
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИМ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Э.В. Величко, В.И. Гунько

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии
Российский университет дружбы народов
ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД»
ул. Лосиноостровская, влад. 43, Москва, Россия, 107150

В статье отображен обзор литературы, освещающей проблему рационального лечения больных кардиохирургического профиля. В связи с совершенствованием техник операций на сердце увеличился процент выживающих больных, которые в последующем нуждаются в стоматологическом лечении. До настоящего времени не существует единых подходов к обследованию таких больных и правил оказания им амбулаторной стоматологической помощи.

Ключевые слова: кардиохирургические больные, стоматологические манипуляции, луночковые кровотечения.

Одной из болезней цивилизации является ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая известна человечеству около двух тысяч лет. Ею страдают около 5—8% мужчин в возрасте от 20 до 44 лет и 18—24,5% в возрасте от 45 до 69 лет. Распространенность ИБС у женщин несколько меньше и в старшей возрастной группе обычно не превышает 13—15% [4]. Статистические данные смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях представлены высокими показателями: в 2000 году в нашей стране она составила 55,3% всех случаев смерти [10]. На 1-м месте находится летальность больных от ИБС, также существенную роль играют приобретенные и врожденные клапанные патологии сердца. Прогрессирование заболеваний сердечно-сосудистой системы связано с увеличением распространенности среди населения факторов риска, таких как курение, гиподинамия, ожирение. Отчетливо повышается процент заболеваемости среди людей, страдающих артериальной гипертензией, сахарным диабетом, гиперхолестеринемией. Все это звенья одной цепи, приводящей к развитию атеросклероза, лежащего в основе формирования ИБС.

Сам термин «ишемическая болезнь сердца» появился в клинической медицине в 1962 г. и идентичен термину «коронарная болезнь», введенному в номенклатуру Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в 1959 г. В эту нозологическую единицу объединили заболевания сердца, причиной которых являлось недостаточное снабжение миокарда кислородом.

Ишемическая болезнь сердца обусловлена несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, что приводит к нарушениям функций сердца.

Причиной возникновения недостаточности снабжения миокарда кислородом является стеноз коронарных сосудов в результате развития атеросклероза, их полная обтурация тромбом или неврогенный спазм коронарных сосудов, чаще также поврежденных атеросклерозом. Поскольку больные редко выполняют ре-

комендации врачей (бросить курить, отказаться от употребления жирной пищи, увеличить физическую нагрузку), важную роль в реабилитации пациентов играет лекарственная терапия. Лечение стенокардии преследует три основные цели — облегчение симптомов, снижение риска инфаркта миокарда или смерти. Для увеличения продолжительности жизни таких больных применяются четыре основные группы препаратов: антитромбоцитарные средства, β -блокаторы, ингибиторы АПФ и ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины). Каждая из этих групп препаратов, обладая специфическим механизмом действия, уменьшает заболеваемость и смертность этих больных. Аспирин и другие антитромбоцитарные препараты (тиклопидин, клопидогрель) снижают способность тромбоцитов к агрегации, уменьшая риск развития повторного инфаркта миокарда.

При отсутствии эффективности медикаментозной и немедикаментозной терапии больному показано хирургическое лечение — аортокоронарное шунтирование, стентирование и другие методы реваскуляризации миокарда. После проведения оперативного вмешательства на сердце всем пациентам пожизненно назначаются антиагреганты и/или антикоагулянты.

При наличии врожденной или приобретенной клапанной патологии сердца основным методом лечения является замена одного или нескольких клапанов протезами. Основную опасность для жизни больных с искусственными клапанами сердца составляют тромбоэмболические осложнения, источником которых являются тромбы, образующиеся на поверхности протеза клапана. Риск тромбоза искусственного клапана — жизнеугрожающего осложнения в отсутствие терапии антагонистами витамина К — достигает 8—22% в год [4]. После имплантации механического протеза клапана сердца требуется пожизненная и более интенсивная антикоагулянтная терапия — целевые значения МНО 3,0 (или от 2,5 до 3,5) или 2,5 (или от 2,0 до 3,0) в комбинации с 80—100 мг ацетилсалициловой кислоты в сутки. У больных с высоким риском тромбоэмболий (больные с искусственными клапанами сердца, мерцательной аритмией при наличии факторов риска тромбоэмболий, перенесшие тромбоз глубоких вен или тромбоэмболию легочной артерии) при необходимости инвазивного вмешательства антикоагулянты заменяют на гепарин (нефракционированный или низкомолекулярный) в дозах, применяемых для лечения венозного тромбоза. Больным после малых хирургических вмешательств или после инвазивных процедур гепарин с низкими молекулярным весом можно возобновлять через 24 часа. Больным после большого хирургического вмешательства или имеющим повышенный риск кровотечения рекомендуется возобновление гепаринотерапии через 48—72 часов для обеспечения адекватного гемостаза. На основании индивидуальной оценки риска кровотечения, наличия адекватного гемостаза время возобновления гепаринотерапии в особых случаях может изменяться. По мнению некоторых авторов, больным перед предстоящими стоматологическими операциями можно продолжать прием варфарина в случае использования местно гемостатической губки и обеспечения адекватного местного гемостаза. Однако более безопасным для пациента является временная отмена варфарина хотя бы на 2—3 дня с последующим возобновлением терапии сразу после проведения процедуры при наличии серьезных показаний [4].

Второй глобальной проблемой при оказании медицинской стоматологической помощи больным кардиохирургического профиля является развитие воспалительных процессов во всем организме при активации хронических очагов инфекции, в том числе одонтогенной природы [2]. Профилактика инфекционного эндокардита включает в себя применение антибактериальных средств перед предстоящими медицинскими манипуляциями. Список манипуляций, перед проведением которых необходима антибактериальная профилактика, включает в себя стоматологические манипуляции, при производстве которых происходит повреждение слизистой оболочки полости рта, ткани десен или периапикальной области зубов, и инвазивные манипуляции, связанные с повреждением слизистой оболочки респираторного, желудочно-кишечного трактов и мочевыводящих путей.

Видовой состав микрофлоры, выделенной при стоматологических вмешательствах, по данным С.Б. Ковязиной, Г.Н. Лапшиной, А.М. Сафиуллина (1996), представлен *S. Aureus* ($8,3 \pm 1,6\%$), *S. Mitis* ($6,6 \pm 1,5\%$), *S. Epidermidis* ($6,6 \pm 1,5\%$), *S. Salivarius* ($6,6 \pm 1,5\%$), *S. Faecalis* ($5,2 \pm 1,3\%$) и *N. Mucosa* ($0,3 \pm 0,3\%$). Наиболее высокая бактериемия отмечалась при операции удаления зуба ($67,5 \pm 4,37\%$) и кюретаже десневых карманов ($27,2 \pm 9,7\%$), несколько ниже — при снятии зубных отложений ($12,8 \pm 4,4\%$) и эндодонтических вмешательствах ($10,0 \pm 6,9\%$); при препарировании зубов под коронки транзиторная бактериемия не определялась [3].

При исследовании микрофлоры периапикальных тканей пациентов с ревматическими пороками сердца и ревматизмом высеиваются гемолитический и зеленящий стрептококки, в том числе 15,5% это энтерококки; стафилококки, грамположительные и грамотрицательные палочки [8]. По данным Н.Л. Челидзе, А.И. Рыбакова (1984), 60—65% случаев очаговой инфекции приходится на стоматогенные очаги [5]. Неудовлетворительная гигиена полости рта, пародонтальные и периапикальные инфекции могут инициировать бактериемию самостоятельно, даже без проведения стоматологических процедур [1]. Возникновение и выраженность бактериемии орального происхождения прямо пропорциональны стадии развития воспалительного процесса. Благоприятный исход лечения одонтогенных верхушечных очагов напрямую зависит от своевременного, комплексного и современного стоматологического лечения [6], однако 78% терапевтически успешно пролеченных зубов по поводу пульпитов и периодонтитов через 1—2 года являются источником сенсбилизации организма, генерируя инфекцию и токсикоз. По данным Ю.М. Максимовского (1997), благоприятными исходами лечения периодонтитов достоверно можно считать лишь 51,1% случаев.

По данным Т.Г. Робустовой (1997), обострение хронического периодонтита в результате некачественного лечения встречается у 65% больных, а остеомиелит и флегмоны ЧЛО — у 75% и 60% больных соответственно. Только в 8,8% наблюдений все корневые каналы моляров и премоляров, леченых по поводу осложненных форм кариеса, obturированы до верхушек зубов, однородно и без выведения пломбировочного материала в периапикальные ткани [7]. При этом зубы, пролеченные резорцин-формалиновым методом, через 1—3 года подлежат удалению, рентгенологические исследования выявляют деструкцию костной ткани

и расширение периодонтальной щели в 93,7% случаев [6]. В ходе наблюдений за результатами лечения всех пациентов в течение 1 года (Козлов В.А. 1997) у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в 3,3% случаев диагностированы осложненные формы течения острой одонтогенной инфекции, а у 12,5% от общего числа больных вылеченные ранее зубы были удалены. Причем в некоторых случаях потребовалось лечение в условиях стационара в связи с обострением фонового заболевания, что угрожало здоровью и иногда жизни больного.

Поэтому эффективность лечения хронических форм периодонтитов и его благоприятные исходы можно констатировать после прохождения длительного периода реабилитации [6, 9].

До сих пор остается нерешенной проблема для стоматолога, какие стоматологические манипуляции в большей или меньшей степени провоцируют транзиторную бактериемию или приводят к более выраженной бактериемии чем та, которая возникает в результате повседневной жизнедеятельности человека (процесс пережевывания пищи, чистка зубов щеткой и нитью и т.д.). Возможно, поддержание удовлетворительной гигиены полости рта и регулярное посещение стоматолога более важны в снижении риска инфекционного эндокардита на протяжении жизни, чем только антибиотикопрофилактика при стоматологических манипуляциях. Однако при необходимости оказания стоматологической помощи этой группе пациентов врачи часто сталкиваются с проблемой возникновения осложнений, связанных с проводимой антикоагулянтной терапией. Это приводит к временной отмене приема разжижающих кровь препаратов, затруднению оказания хирургической стоматологической помощи, особенно при обострении очагов хронической одонтогенной инфекции, и плохо прогнозируемому исходу лечения в связи с высоким риском возникновения послеоперационного кровотечения.

В настоящее время не существует единой тактики ведения пациентов, перенесших операцию на сердце или нуждающихся в ней, врачами лечебного профиля и стоматологами. Незамедлительное назначение всего комплекса препаратов, предупреждающих развитие осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у пациентов с отягощенным анамнезом, приводит к тому, что на госпитальном этапе многие пациенты, нуждающиеся в хирургической санации полости рта, сразу не могут быть пролечены стоматологом. Это приводит к вынужденной коррекции терапии антикоагулянтами или антиагрегантами. В свою очередь, период пребывания пациентов в стационаре пролонгируется, а иногда, при выявлении активных очагов одонтогенной инфекции, это приводит к необходимости повторной госпитализации больных для планового кардиохирургического лечения после ликвидации воспалительных процессов в полости рта. При обращении пациентов, уже перенесших операцию на сердце, отмена антикоагулянтов и антиагрегантов невозможна, и хирургическая стоматологическая помощь оказывается, как правило, в стационаре.

Таким образом, при своевременной санации полости рта и диспансерном наблюдении кардиологических и кардиохирургических больных врачом-стоматологом, а также совместное ведение этих пациентов врачами разного профиля приведет к снижению риска осложнений после хирургических стоматологических манипуляций.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Дужинский С.В.* Клиническое обоснование применения дентальной имплантации у пациентов с гипертонической болезнью и хронической ишемической болезнью сердца: Дисс. ... к.м.н. — Московский государственный медико-стоматологический университет, 2007. — 135 с.
- [2] *Идов Э.М., Резник И.И.* Клапанный инфекционный эндокардит (эволюция, клиника, лечение). — Екатеринбург: УГМА, 2009. — 305 с.
- [3] *Ковязина С.Б., Латшина Г.Н., Сафиуллина А.М.* Видовой состав микрофлоры, выделенной при стоматологических вмешательствах // Казан. вестн. стоматологии. — 1996. — № 2. — С. 91.
- [4] *Кропачева Е.С., Панченко Е.П.* Практические аспекты терапии варфарином // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 19. — С. 1246—1250.
- [5] *Рыбаков А.И., Челидзе Л.Н.* Системные стоматологические заболевания. — Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1984. — 238 с.
- [6] *Шалак О.В.* Роль очагов одонтогенной инфекции в формировании метаболического статуса организма у больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями: Дисс. ... к.м.н. — Военно-медицинская академия, 2000. — 155 с.
- [7] *Шаргородский А.Г.* Профилактика одонтогенных воспалительных заболеваний. Материалы IV Междунар. конф. чел.-лиц. хирургов и стоматологов. — СПб., 1999. — С. 158—159.
- [8] *Шелковский В.Н.* Хирургическая санация очагов одонтогенной инфекции в лечении и профилактике инфекционных эндокардитов: Дисс. ... к.м.н. — Военно-медицинская академия, 1999. — 170 с.
- [9] *Sewon L.A., Karjalainen S.M., Sainiom M. et all.* Calcium and other salivary factors in periodontitis-affected subjects prior to treatment // J. Clin. Periodontol. — 1995. — 22:4. — P. 267—270.
- [10] *Мухин Н.А., Мусеев В.С.* Пропедевтика внутренних болезней. — М.: Гэотар-Медиа, 2005. — 763 с.

ACTUAL PROBLEMS OF OUT-PATIENT DENTAL CARE TO CARDIOLOGIC AND CARDIOVASCULAR PATIENTS

E.V. Velichko, V.I. Gun'ko

Department of maxillofacial surgery and Surgical stomatology
CDB № 2 of N.A. Semashko RZD
Losinoostrovsky str., 43, Moscow, Russia, 107150

The review deals with a problem of rational treatment of cardiovascular patients. There is increased percent of surviving patients after heart operations due to improvement of surgical technique and who require the subsequent dental treatment. To the present day, there are no universal approaches to investigation and management of such patients for outpatient dental practice.

Key words: cardiovascular patients, dental manipulations, alveolar bleedings.