statele Unite, peste 2/3 din cazurile de boli renale cronice se datorează diabetului și hipertensiunii (2), cifrele fiind în creștere. Consecințe agravante ale statusului oral prezintă și pacienții aflați sub dializă, tratamentele dentare realizându-se cu dificultate (3), atât datorită timpilor de sângerare modificate, cât și datorită inflamației cronice a suportului parodontal, retenției alimentare consecutive igienizării defectuoase – creând astfel, în cerc vicios, afectare la nivel oral. Din aceeași perspectivă, pacienții realizează asocieri ale interacțiunilor medicamentoase la nivelul cavității orale, mai frecvent decât în cazul bolilor cronice. În mod constant, datorită lipsei de informații, pacienții ignoră regimul alimentar normal pe parcursul vieții, într-un procent foarte mare nefiind informați despre influența alimentației asupra bunei funcționări renale. (4-6)

## MATERIAL ȘI METODĂ

Pe parcursul procesului de documentare au fost consultate bazele de date indexate internațional, fiind descoperite un număr de peste 1.000 de articole relevante legate de insuficiența renală cronică și terminologia generică de „pierdere a dinților“. Din documentația existentă au fost selectate concepte și modele ale unor chestionare existente, aplicate, care au putut fi adaptate temei de studiu alese. (7-10) Totodată, au fost concepute și seturile de întrebări aferente domeniului stomatologic, acestea din urmă fiind în concordanță cu afecțiunile ge-

nerale amintite anterior și cu valorile biochimice cuprinse în studiu. (11) Astfel, a fost conceput un chestionar conținând un număr de 63 de întrebări, grupate în 8 secțiuni, astfel:

1. Informații personale
2. Informații legate de statusul bolii cronice renale
3. Constante bio-chimice
4. Statusul bolilor generale cu relevanță
5. Medicația aferentă bolilor generale cu relevanță
6. Manifestări orale existente la pacienții din grupurile de studiu
7. Prezența lucrărilor protetice și statusul acestora
8. Calitatea vieții – prin prisma statusului oral

În prima fază, pe baza criteriilor de includere în loturile de studiu, a fost aplicat chestionarul, denumit în continuare „chestionar de pre-testare“. Au fost incluși 15 pacienți în cadrul lotului țintă și 15 pacienți în cadrul lotului martor, respectând criteriile de includere/excludere în studiu. A fost obținut consimțământul informat al fiecărui pacient. Ponderea pacienților de sex masculin și de sex feminin a fost egală în ambele loturi, considerându-se ca fiind relevantă pentru obținerea unor date statistice obiective, în această fază de evaluare. S-a pornit de la premisa că o aplicare corectă a chestionarului, o culegere obiectivă a datelor, împreună cu introducerea fără erori în baza de date a informațiilor obținute și o prelucrare corectă statistic vor conduce atât la îndeplinirea obiectivului de validare a chestionarului, cât și la folosirea datelor deja obținute în această fază și la prelucrarea statistică finală din cadrul studiului. Loturile de studiu în această etapă fiind de mici dimensiuni, a fost realizată o analiză statistică descriptivă, fiind aplicat un număr limitat de corelații.

Durata de aplicare a chestionarului, pentru fiecare pacient din cele două loturi nu a depășit 10 minute, în medie. A fost necesar, la un număr variabil de pacienți din ambele loturi, de timp suplimentar pentru obținerea unor informații care să fie reflectate obiectiv în studiu. Totodată, trebuie menționat că aplicarea chestionarului a fost asistată de către medic, datorită formulării întrebărilor. Un pacient a fost exclus din cadrul lotului țintă, deși datele au fost înregistrate inițial, datorită prezenței unei tumori maligne operate – în sfera renală – și a suspiciunii unei alte tumori maligne plasată într-o altă zonă. Pacientul nu a furnizat date foarte exacte la aplicarea chestionarului, însă coroborarea infor-

mațiilor obținute cu valorile analizelor și diagnosticele din fișa de consultație au condus la excluderea acestuia. Pentru atingerea numărului necesar pentru faza de pretestare a fost introdus un nou pacient în lotul țintă de analiză.

Fiecare chestionar a fost verificat pentru a se asigura date complete pentru toate întrebările (câmpurile) existente. S-a creat o bază de date în format Excel, în care s-a introdus inițial fiecare câmp al chestionarului. A fost creat, în paralel, un dicționar de corespondență a semnificațiilor valorilor, pentru a putea fi transformate și interpretate statistic datele obținute. Au fost introduse datele din fiecare chestionar, obținându-se baza de date finală.

Datorită lipsei informațiilor legate de anumite valori ale analizelor pacienților, atât la lotul țintă, cât și la lotul martor, s-a decis renunțarea la o parte dintre acestea și anume: triiodtiroxină (FT3), tetraiodtiroxină (FT4), TSH, VSH – VSH la 1 oră și, atât PTH – sistem ADVIA CENTAUR XP, cât și PTH – sistem AIA TOSOH 1800. Pentru toate acestea există un număr mare de situații în care a trebuit să fie completată în chestionar opțiunea de „necunoscut”, ceea ce conduce la imposibilitatea analizei statistice.

La nivelul interpretării statistice nu a fost luată în considerare variabila „greutate”, aceasta fiind necesară calculului ratei de filtrare glomerulară (RFG). Formula de calcul a RFG a fost următoarea: pentru pacienții de sex masculin:  $RFG (B) = [(140 - \text{Vârsta (ani)} \times \text{Greutatea (kg)}) / [(72 \times \text{valoarea creatininei (mg/dl)})]$ ; pentru pacienții de sex feminin:  $RFG (F) = RFG (B) \times 0,85$ .

La cuantificarea datelor despre pacienții fumători, cantitatea medie de țigări fumate a fost calculată în pachete/an, această formulă fiind exprimată, în final, în numărul de pachete de țigări (sau fracție de pachet) fumate pe zi, timp de 1 an. În situația în care pacientul a renunțat la fumat se va face media dintre anii în care a fumat cu anii în care nu a fumat (situația fiind aplicată și la perioadele în care pacientul a fumat intermitent); în situația în care pacientul nu a fumat un număr constant de pachete (sau fracție de pachet) pe zi, se va face media întregii perioade în care a fumat. Astfel, se poate exemplifica: un pacient a fumat 2 pachete pe zi, timp de 20 de ani și a renunțat la fumat de 6 ani; conform formulei de calcul pacientul a fumat timp de 13 ani (media anilor) câte 2 pachete pe zi, rezultând așadar 26 de pachete/an ( $2 \times 13$ ), ceea ce înseamnă că a fumat echivalentul a 26 de pachete pe zi, timp de 1 an de zile.

## REZULTATE

Conform datelor obținute, se poate constata, ca pondere, că vârsta medie a pacienților care prezintă IRC este ușor mai mică decât a pacienților fără IRC, dar care prezintă alte boli cronice. Totodată, trebuie menționat că există o diferență mai mare între limitele vârstelor femeilor/bărbaților la nivelul celor două loturi (Tabelele 1 și 2).

**TABELUL 1.** Distribuția pacienților din lotul țintă – gen (sex), domiciliu, vârstă

Lot 1 – IRC (15)	
<b>Gen</b>	
<b>F</b>	<b>B</b>
8	7
<b>Domiciliul</b>	
<b>U</b>	<b>R</b>
11	4
<b>Vârsta</b>	
<b>Media – ani</b>	
60,6	
<b>F</b>	<b>B</b>
54,25	68,28

**TABELUL 2.** Distribuția pacienților din lotul martor – gen (sex), domiciliu, vârstă

Lot 2 – martor (15)	
<b>Gen (LM)</b>	
<b>F</b>	<b>B</b>
7	8
<b>Domiciliul (LM)</b>	
<b>U</b>	<b>R</b>
6	9
<b>Vârsta (LM)</b>	
<b>Media – ani</b>	
62,6	
<b>F</b>	<b>B</b>
60,75	64,71

Din punct de vedere al ponderii pe criteriile „nivel educațional” și „venit lunar” nu generează în acest moment suficiente informații pentru a putea fi stabilite corelații sau concluzii.

Din punct de vedere al categoriilor de fumători și nefumători, se poate observa că în ambele loturi predomină pacienții nefumători, cu valori mai mari de nefumători la lotul țintă decât în lotul martor (Tabelele 3 și 4). Anterior a fost expusă modalitatea de calcul a cantității de țigări fumate de fiecare pacient. Interesant, din acest punct de vedere, este faptul că cei 2 pacienți fumători din lotul țintă au avut o medie de 113 pachete-an, față de pacienții fumători din lotul martor – în număr de 6 – care au avut o medie de aproape 4 ori mai mică, respectiv de 28,79 pachete-an.

**TABELUL 3.** Distribuția pacienților din lotul țintă – fumători/ nefumători și cantitatea medie

Lot 1 – IRC (15)	
Fumător	
Nu	Da
13	2
Cantitate (medie)	
113 pachete/an	

**TABELUL 4.** Distribuția pacienților din lotul martor – fumători/nefumători și cantitatea medie

Lot 2 – martor (15)	
Fumător (LM)	
Nu	Da
9	6
Cantitate (medie) – LM	
28,79 pachete/an	

Din punctul de vedere al duratei în ani în care pacienții din lotul țintă prezintă insuficiență renală cronică, constatăm că aceasta este de 8,5 ani, cu o vechime ușor mai mare la bărbați și ușor mai mică în cazul femeilor (Tabelul 5).

**TABELUL 5.** Perioada de afectare – stadiul de IRC – la pacienții din lotul țintă

Lot 1 – IRC (15)	
Durata IRC	
Media – ani	
8,55	
F	B
8,12	9,04

Manifestarea sindromului nefrotic (Tabelul 6) la pacienții cu IRC este de egală pentru bărbați și pentru femei, la pacienții cu sindrom nefrotic prezent, iar cei care nu prezintă sindrom nefrotic sunt în număr de 9 din 15 pacienți. Media anilor în care toți pacienții din lotul țintă prezintă sindrom nefrotic este de 16,5 ani.

**TABELUL 6.** Prezența sindromului nefrotic la pacienții din lotul țintă

Lot 1 - IRC (15)			
Sindrom nefrotic			
Nu		Da	
F	B	F	B
5	4	3	3

Se poate observa că există un număr egal de pacienți de gen masculin care sunt supuși dializei cu cei care nu sunt supuși dializei și un număr mai mic de femei care fac dializă față de cel al femeilor care nu fac dializă.

Un aspect important este acela că valorile ratei de filtrare glomerulară (RFG) calculate atât pentru

pacienții cu IRC, cât și pentru cei din lotul martor, ne indică faptul că 10 pacienți (mai mult de 50%) dintre cei cu IRC prezintă o rată de 15-60 ml/min, iar 5 dintre ei prezintă o valoare mai mică de 15 ml/min, ceea ce îi încadrează la IRC severă, cu indicație de dializă (Tabelul 8). Comparativ, se poate observa că 7 pacienți sunt supuși dializei, deși 2 dintre aceștia nu prezintă în mod absolut o valoare mai mică de 15 ml/min (Tabelele 7 și 8). Totodată, tot comparativ, constatăm că valorile RFG la pacienții din lotul martor se înscriu la intervalele 60-90 ml/min și 90-120 ml/min (sau mai mult), cu excepția a 2 pacienți care se înscriu la 15-60 ml/min (ultimii doi pacienți fiind internați pentru alte boli cronice, fără o prezentare specifică legată de boli renale cronice) – Tabelul 9.

**TABELUL 7.** Distribuția pacienților cu IRC care sunt supuși dializei

Lot 1 – IRC (15)			
Dializă			
Nu		Da	
F	B	F	B
4	5	4	3

**TABELUL 8.** Valorile ratei de filtrare glomerulară (RFG) la pacienții cu IRC

Lot 1 – IRC (15)							
Rata de filtrare glomerulară (RFG)							
> 90-120 ml/min (normal)		60-90 ml/min		15-60 ml/min		< 15 ml/min	
F	B	F	B	F	B	F	B
0	0	0	0	6	4	2	3

**TABELUL 9.** Valorile ratei de filtrare glomerulară (RFG) la pacienții din lotul martor

Lot 2 – martor (15)							
Rata de filtrare glomerulară (RFG) – LM							
> 90-120 ml/min (normal)		60-90 ml/min		15-60 ml/min		< 15 ml/min	
F	B	F	B	F	B	F	B
1	4	6	2	1	1	0	0

Descrierea statistică pentru următoarele constante biochimice a fost considerată mai puțin relevantă în această fază a studiului, datorită corelațiilor limitate care se puteau realiza: albuminemie, calciu, glicemie, proteină totală, fibrinogen, leucocite, hemoglobină și fosfatemie.

Din punct de vedere al afecțiunilor generale, s-au putut constata următoarele diferențe:

1. În cazul accidentului ischemic – accident vascular cerebral/infarct miocardic (AVC/IMA) – se constată că, în cadrul lotului țintă, ponderea pacienților cu și fără accident ischemic sunt în procente aproximativ egale, iar în cadrul celor care au

avut în antecedente un accident ischemic, predomină pacienții cu o vechime mai mare de 1 an de zile de la producerea accidentului (indicator mai bun de pronostic față de cei cu accidente intervenite în mai puțin de 1 an de zile). De asemenea, comparativ, se poate observa că în cazul lotului martor predomină pacienții care nu au avut un accident ischemic în antecedente.

2. În cazul insuficienței cardiace, se constată că procentul pacienților care nu suferă de această afecțiune este mai mare decât cel al pacienților care prezintă afecțiunea – un raport de 65%/35% – fiind sensibil egale valorile pentru ambele loturi de studiu.

3. Insuficiența hepatică: în cazul lotului țintă doar un singur pacient din 15 a prezentat insuficiență hepatică, față de lotul martor în care raportul a fost aproape egal.

4. În cazul hepatitei cronice – se remarcă aceleași caracteristici ca și în cazul insuficienței hepatice.

5. În cazul diabetului insulino-dependent și al celui zaharat se remarcă o distribuție egală al pacienților la nivelul lotului martor pentru cei care prezintă diabet zaharat/fără diabet zaharat; în cazul diabetului insulino-dependent se constată că predomină pacienții fără diabet insulino-dependent, la nivelul ambelor loturi.

6. Pentru afecțiunile: osteoporoză/osteopenie/osteodistrofie: se constată că 66% dintre pacienți nu prezintă afecțiunea, iar 33% o prezintă – distribuție uniformă la nivelul ambelor loturi, cu mențiunea că în cadrul grupului de pacienți care prezintă afecțiunea – 100% sunt femei.

În cazul grupului de medicamente analizat, sintetizând, se remarcă un procent care trebuie semnalat în cazul medicației cortizonice – respectiv prednison – care a fost administrat (sau folosit) de 33% dintre pacienții lotului țintă – 100% dintre aceștia fiind femei.

În privința xerostomiei (hiposalivației) remarcăm un procent mai mare de pacienți din lotul țintă care semnaleză hiposalivația (peste 60% dintre pacienți); raportul este de 50%-50% în cazul lotului martor; în cazul senzației de limbă încărcată se constată că sunt procente mai mari (66%) în cazul pacienților care nu semnaleză această manifestare – la nivelul ambelor loturi de studiu.

Pentru categoriile următoare se observă că raportul de 50%-50% (cu mici variații) se respectă atât pentru lotul țintă de pacienți, cât și pentru lotul martor, astfel: prezența a cel puțin 3 resturi radiculare, prezența inflamației gingivale și lipsa a cel puțin jumătate din numărul dinților de pe o arcadă. Pentru categoriile: prezența a cel puțin 5 dinți cu

mobilitate, prezența retractiilor gingivale, prezența lucrărilor protetice neadaptate/mobilitate, se constată procente mai mari ale pacienților care nu prezintă aceste manifestări (la nivelul ambelor loturi) decât cei la care sunt prezente. La întrebarea „Ați consultat medicul stomatolog pentru rezolvarea problemelor dentare semnalate?” se remarcă că sunt mai mulți pacienți din lotul martor care au răspuns afirmativ.

La analiza comparativă a rezultatelor obținute la întrebările „Prezența xerostomiei” și „Probleme de vorbire provocate de xerostomie” se poate observa că doar 30% dintre pacienții care au răspuns afirmativ, atât în cadrul lotului țintă, cât și în cadrul lotului martor, semnaleză problemele provocate de xerostomie.

Din punctul de vedere al calității vieții, exprimat prin prisma asigurării sănătății orale și a funcționalității structurilor din această zonă la pacienții cu IRC, s-au putut constata următoarele rezultate statistice:

1. La disconfortul apărut la consumul alimentelor moi, 2 pacienți din 15 – lotul țintă – au răspuns afirmativ (existența problemelor), comparativ cu lotul martor, unde toți cei 15 pacienți au răspuns negativ (nici un pacient nu a răspuns afirmativ);

2. La disconfortul apărut la consumul alimentelor dure, 5 pacienți din lotul țintă și 6 pacienți din lotul martor au răspuns afirmativ;

3. La întrebarea „Vă feriți să consumați alimente în prezența altor persoane”, 3 pacienți din lotul țintă și 4 pacienți din lotul martor au răspuns afirmativ;

4. În cazul evitării periajului dentar din cauza diferitelor probleme dentare existente, 4 pacienți din lotul țintă și 2 pacienți din lotul martor au răspuns afirmativ;

5. La întrebările „Considerați că problemele de la nivelul cavității orale vă afectează viața personală” și „Considerați că problemele de la nivelul cavității orale vă afectează fizionomia”, mai mult de jumătate dintre pacienții ambelor loturi au răspuns afirmativ, procente fiind sensibil egale – 60-65%. Cu toate acestea, mai puțin de 50% dintre pacienții ambelor loturi consideră că ar avea nevoie de tratament stomatologic de urgență;

6. Între 65-70% dintre pacienți afirmă că vor consulta medicul stomatolog în perioada următoare pentru rezolvarea problemelor dentare și doar câte 6 pacienți din fiecare lot afirmă că un tratament stomatologic efectuat în perioada următoare le va îmbunătăți viața personală.

## CONCLUZII

În lumina datelor expuse anterior și urmărind obiectivele propuse atât pentru această etapă a studiului, cât și pentru întregul studiu, ținând cont de limitările inerente ale studiului și, mai ales, ale prezentei etape, pot fi prezentate următoarele concluzii:

1. Designul studiului a fost optim conceput.
2. Metodologia de lucru a studiului este corect realizată.

3. Datele culese prin intermediul chestionarului sunt obiective și valide;

4. Consimțământul pacientului conceput nu a ridicat nici un fel de problemă etică pacienților. Timpul de aplicare a chestionarului este respectat, cu excepția unor cazuri în care au fost necesare discuții suplimentare cu pacienții pentru obiectivarea informațiilor obținute.

5. Un pacient din lotul țintă a fost exclus înainte de prelucrarea statistică a datelor, constatându-se inadvertențe în informațiile prezentate de acesta, pacientul prezentând diagnosticul de tumoră malignă operată în sfera renală în antecedente și suspiciune de neo-tumoră malignă în prezent.

6. Sensul întrebărilor a fost înțeles de către pacienți.

7. Datele au putut fi transferate în baza de date realizată în format electronic.

8. Chestionarul de pretestare a putut fi validat, datele obținute putând fi folosite și în etapa statistică finală.

Raportat la lotul țintă – pacienți cu IRC – se pot afirma următoarele concluzii:

1. Persoanele de sex feminin prezintă o valoare medie a vârstei mai mică decât valoarea celor din lotul martor.

2. Deși sunt mai puține persoane fumătoare în lotul țintă, cantitatea medie de țigări fumate este de aproape 4 ori mai mare decât cantitatea medie fumată de persoanele din lotul martor.

3. Marea majoritate a subiecților din lotul țintă se încadrează în gradul III sau IV de IRC.

4. Există mai mulți pacienți cu IRC care prezintă în antecedente un accident ischemic – AVC sau IMA.

5. Există un procent mai mic de pacienți care suferă de insuficiență cardiacă, la nivelul lotului țintă, acest fapt neputând fi coroborat direct cu accidentele ischemice prezente la pacienții aceluiși lot.

6. Așa cum s-au regăsit datele în literatura de specialitate, există mai mulți pacienți având diag-

nosticul de diabet zaharat în lotul țintă față de lotul martor, la nivelul lotului țintă ponderea fiind de aproximativ 50%.

7. În categoria medicamentelor administrate pacienților cu IRC, medicamente care pot avea efecte asupra statusului dento-parodontal, se remarcă prezența medicației cortizonice – prednison – care a fost administrat la 33% din pacienți.

8. În cadrul problemelor din sfera oro-dentară, se confirmă datele din literatură, respectiv apariția hiposalivației – la peste 60% dintre pacienții cu IRC, prezența în procent de 50% a inflamațiilor gingivale, a existenței a cel puțin 3 resturi radiculare în cavitatea bucală și a lipsei a cel puțin jumătate din numărul dinților de pe o arcadă – ceea ce confirmă prezența afecțiunilor parodontale netratate, atât în fază incipientă, cât și în fază avansată.

9. Un alt aspect important este faptul că 1/3 din pacienții ambelor loturi au răspuns afirmativ în privința dificultății consumului de alimente dure, fapt care este în concordanță cu prezența lucrărilor protetice la acești pacienți; doar 50% din acești pacienți menționează probleme la nivelul lucrărilor protetice. Prin comparație, în cadrul lotului martor există mai mulți pacienți cu lucrări protetice, însă procentul celor care au probleme de masticatie cu lucrările protetice este ușor mai mic decât în lotul țintă. Acest lucru denotă existența problemelor la nivelul țesuturilor de suport – respectiv dinți stâlpi – țesut parodontal – sau la nivelul suportului osos – acolo unde există edentații.

10. Din punctul de vedere al calității vieții din perspectivă oro-dentară, rezultatele propriu-zise nu sunt elocvente, însă coroborarea acestora cu statusul educațional și cu nivelul de venit al pacienților ne determină să afirmăm că atât igiena oro-dentară, cât și preocuparea menținerii unui sistem de sănătate orală personală nu intră în aria de interes a pacienților cu IRC; această concluzie se găsește totuși în concordanță cu numărul mare de pacienți care nu au probleme la consumul alimentelor moi – fapt care favorizează prezența unei plăci bacteriene modificate și mai abundente – așadar confirmă existența problemelor la nivel parodontal.

11. Deși 65-70% dintre pacienți afirmă că vor consulta medicul stomatolog pentru rezolvarea problemelor dentare existente, doar 30% din numărul total de pacienți consideră că ar avea un beneficiu în urma unui tratament stomatologic.

**BIBLIOGRAFIE**

1. **Bricker S.L., Langlais R.P., Miller C.S.** Oral Diagnosis, Oral Medicine, and Treatment Planning. Philadelphia, PA: Lea & Fibiger; 1994
2. **National Kidney Foundation**, New York, <https://www.kidney.org/kidneydisease/aboutckd>, accesat la 11.06.2015
3. **De Rossi S.S., Glick M.** Dental considerations for the patient with renal disease receiving hemodialysis. *J Am Dent Assoc.* 1996; 127(2):211-9
4. **Mitch W.E., Klahr S. (eds)**. Handbook of Nutrition and the Kidney, 3rd edition. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven Publishers; 1998:87-89
5. **Whitney E., Rolfes S.** Understanding Nutrition, Seventh Edition. St. Paul, MN: West Publishing Company; 1996
6. **Byham-Gray L., Wiesen K.** A Clinical Guide to Nutrition Care in Kidney Disease. Chicago, IL: American Dietetic Association; 2004
7. **Hays R.D., Kallich J.D., Mapes Dona L., Coons S.J., Amin N., Carter W.B.**, Kidney Disease Quality of Life Short Form (KDQL-SF), Version 1.3: A Manual for Use and Scoring, Published 1997 by RAND
8. **Szabolcs B.**, Quality of life assessment in patients with chronic kidney disease, PhD Thesis, Budapest, 2005
9. **Kidney Cares Community**, Chronic Kidney Disease Questionnaire, <http://www.kidney-cares.org/ckd-question.html>, accesat la 04.11.2014
10. **Weill Cornell Medical College**, Simple Screening Questionnaire for Kidney Disease Outperforms Current Clinical Practice Guidelines, <http://weill.cornell.edu/news/pr/2008/02/simple-screening-questionnaire-for-kidney-disease-outperforms-current-clinical-practice-guidelines.html>, accesat la 04.11.2014
11. **Agrawal V., Garimella P.S., Roshan S.J., Ghosh A.K.**, Questionnaire survey of physicians: Design and practical use in nephrology. *Indian Journal of Nephrology.* 2009;19(2):41-7.