



ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»
Ордена Трудового Красного Знамени
Медицинский институт имени С.И. Георгиевского
Кафедра стоматологии и ортодонтии



ДОКЛАД

Системный подход в лечении хронического периодонтита у больных с заболеванием почек

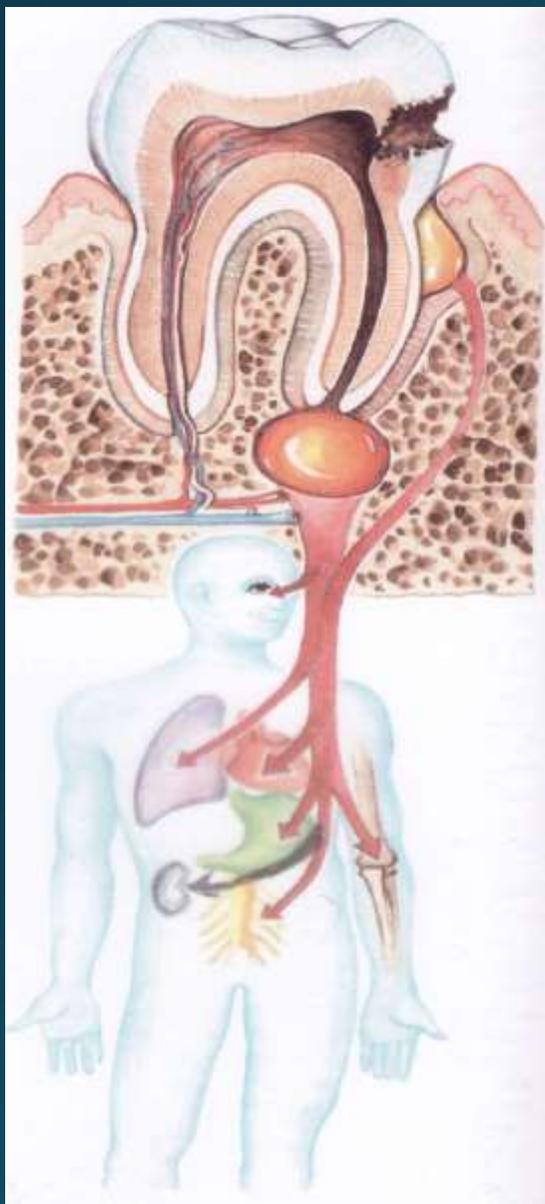
Докладчик: к.м.н., доцент Прийма Наталья Владимировна

Содокладчик: д.м.н., профессор Морозова Марина Николаевна

Актуальность темы

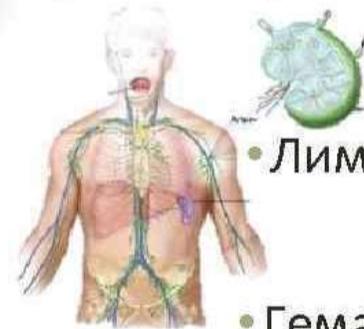
Лечение хронического периодонтита у больных с сопутствующими заболеваниями организма на протяжении многих лет остается одной из актуальных проблем стоматологии. Прежде всего, это объясняется тем, что больные с хроническими соматическими заболеваниями, как правило, имеют вторичный иммунодефицит, что приводит к более частому развитию периодонтита и его осложнений.

Одонтогенная инфекция неблагоприятно влияет на весь организм, вызывая более тяжелое течение многих соматических заболеваний и развитие очаговообусловленных заболеваний. Еще в XX веке был установлен иммунокомплексный механизм развития эндокардита, ревматизма и гломерулонефрита под действием стрептококковой инфекции полости рта.



Наиболее распространенным заболеванием почек является хронический пиелонефрит - вялотекущее, периодически обостряющееся бактериальное воспаление почек, которое часто осложняется гипертонией и почечной недостаточностью. Следует отметить, что хронический пиелонефрит по частоте занимает второе место среди болезней человека после воспалительных заболеваний дыхательных путей. По современным данным одним из путей попадания микроорганизмов в почки является гематогенное проникновение инфекции, в частности из очагов хронической инфекции.

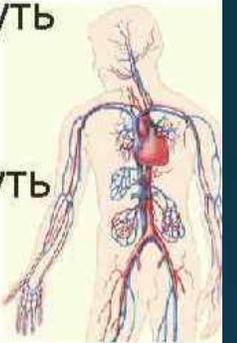
Пути инфицирования почек



- Лимфогенный путь



- Гематогенный путь



- Урогенный путь (восходящий)



Почки являются органом детоксикации и в первую очередь подвергаются воздействию бактериальных токсинов, которые поступают в кровь при обострении периодонтита и его осложнениях, например при остром периостите.

В литературе имеются данные, что наличие в полости рта у больного с хроническим пиелонефритом зубов с осложненным кариесом в виде обострившегося периодонтита поддерживает обострение воспалительного процесса в почках.

Цель исследования

Цель исследования - повышение эффективности лечения хронических форм верхушечного периодонтита у больных с сопутствующим хроническим пиелонефритом.

В ходе исследования были изучены:

- особенности клинического течения хронических форм периодонтита у больных хроническим пиелонефритом;
- степень эндогенной интоксикации у больных пиелонефритом при наличии зубов с хроническим и обострившимся периодонтитом.

Материал и методы

Основную группу исследования составили 67 больных хроническим пиелонефритом в возрасте от 22 до 59 лет, у которых в полости рта обнаружены околозубные очаги инфекции в виде хронического и обострившегося периодонтита.

Группа сравнения состояла из 42 пациентов с периодонтитом, не имеющих сопутствующих заболеваний.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Было проведено клиническое, иммунологическое и биохимическое обследование пациентов.

Результаты исследования

Установлен ряд особенностей клинического течения хронического периодонтита у больных хроническим пиелонефритом (по сравнению с группой сравнения):

- 1) отмечено более частое (в 2,5 раза) наличие у больных 3-х и более зубов, пораженных периодонтитом ($p < 0,1$);
- 2) в 53,7% наблюдений имело место повторное эндодонтическое лечение, что, вероятно, связано с имеющимся у данных больных вторичным иммунодефицитом;
- 3) в 1,6 раз чаще хронический периодонтит протекал с частыми обострениями и развитием признаков интоксикации (жалобы на повышение температуры тела до субфебрильных цифр, головная боль, недомогание, утомляемость);
- 4) Частота встречаемости хронического гранулематозного периодонтита, в том числе в стадии обострения была выше ($p < 0,05$) и в 1,9 раз чаще периодонтит осложнялся развитием радикулярных кист ($p < 0,01$).

При сборе анамнеза выяснено, что 18 (26,8%) больных отмечали взаимосвязь между наличием околозубных очагов инфекции и течением хронического пиелонефрита - пациентами было замечено появление клинических симптомов обострения хронического пиелонефрита (боль в пояснице, повышение температуры тела) в течение 5-7 дней после обострения периодонтита.

На фоне снижения иммунологической реактивности организма повышается вероятность поступления микроорганизмов из околозубных очагов инфекции в кровеносное русло, что приводит к реактивации инфекции в лоханочно-интерстициальной системе почек.



Биохимическое исследование крови при обострении периодонтита показало достоверное увеличение ($p < 0,05$) уровня среднемолекулярных олигопептидов у больных пиелонефритом, что свидетельствовало о наличии выраженной эндогенной интоксикации.

Очень показательны данные, полученные при хирургическом лечении периодонтита, которое проведено 27 пациентам основной группы по абсолютным медицинским показаниям. Так, у 9 (33,3%) пациентов основной группы в течение 7 дней после операции развилось обострение хронического пиелонефрита, которое связано как с развитием транзиторной бактериемии вследствие операции, так и с тем, что хирургические вмешательства обладают иммунодепрессивным эффектом.

На основании полученных данных предложен способ комплексного лечения обострения хронического периодонтита у больных хроническим пиелонефритом, который, прежде всего, заключается в дополнительном назначении антибактериальных и дезинтоксикационных лекарственных средств к местному эндодонтическому лечению периодонтита.



Таким образом, при лечении периодонтита у больных пиелонефритом, следует учитывать, что обострение периодонтита у данных больных может провоцировать обострение сопутствующего пиелонефрита, что требует консультации врача-нефролога для назначения превентивного антибактериального лечения с учетом чувствительности микрофлоры в моче, либо назначения этиотропной системной антибактериальной терапии.

Кроме того, снижение детоксикационной функции почек и повышение уровня эндогенной интоксикации у больных с обострившимся верхушечным периодонтитом и хроническим пиелонефритом свидетельствует о необходимости проведения дезинтоксикационной терапии таким больным.

При обострении периодонтита у больных с сопутствующим хроническим пиелонефритом для предупреждения развития общих осложнений рекомендовано назначать прием внутрь **энтеросорбентов**, например «Полифепан» по 1 стол. ложке (запивая 100 мл воды) 3 раза в день в течение 3-5 дней и **антибактериальных препаратов**, например, «Ломефлоксацин» по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 5 дней (согласно инструкции).

Ломефлоксацин относится к группе фторхинолонов, обладает широким спектром действия и является препаратом выбора для эмпирической терапии хронического пиелонефрита, т.е. без посева мочи для определения чувствительности микроорганизмов.

Лечение обострения хронического периодонтита проведено 54 пациентам **основной группы**. В зависимости от проведенного лечения основная группа больных была разделена на две подгруппы.

В первой подгруппе (n=23) проводили только местное эндодонтическое лечение.

Во второй подгруппе (n=31) наряду с местным лечением назначалась общая антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Результаты лечения показали, что в 26% наблюдений пациентов, которым общее лечение не проводилось, в ближайшие сроки лечения периодонтита развилось общее осложнение в виде обострения хронического пиелонефрита. В то время как в подгруппе пациентов, получивших общее лечение, не наблюдалось обострения сопутствующего заболевания.

После проведения лечения периодонтита у пациентов основной группы и группы сравнения на 5-7 сутки отмечено снижение уровня эндогенной интоксикации, что обусловлено стиханием острых воспалительных явлений в периодонте.

Уровень эндогенной интоксикации больных с обострением периодонтита до и после стоматологического лечения

Основная группа	СМО, усл.ед. (M±m)	Группа сравнения	СМО, усл.ед. (M±m)
до лечения	0,522 ±0,018	до лечения	0,478 ±0,037
после местного лечения	0,362 ±0,035	после лечения	0,283 ±0,040
после комплексного лечения	0,296 ±0,025*	Контрольная группа	0,251 ±0,012

Примечание: * - $p < 0,05$ в сравнении с показателями до лечения

Выводы

1. Частота встречаемости хронического периодонтита у больных хроническим пиелонефритом составляет 53,1%. Особенностью клинического течения периодонтита у данных больных являются частые и длительные обострения периодонтита, преобладание гранулематозной формы периодонтита, наличие множественных околозубных очагов инфекции, которые отягощают течение сопутствующего заболевания: обострение хронического пиелонефрита в течение 7 дней отметили 22,2% больных с обострением периодонтита и 33,3% пациентов - после удаления околозубного очага хирургическим методом.
2. Включение общего антибактериального и энтеросорбционного лечения в комплексную терапию обострившегося периодонтита у больных хроническим пиелонефритом приводит к сокращению длительности лечения, снижению эндогенной интоксикации и предупреждению развития общих осложнений – обострения хронического пиелонефрита.

Практические рекомендации

1. Для снижения степени эндогенной интоксикации, сокращения сроков лечения периодонтита, предупреждения развития местных и общих осложнений у больных с обострившимся периодонтитом и хроническим пиелонефритом наряду с местной терапией необходимо проводить общее лечение: назначение внутрь энтеросорбентов (например, «Полифепан») и антибактериальных препаратов (например, «Ломефлоксацин»).

2. Показанием к хирургическому лечению периодонтита у больных хроническим пиелонефритом является наличие хронического периодонтита с неоднократными обострениями в анамнезе, размером более 0,5 см в диаметре и наличием клинических симптомов интоксикации.

3. При обострении хронического периодонтита, а также проведении хирургических операций по устранению околозубного очага инфекции пациентам должна быть рекомендована консультация врача-нефролога для выработки общей тактики предупреждения развития обострения пиелонефрита.

*Спасибо за
внимание!*

