

7. Янушевич О.О. Стоматологическая заболеваемость населения России. Состояние тканей пародонта и слизистой оболочки рта. М.; 2008.
8. Лебеденко И.Ю., Антоник М.М., Калинин Ю.А. Диагностика, планирование и лечение пациента с нарушением окклюзии зубных рядов и синдромом дисфункции ВНЧС. Современная ортопедическая стоматология. 2007; 7: 6–10.
9. Осипов А.В., Локтев Б.А. Сравнительный анализ изменения биоэлектрического потенциала напряженного состояния мышц лица в зависимости от вертикального положения нижней челюсти. Стоматология для всех. 2010; 2: 24–5.
10. Чониашвили Д.З. Клинико-лабораторное обоснование применения метода полимеразной цепной реакции при диагностике воспалительных заболеваний полости рта: Дисс. М.; 2012.

REFERENCES

1. Kuzmina E.M., Vasina S.A. et al. Modern criteria of evaluation of dental status when conducting epidemiological survey (continued). Stomatolog. 2008; 4: 32–42 (in Russian).
2. Sivovol S.I. speech Disorders: dental aspects. The dentist. 2006; 9: 27–8 (in Russian).
3. Vandamme K. Pathways in a multidisciplinary oral health care as a

- tool to improve clinical performance. Int. J. Prosthodont. 2006; 19 (3): 227–35.
4. Gorbunov P.V. Complex estimation of a functional state of the body when the psychoemotional strasse. Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik. 2006; 9 (90): 59–62.
5. Zhigunov R.M., Nurmagomedov A.Yu. Dentofacial anomalies in adults. Meditsinskiy biznes. 2008; 4: 40–2.
6. Malyy A.Yu., Iroshnikova E.S., Kovalenko A.Yu. Algorithm of patients with partial absence of teeth, cause secondary vertical deformations. Dental-Revyu. 2007; 6: 145–7.
7. Yanushevich O.O. Dental morbidity of the population of Russia. The condition of periodontal tissues and oral mucosa. М.; 2008.
8. Lebedenko I.Yu., Antonik M.M., Kalinin Yu.A. Diagnosis, planning and treatment of patients with occlusion of teeth lines and syndrome of TMJ. Sovremennaya ortopedicheskaya stomatologiya. 2007; 7: 6–10.
9. Osipov A.V., Loktev B.A. Comparative analysis of changes bioelectric potential stress state of the facial muscles, depending on the vertical position of the mandible. Stomatologiya dlya vsech. 2010; 2: 24–5.
10. Choniashvili D.Z. Clinical rationale for the use of the method of polymerase chain reaction in the diagnosis of inflammatory diseases of the oral cavity: Diss. М.; 2012.

Поступила 27.11.13
Received 27.11.13

© ХАСЯНОВ Д.Ш., ПАНИН А.М., 2014
УДК 616.314-06:616.12-089.166]-089

Хасянов Д.Ш., Панин А.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

Кафедра факультетской хирургической стоматологии и имплантологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова

Разработан и внедрен в практику алгоритм обследования и лечения больных, нуждающихся в кардиохирургическом лечении ишемической болезни сердца (аортокоронарное шунтирование), способствующий повышению клинической эффективности стоматологической хирургической помощи больным кардиохирургического профиля. Помимо стандартного обследования он включает дополнительные исследования и коррекцию лекарственной терапии перед стоматологическим вмешательством, поскольку у многих больных высок риск развития кардиальных осложнений при проведении хирургического стоматологического вмешательства.

Исследование свидетельствует об эффективности разработанного подхода к ведению пациентов с операцией аортокоронарного шунтирования в анамнезе или при планировании кардиохирургического вмешательства, что проявляется снижением частоты развития осложнений во время выполнения вмешательства и в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: больные с аортокоронарным шунтированием; алгоритм диагностического обследования; стоматологическое лечение.

D.Sh. Hasyanov, A.M. Panin

IMPROVEMENT OF DENTAL SURGERY OF PATIENTS UNDERGOING HEART SURGERY

Developed and implemented the algorithm of examination and treatment of patients in cardiac surgical treatment of ischemic heart disease (coronary artery bypass grafting), contributing to the clinical effectiveness of dental surgical care to patients cardiac profile. In addition to the standard examination it includes additional study and correction of drug therapy for dental intervention, as many patients at high risk for cardiac complications during surgical intervention. The study demonstrates the effectiveness of the developed approach to the management of patients with surgery, coronary artery bypass surgery in history or when planning cardiac surgery, which leads to reduced frequency of complications during the procedure and in the early postoperative period.

Key words: patients with coronary artery bypass, algorithm of diagnostic examination, dental care.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место в структуре причин смерти в России, что во многом объясняется отсутствием или недостаточной адекватностью медико-социальной помощи данной категории больных. Население нашей страны живет в среднем на 13 лет меньше, чем в экономически развитых странах, более 50% российского населения умирает от ССЗ [1–3]. Реализация Националь-

ного проекта “Здоровье” в последние годы дала возможность расширить использование высокотехнологичных хирургических методов лечения этого контингента больных, благодаря чему количество пациентов, нуждающихся в кардиохирургическом лечении, в первую очередь ишемической болезни сердца (ИБС), существенно увеличилось [1]. В то же время, по мнению специалистов, любое стоматологическое вмеша-

тельство, вызывающее кровоточивость десны, является рисковым для пациентов кардиохирургического профиля [4–6]. Поэтому многие авторы подчеркивают необходимость индивидуального подхода к таким больным, предусматривающего выполнение ряда мероприятий, позволяющих повысить эффективность предстоящего кардиохирургического лечения: малоинвазивных стоматологических вмешательств, контроля соматического состояния пациентов, проведения противомикробной протекции [4, 5, 7, 8].

Судя по данным литературы, проблема стоматологической подготовки к операции на открытом сердце остается актуальной для практикующих стоматологов и кардиохирургов, поскольку до сих пор отсутствует научно-обоснованный алгоритм ее проведения с использованием современных достижений стоматологии. В то же время выработка такого алгоритма обследования и стоматологической подготовки позволит, с одной стороны, повысить эффективность стоматологического лечения, а с другой – будет способствовать минимизации частоты осложнений кардиохирургического лечения.

Имеются сообщения об отдельных исследованиях, посвященных стоматологическим вмешательствам у больных с различными видами соматической патологии [5, 9, 10]. Изучаются различные аспекты применения анестезии и ее влияния на снижение операционных и послеоперационных рисков у пациентов с соматической патологией при дентальной имплантации [10]. В то же время практически отсутствуют работы, касающиеся обоснования алгоритма обследования и лечения пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении ИБС, в частности в аортокоронарном шунтировании (АКШ). Не обоснованы подходы к назначению и отмене гемостатических лекарственных средств (ЛС), выбору метода обезболивания в зависимости от объема и продолжительности вмешательства, не оценен риск осложнений при хирургическом стоматологическом лечении, что обуславливает особую актуальность рассматриваемой проблемы.

Цель исследования – повышение клинической эффективности стоматологической хирургической помощи больным кардиохирургического профиля.

Материал и методы

Работа выполнена на базе кафедры факультетской хирургической стоматологии и имплантологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова и НИИ им. А.Н. Бакулева. Учитывая опыт ряда исследователей [2, 4, 5, 7], мы разработали и внедрили в практику алгоритм обследования и лечения больных, нуждающихся в кардиохирургическом лечении ИБС, а именно в АКШ.

Больные были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, выраженности клинических проявлений ИБС и стоматологической патологии:

- основную группу – 52 пациента, которым выполнено обследование и лечение в соответствии с предложенным нами алгоритмом;

- группу сравнения – 38 пациентов, прошедших стандартное стоматологическое обследование (осмотр полости рта, определение индекса кариозных, пломбированных и удаленных зубов – КПУ) до разработки и внедрения предложенного нами алгоритма стоматологического хирургического обследования и лечения кардиохирургических больных.

Проводили сравнение результатов лечения и течение раннего периода (до 7 сут) после стоматологического хирургического вмешательства по следующим параметрам:

- степени выраженности клинических признаков (отек, боли, кровотечения) при стоматологическом осмотре больных после вмешательства. Оценку выполняли по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ): 10 баллов – максимальная степень выраженности признака, 0 – отсутствие признака; подсчитывали средние значения в группах больных;

- частоте (в %) соматических осложнений в раннем периоде после вмешательства (до 7 сут) – нарушений сердечно-

го ритма, подъема артериального давления (АД), ухудшения общего самочувствия;

- частоте (в %) повторных вмешательств по поводу осложнений стоматологического лечения;

- длительности заживления послеоперационной раны.

До начала стоматологического лечения у всех больных оценивали состояние сердечно-сосудистой системы с применением инструментальных и лабораторных методов исследования и направлением на консультацию к кардиологу. Осуществляли контроль за общесоматическим состоянием пациентов в период проведения стоматологического лечения с участием анестезиолога-реаниматолога, оценкой частоты сердечных сокращений (ЧСС), АД, проведением ЭКГ. Оценивали также состояние свертывающей системы крови.

Больных обследовали в 1-е и на 7-е сутки после стоматологического хирургического лечения.

Пациенты получали многокомпонентную лекарственную терапию, которую подбирали кардиолог.

Стоматологические вмешательства в данной группе пациентов выполняли как в плановом, так и в экстренном порядке. При подготовке к плановому хирургическому вмешательству по согласованию с кардиологом за 4–6 дней до вмешательства отменяли антиагреганты (в данном случае варфарин и плавикс). При экстренном вмешательстве в схемы премедикации включали тромбоцитстабилизирующие гемостатики (этамзилат 250 мг внутривенно, дицинон 250 мг внутривенно), использовали местные гемостатические препараты (эпсилон-аминокапроновая кислота, гемостатические губки).

Оценка распределения пациентов по выявленной патологии показала, что в большинстве случаев (67%) это был хронический периодонтит в стадии обострения, у 18% пациентов – радикулярная киста, 11 % пациентов лечение было проведено по поводу хронического пародонтита и в 4% случаев – по поводу периостита челюсти.

После осмотра стоматологом-хирургом была определена нуждаемость в стоматологических хирургических вмешательствах. Характер предпринятых вмешательств представлен на рисунке.

В 72% случаев было выполнено удаление зубов, в 10% – операции на мягких тканях полости рта (удаление гранулем, малых слюнных желез) и удаление верхушек корней, в 8 % – удаление экзостозов.

В ходе стоматологического лечения сравнивали эффективность различных способов остановки кровотечений при их развитии у кардиохирургических пациентов в зависимости от принимаемых антикоагулянтов – плавикса или варфарина.

Статистическую обработку данных выполняли на персональном компьютере (ПК) с помощью пакета программ Statistica for Windows 7.0. С целью оценки различий в значениях количественных показателей между группами применяли t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Определение достоверности различий между качественными показателями сравниваемых групп проводили с использованием критерия χ^2 . За критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали 0,05.

Результаты и обсуждение

Сравнение частоты осложнений стоматологического хирургического лечения показало, что нарушения сердечного ритма наблюдались у 8 (21,1%) пациентов группы сравнения и достоверно реже ($p < 0,05$) – в 2 (3,9%) случаях в основной группе (табл. 1). Среди больных, в лечении которых придерживались разработанного нами алгоритма, также значимо реже отмечались случаи повышения АД и ухудшения общего самочувствия во время лечения – соответственно в 25,0% (13) и 34,6% (18) случаев. В то же время в группе сравнения эти осложнения во время лечения наблюдались у большинства больных: в 30 (78,9%) случаях

Таблица 1. Частота соматических осложнений при стоматологическом лечении

Осложнения	Группа сравнения (n = 38)		Основная группа (n = 52)	
	абс.	%	абс.	%
Ухудшение общего самочувствия	24	63,2	13	25,0*
Нарушения сердечного ритма	8	21,1	2	3,9*
Выраженный подъем АД	30	78,9	18	34,6*

Примечание. Здесь и в табл. 2: * различия достоверны ($p < 0,05$) относительно группы сравнения.

Таблица 2. Частота локальных осложнений после стоматологического лечения пациентов, которым было выполнено АКШ

Осложнения	Группа сравнения (n = 38)		Основная группа (n = 52)	
	абс.	%	абс.	%
Кровотечения	22	57,9	19	36,5*
Отек	16	42,1	8	15,4*
Невозможность удаления грануляций	10	26,3	3	5,8*

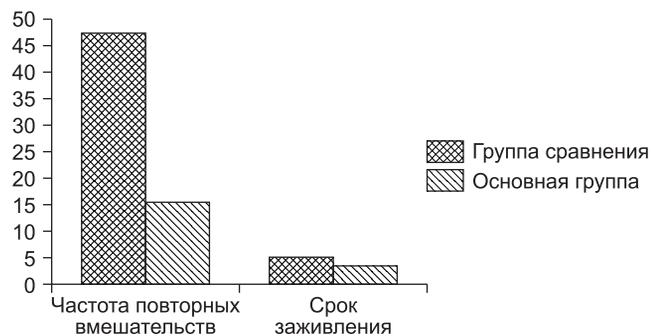
отмечен подъем АД, у 24 (63,2%) пациентов – ухудшение общего самочувствия.

В ходе оценки развития осложнений в раннем периоде (1–7-е сутки) после стоматологического хирургического лечения больных с АКШ в анамнезе также обнаружен ряд существенных различий. Так, кровотечения в послеоперационном периоде были отмечены у довольно значительной части больных (57,9% – 22 случая) группы сравнения и значимо ($p < 0,05$) реже – у пациентов основной группы (36,5% – 19 случаев) (табл. 2). Отек наблюдали только у 8 (15,4%) больных основной группы и в 2,8 раза чаще в группе сравнения – у 16 (42,1%) пациентов. Невозможность удаления грануляций отмечали только в 3 (5,8%) случаях в основной группе и у 10 (26,3%) пациентов контрольной группы, т. е. достоверно ($p < 0,05$) чаще.

Меньшая выраженность клинических признаков воспаления способствовала уменьшению доли повторных вмешательств у пациентов, в обследовании и лечении которых использовали предложенный нами алгоритм (см. рисунок). В основной группе значение данного показателя составило лишь 15,4% (8 случаев), в то время как в группе сравнения повторные вмешательства выполняли достоверно ($p < 0,05$) чаще – в 18 (47,4%) случаях.

Длительность заживления послеоперационной раны у больных основной группы была существенно меньше, составив в среднем $3,4 \pm 0,4$ сут, тогда как у пациентов группы сравнения этот срок увеличился до $5,1 \pm 0,9$.

Сравнение эффективности различных мер для остановки кровотечения, развившегося в ходе хирургического стоматологического лечения, показало, что у больных, принимавших варфарин, применение гемостатических губок оказалось неэффективным: отмечено только 4% случаев успешного применения местных гемостатических средств. В то же время у кардиохирургических пациентов, которые принимали плавикс, благодаря применению губок удалось остановить кровотечение в 75% случаев. При неэффективности применения губок для остановки кровотечения прибегали к электрокоагуляции, которая в большинстве случаев давала хорошие результаты. Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что при использовании местных гемостатических средств у данной категории пациентов достигается разная степень эффекта. Так, гемостатическая губка более эффективна при кровотечениях во время стоматологических хирургических вмешательств у больных, принимающих плавикс, в отличие от пациентов, которым был назначен варфарин. Для остановки кровотечения у пациентов последней группы целесообразно применять электрокоагулятор.



Частота повторных вмешательств (в %) и длительность заживления послеоперационной раны (в сут) после стоматологического лечения пациентов, которым было выполнено АКШ.

Заключение

Общепризнано, что алгоритм диагностического обследования пациентов с ССЗ, помимо стандартных методов, должен включать дополнительные исследования и коррекцию лекарственной терапии перед стоматологическим вмешательством, поскольку значительная доля (> 90%) больных подвержены высокому и очень высокому риску развития кардиальных осложнений при проведении хирургического стоматологического вмешательства [4, 8, 9, 11]. По мнению Э.А. Базикян и соавт. (2009), а также С.В. Кузнецова (2008), такие пациенты относятся к группе высокого риска, что требует решения специфических задач при подготовке и выполнении стоматологического вмешательства [7, 10].

С.И. Гажва и соавт. (2008), U. Martinowitz и соавт. (2008) подчеркивают необходимость особого подхода стоматолога к таким больным, предусматривающего предварительное обследование, позволяющее индивидуализировать лечение и повысить эффективность предстоящего кардиохирургического вмешательства, улучшить прогноз заболевания [8, 12]. При обращении за инвазивной стоматологической медицинской помощью риск развития тяжелых геморрагических осложнений у лиц этой группы очень высок [6, 11].

Исследователи отмечают такой аспект, как состояние больных с артериальной гипертензией перед стоматологическим вмешательством, которое характеризуется преобладанием симпатического тонуса вегетативной нервной системы, высоким общим периферическим сопротивлением, артериальным давлением и числом сердечных сокращений [2, 4, 5, 10]. Это безусловно необходимо учитывать при подготовке к стоматологической санации таких пациентов.

В последние годы совершенствование методов остановки кровотечения, разработка новых ЛС, влияющих на гемостаз, позволяют эффективно бороться с кровотечениями и острой кровопотерей у больных, получающих антиагреганты и антикоагулянты. Это создает хорошие условия для оказания хирургической стоматологической помощи этим больным с благоприятным исходом. Некоторые авторы советуют оказывать такую помощь любым пациентам, постоянно получающим антикоагулянты, в условиях стационара [2, 5, 7, 10]. При обращении пациентов, уже перенесших операцию на сердце, полная отмена антикоагулянтов и антиагрегантов, как правило, невозможна, и тогда хирургическая стоматологическая помощь оказывается стационаре.

В целом полученные данные подтверждают, что важнейшими принципами ведения данной группы пациентов должны быть:

- дифференцированное применение гемостатических средств (губки у пациентов, принимающих плавикс, электрокоагуляция или ушивание послеоперационной раны у больных, принимающих варфарин);
- применение антимикробных средств;

– превалирование консервативного лечения над хирургическим: сохранение зубов при эндодонтическом лечении пульпита и периодонтита;

– обследование у специалиста-кардиолога с использованием инструментальных и лабораторных методов и мониторинг состояния больных до лечения и в послеоперационном периоде.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности разработанного нами подхода к ведению пациентов с АКШ в анамнезе при планировании кардиохирургического вмешательства, что проявляется снижением частоты развития осложнений как во время выполнения вмешательства, так и в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Коваленко О.А., Ирасханов А.К., Бенделиани Н.Г. Сравнительные отдаленные результаты полного артериального коронарного шунтирования и реваскуляризации внутренней грудной артерией и венами. Бюллетень научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2012; 13 (2): 49–57.
2. Соколов В.В. Планирование стоматологических вмешательств и обоснование выбора метода обезболивания у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Дисс. М.; 2009.
3. Чазов Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевтический архив. 2008; 8: 11–6.
4. Величко Э.В., Гунько В.И. Практические рекомендации по подготовке больных кардиохирургического профиля к инвазивным стоматологическим вмешательствам. Земский врач. 2010; 4: 27–8.
5. Никифоров А.В. Фармакологическое обеспечение стоматологических вмешательств у больных с артериальной гипертензией: Дисс. М.; 2004.
6. Crowther M. Preventing and managing bleeding complications in anticoagulated patients: a case based approach. Thromb. Res. 2008; 1: 42–5.
7. Базикян Э.А., Саркисян М.А., Ревазова Д.С. Хирургическое стоматологическое лечение пациентов с приобретенными пороками клапанного аппарата сердца на фоне применения местных антикоагулирующих средств и антибактериальной терапии. Стоматология для всех. 2009; 2: 173–7.
8. Гажва С.И., Пичугин В.В., Соколов В.В. Методы обезболивания в стоматологии при сердечно-сосудистых заболеваниях. Н. Новгород: Издательство НГМА; 2008.
9. Борисенко Л.Г. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у пожилых людей. В кн.: Материалы XI Ежегодного научного форума «Стоматология 2009». Инновации и перспективы в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М.; 2009: 68–71.
10. Кузнецов С.В., Маркина М.С. Обследование больных с соматической патологией перед дентальной имплантацией в амбулаторных условиях. Стоматология. 2008; 6: 43–5.

11. Toyoda K., Yasaka M., Iwade K. et al. Dual antithrombotic therapy increases severe bleeding events in patients with stroke and cardiovascular disease: a prospective, multicenter, observational study. Stroke. 2008; 39 (6): 1740–5.
12. Martinowitz U., Mazar A., Taicher S. et al. Dental extraction for patients on oral anticoagulant therapy. Oral Surg. 1990; 70 (3): 274–7.

REFERENCES

1. Bokeria L.A., Kovalenko O.A., Iraskhanov A.K., Bendeliani N.G. Comparative remote results of complete arterial coronary bypass surgery and revascularization of the internal mammary artery and veins. Newsletter of the Scientific centre of cardiovascular surgery after A.N. Bakuleva RAMN. Serdechno-sosudistyye zabolevaniya. 2012; 13 (2): 49–57 (in Russian).
2. Sokolov V.V. Planning of dental interventions and justification of the choice of the method of anesthesia in patients with cardiovascular disease: Diss. M.; 2009 (in Russian).
3. Chazov E.I. Ways of reducing mortality from cardiovascular diseases. Terapevticheskiy arkhiv 2008; 8: 11–6 (in Russian).
4. Velichko E.V., Gun'ko V.I. Practical recommendations on the preparation of patients for cardiac profile to invasive dental procedures. Zemskiy vrach. 2010; 4: 27–8 (in Russian).
5. Nikiforov A.V. Drugs, the provision of dental interventions in patients with arterial hypertension: Diss. Moscow; 2004 (in Russian).
6. Crowther M. Preventing and managing bleeding complications in anticoagulated patients: a case based approach. Thromb. Res. 2008; 1: 42–5 (in Russian).
7. Bazikyan E.A., Sarkisyan M.A., Revazova D.S. Surgical dental treatment of patients with acquired defects valvular heart on the background of application of local antikoagulyaim funds and antibacterial therapy. Stomatologiya dlya vseh. 2009; 2: 173–7 (in Russian).
8. Gzhva S.I., Pichugin V.V., Sokolov V.V. Methods of anesthesia in dentistry in cardiovascular diseases. N. Novgorod: Publishing house of the Nizhniy Novgorod state medical Academy; 2008 (in Russian).
9. Borisenko L.G. Peculiarities of prevention of dental diseases in the elderly. In: Proceedings of the 11th Annual scientific forum «Stomatology 2009». Innovations and prospects in dental and maxillofacial surgery. M.; 2009: 68–71 (in Russian).
10. Kuznetsov S.V., Markina M.S. patients with somatic pathology before dental implantation in the outpatient setting. Dentistry. 2008; 6: 43–5 (in Russian).
11. Toyoda K., Yasaka M., Iwade K. et al. Dual antithrombotic therapy increases severe bleeding events in patients with stroke and cardiovascular disease: a prospective, multicenter, observational study. Stroke. 2008; 39 (6): 1740–5 (in Russian).
12. Martinowitz U., Mazar A., Taicher S. et al. Dental extraction for patients on oral anticoagulant therapy. Oral Surg. 1990; 70 (3): 274–7.

Поступила 27.11.13

Received 27.11.13