

10. Орехова Л.Ю. Методы исследований микроциркуляции пародонта и пульпы зуба / Л.Ю. Орехова, О.В. Прохорова, Т.В. Кудрявцева // Методы исследования микроциркуляции в клинике : матер. Науч.практ. конф. (СПб., 2-3 февр. 2001 г.). – СПб., 2001. – С. 38–41.

11. Оспанова Г.Б. Резорбция корней зубов / клиническая стоматология – 2004: 02: 58-61

12. Рахимова Э.Н. Критерии оценки нарушений кровоснабжения тканей десны методом ультразвуковой доплерографии при заболеваниях пародонта : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Э.Н. Рахимова. – М., 2005. – 21 с.

13. Рисованная О.Н. Ультразвуковая доплерография как метод исследования микроциркуляции при заболеваниях пародонта / О.Н. Рисованная // Матер.науч.-практ. конф. – СПб., 2004. – С. 71–72.

14. Тронстад Л. (2009) Клиническая эндодонтия. (пер. с англ.)/Л.Тронстад, М. :МЕДпресс-информ, 288 с.

15. Угнивенко В.И. Асептический некроз головки бедренной кости/В.И.Угнивенко. - фрагмент отчета НИР N 632\056\022 “разработка новых методов медицинской реабилитации ортопедотравматологических больных с тяжелыми нарушениями функции нижних конечностей для применения в условиях поликлиники. ”

16. Хельвиг Э. Терапевтическая стоматология (пер. с нем.)/ Э.Хельвиг, Й. Климек, Т. Аттин .- Львов,: ГалДент,1999, 409 с.

17. Gleissner C. Gingival microcirculation in acute and chronic gingivitis / C. Gleissner [et al.] // J. Dent. Res. – 1998. – Vol. 77 (IADR Abstract). – P. 993.

18. Masso N.S.P., RAM, Jord M.M., Ash Jr. Parodontologie et Aspectes theoriques paratiques, Medecine nucleares. — Franqoi, 1998.

УДК 616.31-089

**Е.В. Барабанщикова, Е.С. Чупина, И.А. Цидаева¹, М.Е. Шимова²
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У
ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

¹Кафедра факультетской терапии

²Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

**E.V. Barabantshikova, E.S. Chupina, I.A. Cidaeva¹, M.E. Shimova²
INTEGRATED APPROACH TO TOOTH EXTRACION OPERATIONS
FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES**

¹Department of Faculty Therapy

²Department of Operative Dentistry and Maxillofacial Surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

Контактный e-mail: Yekaterina0712@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности комплексного подхода к проведению хирургического стоматологического лечения (на примере операции удаления зуба) у пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Annotation. The article deals the features of an integrated approach to the surgical dental treatment (for example, tooth removal surgery) for patients with concomitant cardiovascular disease (CVD).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, хирургическая стоматология, обследование.

Keywords: Cardiovascular diseases, Oral surgery, Survey.

Введение

На сегодняшний день для хирурга-стоматолога в условиях поликлинического стоматологического приема остается актуальной проблема лечения пациентов с сопутствующими заболеваниями [2]. Недооценка общего состояния больного может привести к тяжелым осложнениям как во время вмешательства в полости рта, так и в послеоперационном периоде [4].

Согласно данным ВОЗ, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают одно из первых мест по частоте встречаемости среди всех заболеваний [6]. Игнорирование этого факта может привести к возникновению самых серьезных осложнений и их последствий [1,3,5].

При тщательном обследовании пациента хирургу-стоматологу необходимо учитывать клинические симптомы сопутствующих заболеваний для правильно выбора дальнейшего лечения.

Цель исследования - повышение эффективности лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией при операции удаления зуба.

Материалы и методы исследования

В исследовании участвовали 40 пациентов кардиологического отделения ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. Из них 16 женщин (40%) и 24 мужчины (60%) в возрасте от 50 до 90 лет. Из исследования были исключены больные, находящиеся в палатах интенсивной терапии.

Поводом для госпитализации послужили следующие заболевания: гипертоническая болезнь, аритмии различного генеза, гипотония, стенокардия, ишемическая болезнь сердца. (Рис.1)

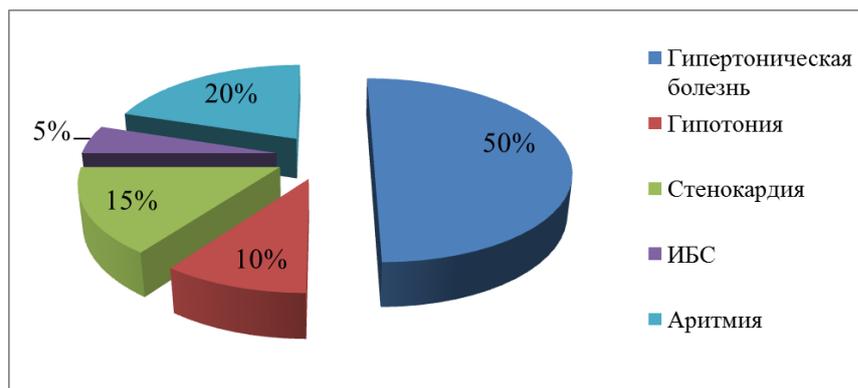


Рис. 1. Распределение больных кардиологического отделения по заболеваниям

В исследование были включены две группы больных. Первая группа включала 20 пациентов с гипертонической болезнью, из них 8 женщин (40%) и 12 мужчин (60%), их средний возраст составил 65 лет. Вторая группа - 8 человек: 6 женщин (75%) и 2 мужчин (25%), средний возраст – 72 года.

У всех больных был проведен опрос: выявлены жалобы на момент поступления в стационар, собран анамнез развития заболевания, проведено клиническое обследование: осмотр, пальпация области сердца, перкуссия границ относительной тупости и аускультация сердца. Из дополнительных методов обследования были проведены: ЭКГ, общий и биохимический анализ крови, определение уровня холестерина, креатинина, липопротеинов низкой и высокой плотности. Нами было проведено анкетирование обеих групп пациентов. Анкета здоровья включала в себя вопросы с выбором ответа и открытые вопросы о кардиологическом анамнезе, особенностях ежедневной лекарственной терапии. Стоматологический анамнез (кровотечение во время операции удаления зуба, кровоточивость десен, подвижность зубов, наличие зубов с разрушенной коронковой частью, последний визит к стоматологу) и вопросы об индивидуальной гигиене полости рта.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании анализа данных опроса было определено, что все пациенты первой группы жаловались на боли в области сердца, головную боль, повышенную утомляемость, нервозность и плохой сон. Пациенты второй группы жаловались на ощущения «перебоев» в работе сердца при изменении положения тела и при физической нагрузке.

При осмотре и пальпации области сердца у пациентов обеих групп патологии обнаружено не было. Перкуссия у 30% пациентов первой группы выявила расширение перкуторных границ относительной сердечной тупости влево на 1 см. У остальных пациентов изменений не было.

У 30% пациентов первой группы на ЭКГ, проведенной пациентам при поступлении в стационар, отмечалось отклонение электрической оси сердца влево, увеличение амплитуды комплекса QRS, депрессии сегмента ST и

снижение амплитуды зубца Т в отведениях V5, V6, I, aVL. У 25% пациентов второй группы наблюдались паузы (периоды асистолии) в работе сердца. У всех пациентов методом суточного мониторинга по Холтеру были выявлены нарушения ритма сердца при физической нагрузке.

При измерении артериального давления у 70% больных первой группы и у 88% второй наблюдались значения в пределах нормы.

Данные, полученные при анкетировании, соответствовали низкому уровню мотивации пациентов к приему основной медикаментозной терапии. Выявлено, что 35% больных обеих групп не помнят, какие препараты принимают постоянно и при ухудшении самочувствия. Дозировку лекарственных средств и правила приема знали 13% участвующих в опросе.

При анализе данных о стоматологической просвещенности пациентов выявили, что посещают врача-стоматолога раз в 6 месяцев 5% больных из 1 группы и 13% из второй, но 85% пациентов 1 группы и 88% из второй чувствуют себя некомфортно на приеме у врача-стоматолога и обращаются при наличии острой боли и других жалоб.

На основании ответов пациентов по индивидуальной гигиене полости рта установили, что в 1 группе ежедневно используют зубную щетку 90% участвующих в исследовании, 5% применяют также зубную нить, а 10% пользуются только ополаскивателем. Во 2 группе каждый день пользуются зубной щеткой 75% пациентов, 13% используют также флосс, а только ополаскивателем пользуются более 25%. Все больные обеих групп не имели представления о межзубных ёршиках, монопучковых щетках и ирригаторах.

Нуждаемость больных 1 исследуемой группы в санации полости рта на момент проведения анкетирования составила 55%, отрицали ее необходимость 35% пациентов и 10% затруднялись ответить. Во 2 группе соответствующие значения составляли 63%, 25% и 12%. При этом 100% в первой группе и 95% во второй подтвердили наличие операции удаления зуба в анамнезе. В 1 группе на наличие кровотечения во время операции или после нее указали 10% пациентов, во 2 группе все больные отрицали возникновение данного осложнения.

С целью углубленного изучения стоматологического здоровья пациентам было предложено пройти обследование в хирургическом отделении СП УГМУ, которая является базой кафедры хирургической стоматологии и ЧЛХ.

Клинический случай. Пациент С., 60 лет, обратился с жалобами на подвижность зуба 3.3 и затрудненное пережевывание пищи. Из анамнеза жизни известно, что находится на учете у врача-кардиолога по поводу гипертонической болезни с 2005 года. Принимает препарат Эналаприл 10мг 1 раз в сутки. Ежедневно самостоятельно контролирует уровень артериального давления. Анамнез заболевания: в 2015 году были удалены все зубы на верхней и частично на нижней челюсти в связи с их подвижностью. Посещал врача-стоматолога 6 месяцев назад с целью консультации по поводу возможного протезирования дефектов зубных рядов.

Данные клинического обследования: на коже выражен сосудистый рисунок в подглазничной и скуловой области, а также в области крыльев носа. Трети лица пропорциональны. Красная кайма верхней и нижней губы умеренно увлажнена. В поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел овальной формы размером 2,0×1,5×0,3 см. Движения в ВНЧС синхронные. Открывание рта безболезненно, в полном объеме. Прикус нефиксированный. Слизистая оболочка бледно-розовая, умеренно увлажнена, без видимых патологических изменений. Уздечка верхней губы прикреплена к средней трети альвеолярного отростка верхней челюсти. Уздечка нижней губы – к вершине альвеолярного отростка нижней челюсти. Уздечка языка прикреплена к нижней трети нижней челюсти. На верхней челюсти имеются соединительнотканые тяжи в области отсутствующих 1.3 и 2.3 зубов. Глубина преддверия полости рта 0,5 см. При пальпации околоушных слюнных желез выделяется небольшое количество жидкого, прозрачного секрета. Язык бледно-розового цвета, умеренно увлажнен, сосочки выражены. Отсутствуют все зубы на верхней челюсти, на нижней челюсти сохранен зуб 3.3. Зуб 3.3 – подвижность III степени, имеется глубокий пародонтальный карман до 6 мм, перкуссия зуба болезненна, пальпация в области зуба 3.3 безболезненна.

Зубная формула:

Верхняя челюсть	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о
Нижняя челюсть	о	о	о	о	о	о	о	о	о	о	III о	о	о	о	о	о

По результатам обследования пациенту был поставлен диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Полная потеря зубов на верхней челюсти, частичная потеря зубов на нижней челюсти, соединительнотканые тяжи в области отсутствующих 1.3 и 2.3 зубов, мелкое преддверие полости рта.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь II стадии

С целью решения вопроса о целесообразности ортопедического лечения была проведена совместная консультация с ортопедом-стоматологом. План лечения включал операцию удаления зуба 3.3, коррекцию соединительнотканых тяжей, вестибулопластику и дальнейшее протезирование дефектов зубного ряда верхней и нижней челюсти полными съемными протезами. На момент посещения у пациента не было противопоказаний от врача-кардиолога для проведения операции удаления зуба. Значение измеренного артериального давления перед операцией удаления зуба составляло 156/89 мм рт.ст., пульс 90 уд./мин. Лечение состояло в медикаментозной обработке полости рта 0,1% раствором хлоргексидина, проведении торусальной анестезии по Вейсбрему – Sol. Ultracaini 1,7 (без адреналина), операции удаления зуба. Лунка была ушита, даны рекомендации по уходу за полостью рта. Для дальнейшего выполнения плана лечения пациенту необходима комплексная подготовка перед оперативным вмешательством.

Выводы:

1. Комплексный подход необходим больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы перед операцией удаления зуба.
2. Анкетирование пациентов оптимизирует работу врача-специалиста в плане диагностики, составления плана лечения и прогнозирования заболевания.
3. Стоматологическое здоровье пациента снижает риск развития осложнений у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] // Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень №317. Январь 2015г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата обращения :07.03.2016)
2. Король Д.М. Анализ результатов первичного анкетирования пациентов на частном клиническом приеме с целью планирования стоматологической имплантации// Высшее государственное учебное заведение Украины “Украинская медицинская стоматологическая академия” 14.10. 2009
3. Лещева Е.А., Машкова Н.Г., Соловьева А.Л. Факторы риска на стоматологическом приеме при некоторых общих соматических заболеваниях // Каф. стоматологии общей практики ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава
4. Маругина Т.Л. Особенности оказания хирургической стоматологической помощи больным пожилого и старческого возраста с сопутствующей соматической патологией/ Т.Л. Маругина, П.В. Божененко, К.П. Аникин //Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2015. -№1. – С. 555-562
5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология/ Т.Г. Робустова. – М.: Медицина, 2003. – С. 91-93
6. Al-Mubarak S. Thromboembolic risk and bleeding in patients maintaining or stopping oral anticoagulant therapy during dental extraction/ S. Al-Mubarak, M.A. Rass, A. Alsuwyed// Journal of Thrombosis and Haemostasis– 2006. - №4(3). – С.689-691.

УДК 61:001.89

И.А. Бельтюкова, О.Е. Бельтюкова, Л.А. Каминская
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ
РТА У РАБОТНИКОВ КАЧКАНАРСКОГО ГОРНО-ОБОГАТИТЕЛЬНОГО
КОМБИНАТА

Кафедра биохимии

Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия