

На правах рукописи

ЗУБКОВА Анна Андреевна

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА,
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
И ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У
БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

14.01.14 – стоматология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Воронеж - 2016

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации на кафедре пропедевтической стоматологии.

Научный руководитель –
доктор медицинских наук, доцент Морозов Алексей Николаевич

Официальные оппоненты:

Цепов Леонид Макарович - доктор медицинских наук, член РАЕН, профессор кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО СмолГМУ Минздрава России

Казарина Лариса Николаевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтической стоматологии ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится " ____ " _____ 2016 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.099.01 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Тверского государственного медицинского университета и на сайте www.tvergma.ru.

Автореферат разослан " ____ " _____ 2016 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

В.В. Мурга

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

На современном этапе развития медицины особенностями стоматологической заболеваемости у населения являются высокая распространённость и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких видов патологии зубов кариозного и некариозного происхождения, а также воспалительных заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта (Джультетт Р., 2007; Арутюнов С.Д. с соавт., 2008; Каримов Б.М., 2014). Заболевания полости рта в большинстве случаев являются первыми клиническими признаками нарушений системного характера (Махмудов Т.Г., 2009; Каримов Б.М., 2014).

Этой проблеме посвящено множество исследований по изучению потенциально возможных взаимодействий стоматологических и различных классов общесоматических заболеваний (Папанов П.Н., 2013; Пикалова Л.П., 2013; Каримов Б.М., 2014; Сутаева Т.Р. с соавт., 2015; Nesse W. et al., 2010; Alman A.C. et al., 2011; Taguchi A. et al., 2013; Yalchin F., 2013; Van der Bijl P., 2014).

Из многочисленных фоновых заболеваний, потенциально способных повлиять на стоматологическую заболеваемость, ишемическая болезнь сердца (ИБС), пожалуй, в первую очередь обращает на себя внимание (Цимбалистов А.В., Елисеева А.Ф., Шторина Г.Б., 2011; Силин А.В., Елисеева А.Ф., 2014; Скочко О.В. с соавт., 2015; Сутаева Т.Р. с соавт., 2015; Dhadse P. et al., 2010; Dorn J.M., 2010; Brito L. et al., 2013; Dietrich T. et al., 2013; Van der Bijl P., 2014). Это обусловлено ее высокой распространенностью, медико-социальной значимостью (Лисицин Ю.П., 2010; Стародубов В.И. с соавт., 2014). ИБС находится на первом месте среди причин смертности в мире и является одной из самых распространенных причин утраты трудоспособности и инвалидизации (Сабуров С.К., Тураев Н.Г., 2013; Василевская Е.М., 2015; Сохова И.А., Тамбовцева Н.В., 2016; Van der Bijl P., 2014). В последнее десятилетие увеличился интерес к состоянию здоровья полости рта у пациентов с сердечно-сосудистой патологией (Цимбалистов А.В. с соавт., 2011; Скочко О.В. с соавт., 2015; Сутаева Т.Р. с соавт., 2015; Van der Bijl P., 2014). Признается взаимно

отягощающее воздействие заболеваний полости рта и соматической патологии (Осипова Ю.Л., Булкина Н.В., 2011; Каримов Б.М., 2014; Сутаева Т.Р. с соавт., 2015).

Сформирован порочный круг: стоматологические заболевания являются фактором риска развития ряда соматических заболеваний, а наличие соматических заболеваний усиливает формирование стоматологических проблем (Павлов Н.Б., Сабгайда Т.П., 2011). Наличие очагов одонтогенной инфекции у пациентов с ишемической болезнью сердца ухудшает состояние сердечно-сосудистой системы пациентов, поэтому изучение их стоматологического статуса и выявление воспалительных заболеваний полости рта являются актуальной задачей (Сохова И.А., Тамбовцева Н.В., 2016). Несмотря на это, клинико-статистических исследований экспрессии основных стоматологических заболеваний (ОСЗ) в условиях ИБС, до настоящего времени проведено не было.

Обстоятельства, указанные выше, определяют актуальность и значимость настоящего комплексного исследования, проведенного с позиции системного подхода, с перспективой внедрения полученных результатов в практику здравоохранения.

Цель исследования

Повышение эффективности профилактики и комплексного лечения заболеваний полости рта у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность сочетания трех основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов, заболеваний пародонта, поражений слизистой полости рта) у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС)).

2. Изучить особенности клинико-лабораторных проявлений основных стоматологической заболеваний у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца.

3. Оценить влияние лечения хронических форм ишемической болезни сердца на

течение основных стоматологических заболеваний.

4. Оценить влияние лечения основных стоматологических заболеваний на течение хронических форм ишемической болезни сердца.

5. Разработать комплексную программу диспансеризации и лечения стоматологических пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Научная новизна

1. Получена эпидемиологическая характеристика основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов, заболеваний пародонта, поражений слизистой полости рта) у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца (стабильной стенокардией, ПИКС).

2. Получена информация об особенностях клинико-лабораторных показателей основных стоматологических заболеваний у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца.

3. Доказано наличие взаимосвязи между хроническими формами ишемической болезни сердца в качестве фоновой патологии, поражениями пародонта и слизистой оболочки полости рта.

4. Повышены эффективность профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца на основе реализации комплексной программы, включающей системный мультидисциплинарный подход к имеющейся патологии.

Практическая значимость работы

1. Повышена эффективность лечения основных стоматологических заболеваний у больных хронической ИБС.

2. Повышена эффективность лечения хронической ИБС при наличии у больных основных стоматологических заболеваний.

3. Созданы практические рекомендации по профилактике, особенностям проведения стоматологического лечения и оценки его эффективности у пациентов с

хроническими формами ИБС.

4. Разработана комплексная программа профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний у пациентов с хроническими формами ИБС.

Положения, выносимые на защиту

1. Распространенность сочетания трех основных стоматологических заболеваний у больных ИБС выше такового у пациентов без ИБС; однако, между различными формами хронической ИБС нет статистически значимых различий по этому показателю.

2. Распространенность кариеса зубов статистически не различается у больных ИБС и практически здоровых, а распространенность заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта у больных ИБС значительно превышает таковую у пациентов без ИБС.

3. Кариес зубов по своим характеристикам не отличается у больных ИБС и практически здоровых, а заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта напротив, имеют при ИБС специфику клинических проявлений.

4. Применение разработанной «Программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца» снижает стоматологическую заболеваемость с постепенным улучшением течения хронических форм ИБС.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты проведенных исследований применяются в работе стационарного и поликлинического подразделений ОБУЗ «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», стоматологической поликлинике ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, а также используются в учебном процессе на кафедре стоматологии общей практики этого же университета и на кафедре терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России. По материалам диссертации выпущены методические рекомендации «Многофакторный анализ состояния полости рта у пациентов с ишемической болезнью сердца».

Апробация работы

Материалы диссертации доложены на IV Всероссийской конференции молодых ученых (Воронеж, 2011), 16 Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (Санкт-Петербург, 2011), IV Международной научно-практической конференции (Белгород, 2011), 17 Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (Санкт-Петербург, 2012), V Международной научно-практической конференции (Курск, 2012), итоговой научной конференции сотрудников КГМУ (Курск, 2013), IV Международной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные аспекты современной науки» (Белгород, 2014). Предзащитное обсуждение диссертационной работы проведено на расширенном заседании кафедр ГБОУ ВПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России.

Публикации

По теме диссертационной работы опубликовано 12 печатных работ, из которых 1 – в центральной, 7 – в международной печати и 4 – в изданиях, рекомендованных ВАК для публикации результатов диссертационных исследований.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 128 страницах машинописного текста. Состоит из введения, трех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка используемой литературы и приложения. Библиография включает 277 источников, в том числе 187 отечественных и 90 иностранных. Работа иллюстрирована 23 таблицами и 12 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика клинических наблюдений

В ходе проведенного с 2010 по 2015 гг. эпидемиологического исследования нами было обследовано 290 пациентов (174 в основных группах и 116 в контрольных группах), в возрасте 40-80 лет, с процентным соотношением мужчин и женщин 65,5% и 34,5% соответственно.

Объекты исследования – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями (кариозные поражения, заболевания пародонта, поражения слизистой полости рта) при наличии (основные группы) и отсутствии (контрольные группы) хронических форм ишемической болезни сердца (стабильная стенокардия, ПИКС).

Стандартизация исследования была основана на соблюдении следующих принципов:

1. идентичное распределение по возрасту и полу в сравниваемых группах;
2. недопущение участия одних и тех же пациентов в разных этапах исследования;
3. соблюдение критериев включения и исключения.

Критерии включения:

1. соответствие модели пациента: «диагностированное стоматологическое заболевание: кариозные поражения зубов или заболевания пародонта, или поражение слизистой полости рта, отсутствие полноценного стоматологического лечения до момента включения в исследование» - для пациентов контрольных и основных групп;
2. соответствие модели пациента: «диагностированная хроническая ИБС: стабильная стенокардия I-III функциональный класс (ФК), или ПИКС, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ФК, или ПИКС, ХСН II-III ФК, отсутствие полноценного кардиологического лечения до момента включения в исследование» - только для пациентов основных групп;
3. возраст 40-80 лет.

Критерии исключения:

1. серьезные сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечной, эндокринной, мочевыделительной, нервной систем, онкологические болезни;

2. неотложные состояния;
3. наличие аритмии;
4. несоответствие критериям включения.

Все пациенты при первичном обследовании были ознакомлены и подписывали карту информированного согласия на предоставляемые им в дальнейшем медицинские услуги с подробным перечнем диагностических и лечебных манипуляций. Проведение исследования было одобрено Этическим комитетом ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Методы исследования включали:

1. исследования кариозных поражений (индекс КПУ);
2. исследования заболеваний пародонта (индекс гигиенического состояния полости рта (ОHI-S) по J.C. Green - J.R. Vermillion; папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), пародонтальный индекс (PI), индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN); проба Шиллера-Писарева, проба Кулаженко, бактериологическое исследование содержимого пародонтальных карманов, цитологическое исследование мазков-отпечатков десневой борозды);
3. исследование поражений слизистой оболочки полости рта (СОПР) (стоматоскопия);
4. методы интегральной оценки ИБС (определение функционального класса стабильной стенокардии и ХСН по классификациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2001), Канадской ассоциации кардиологов (1976) и Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (1956));
5. статистические методы (W-критерий Шапиро-Уилка, t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок, U-критерий Манна-Уитни).

Нами была разработана программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС.

На рисунке 1 отображена этапность, состав и кратность стоматологических и кардиологических мероприятий, направленных на мониторинг и коррекцию состояния пациентов, в виде единой интегрированной системы.

Диспансеризация и плановое лечение кариозных поражений, заболеваний пародонта, поражений слизистой полости рта и иных стоматологических проблем осуществлялись специалистом-стоматологом. На основании полученных диагностических данных производилось необходимое лечение стоматологических

заболеваний в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения)» Стоматологической ассоциации России (2015), нормативными документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Министерства здравоохранения РФ.

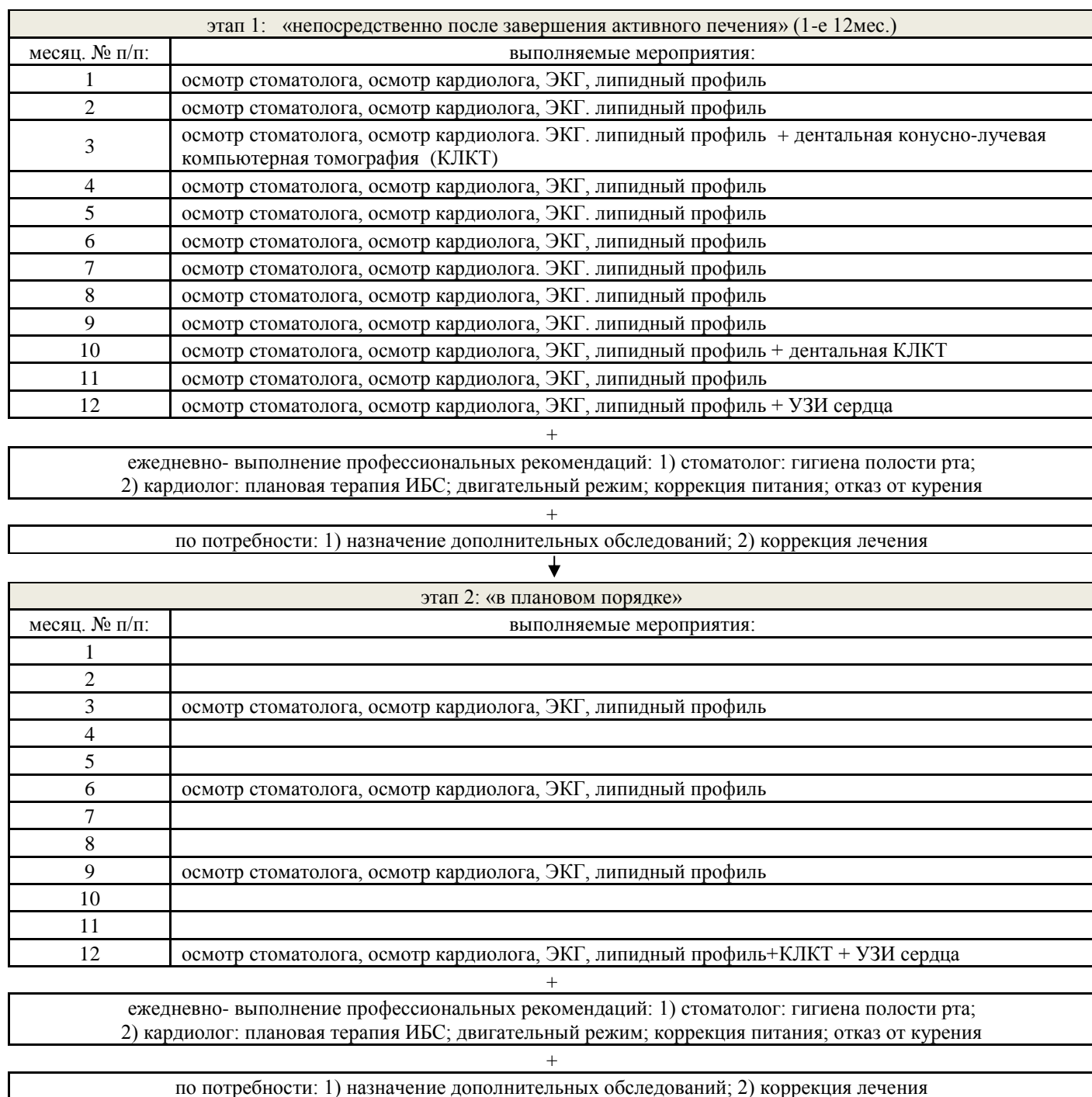


Рисунок 1 - Разработанная программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца

Мониторинг и плановое лечение ИБС осуществлялись специалистом-кардиологом по следующей принципиальной схеме. Применялись мероприятия по коррекции образа жизни и мероприятия медикаментозной терапии под обязательным

контролем артериального давления (АД), числа сердечных сокращений (ЧСС), липидного профиля крови, электрокардиограммы (ЭКГ), ультразвукового исследования (УЗИ) сердца. Состав программы медикаментозной терапии ИБС, режим дозирования и способ введения препаратов определялись специалистом-кардиологом в соответствии с «Клиническими рекомендациями «Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца»» Министерства здравоохранения РФ (2013) и нормативными документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

На первом этапе исследования проанализирована картина стоматологической заболеваемости у пациентов с хроническими формами ИБС. В этап исследования включены пациенты с типовыми стоматологическими заболеваниями имеющие в качестве фоновой патологии типовые нозологические формы ИБС.

У больных ИБС (n = 87 чел.) уровень распространенности сочетания трех основных стоматологических заболеваний составил 96,6% (84 из 87 чел.). У пациентов без ИБС (n = 29 чел.) аналогичный уровень составил 75,9% (22 из 29 чел.) Таким образом, в среднем распространенность сочетания трех основных стоматологических заболеваний у больных ИБС превышает таковую у пациентов без ИБС на 20,7% .

При анализе распространенности стоматологических заболеваний и соотношении нозологических форм этих заболеваний при различных формах хронической ИБС получены следующие результаты (таблица 1). Так, при оценке распространенности кариеса зубов установлено, что у больных ИБС (n = 87 чел.) она составляет 75,9% (66 из 87 чел.). У пациентов без ИБС аналогичный показатель составляет 75,9% (22 из 29 чел.). Статистически очевидно отсутствие межгрупповых различий по этому показателю. При оценке распространенности заболеваний пародонта установлено, что у больных ИБС (n = 87 чел.) она составляет 93,1% (81 из 87 чел.). У пациентов без ИБС составляет 65,5% (19 из 29 чел.). При оценке распространенности поражений слизистой оболочки полости рта установлено, что у больных ИБС (n = 87 чел.) она составляет 37,9% (33 из 87 чел.). У пациентов без ИБС аналогичный показатель составляет 10,3% (3 из 29 чел.). Статистическая разность

между группами при оценке распространенности заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта составляет 27,6% с «перевесом» в сторону больных ИБС.

Таблица 1 – Распространенность основных стоматологических заболеваний в группах пациентов с наличием и отсутствием ИБС (абс., %; $p < 0,05$)

Группы больных ИБС	Стоматологические заболевания	% в группе	Нозологическая форма в составе класса стоматологических заболеваний	% от класса
ИБС, ПИКС, ХСН II-III ФК (n = 29 чел.)	кариес зубов и его осложнения (n = 22 чел.)	75,9	неосложненный кариес	18,2
			пульпит	18,2
			пародонтит	63,6
	воспалительные заболевания пародонта (n = 27 чел.)	93,1	гингивит	18,5
			пародонтит I ст.	18,5
			пародонтит II ст.	48,2
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	пародонтит III ст.	14,8
			трещины красной каймы губ	36,4
			кандидозный глоссит	9,1
ИБС, стабильная стенокардия (n = 29 чел.)	кариес зубов и его осложнения (n = 22 чел.)	75,9	ангулярный хейлит	54,5
			неосложненный кариес	22,7
			пульпит	18,2
	воспалительные заболевания пародонта (n = 27 чел.)	93,1	пародонтит	59,1
			гингивит	18,5
			пародонтит I ст.	18,5
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	пародонтит II ст.	44,5
			пародонтит III ст.	18,5
			трещины красной каймы губ	45,4
ИБС, ПИКС, ХСН I ФК (n = 29 чел.)	кариес зубов и его осложнения (n = 22 чел.)	75,9	кандидозный глоссит	9,1
			ангулярный хейлит	45,5
			неосложненный кариес	18,2
	воспалительные заболевания пародонта (n = 27 чел.)	93,1	пульпит	22,7
			пародонтит	59,1
			гингивит	18,5
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	пародонтит I ст.	22,2
			пародонтит II ст.	40,8
			пародонтит III ст.	18,5
Без ИБС (n = 29 чел.)	кариес зубов и его осложнения (n = 22 чел.)	75,9	трещины красной каймы губ	36,4
			кандидозный глоссит	18,1
			ангулярный хейлит	45,5
	воспалительные заболевания пародонта (n = 19 чел.)	65,5	неосложненный кариес	22,7
			пульпит	18,2
			пародонтит	59,1
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	10,3	гингивит	15,8
			пародонтит I ст.	21,0
			пародонтит II ст.	47,4
			пародонтит III ст.	15,8
			трещины красной каймы губ	33,3
			кандидозный глоссит	0
			ангулярный хейлит	66,7

Результаты анализа клинико-лабораторных характеристик основных стоматологических заболеваний в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС

представлены в таблице 2.

Статистический анализ показателя «КПУ» показал отсутствие его различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,111939$), а также между нозологическими формами ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p > 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений). Это свидетельствует об отсутствии различий клинико-лабораторной характеристики кариозных поражений при наличии и отсутствии ИБС.

Статистический анализ индекса гигиенического состояния полости рта ОНІ-S показал отсутствие его различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,177931$), а также между нозологическими формами ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p > 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений). Это свидетельствует о полной статистической сопоставимости уровня гигиены полости рта у пациентов сравниваемых групп и отсутствии ее влияния на результаты дальнейшего сопоставительного анализа (таблица 2).

Статистический анализ показателя папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА) выявил наличие значимых межгрупповых различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,0311678$), уровень различий составил 15,5%. Статистический анализ пародонтального индекса (РІ) выявил наличие значимых межгрупповых различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,043999$), уровень различий составил 16,6%. Статистический анализ индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРІТN) выявил наличие значимых межгрупповых различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,047061$), уровень различий составил 40,7%. Между нозологическими формами ИБС при анализе индексов РМА, РІ и СРІТN статистически значимых различий нет (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p < 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений). Эти данные свидетельствуют о большем уровне нуждаемости больных ИБС в лечении пародонтальной патологии, а также подтверждают их предрасположенность к воспалительным поражениям пародонта (таблица 2).

Таблица 2 - Результаты анализа клинико-лабораторных характеристик основных стоматологических заболеваний в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС

Группа	Сравнение по группам «с ИБС – без ИБС»:		Сравнение по группам нозологических форм ИБС:			
	ИБС	без ИБС	ПИКС, ХСН II-III ФК	стабильная стенокардия	ПИКС, ХСН I ФК	без ИБС
n, чел	87	29	29	29	29	29
Индекс КПУ (M ± m)	19,4 ± 2,97	19,3 ± 2,89	19,9 ± 3,39	19,2 ± 3,81	19,1 ± 2,41	19,2 ± 1,99
Индекс ОНI-S (M ± m)	1,5 ± 0,43	1,5 ± 0,41	1,6 ± 0,51	1,4 ± 0,50	1,6 ± 0,52	1,5 ± 0,49
Индекс РМА, %	45,4 ± 5,11	39,3 ± 2,81	44,3 ± 4,81	46,1 ± 5,73	45,7 ± 4,79	39,3 ± 2,81
Индекс PI (M±m, баллы)	1,90 ± 0,32	1,67 ± 0,45	1,91 ± 0,27	1,90 ± 0,31	1,89 ± 0,37	1,67 ± 0,45
Индекс CRITN (M±m, баллы)	3,8 ± 0,90	2,7 ± 0,79	3,9 ± 0,93	3,8 ± 0,90	3,7 ± 0,87	2,7 ± 0,79
Проба Шиллера-Писарева (M±m, у.е.)	6,68 ± 1,98	3,83 ± 1,13	6,69 ± 1,98	6,67 ± 1,97	6,68 ± 1,99	3,83 ± 1,13
Проба Кулаженко (M±m, с.)	22,8 ± 6,4	35,7 ± 10,3	21,8 ± 5,4	23,7 ± 7,5	22,9 ± 6,3	35,7 ± 10,3

Статистический анализ показателя результатов пробы Шиллера-Писарева выявил наличие значимых межгрупповых различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,030881$), уровень различий составил 74,4%, между нозологическими формами ИБС статистически значимых различий нет (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p < 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений)(таблица 2).

Статистический анализ показателя результатов пробы Кулаженко выявил наличие значимых межгрупповых различий в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,040191$), уровень различий составил 56,6%, между нозологическими формами ИБС статистически значимых различий нет (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p < 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений) (таблица 2). Это является фактором, подтверждающим склонность больных ИБС к патологическим пародонтальным процессам, и свидетельствует об относительном снижении резистентности капилляров тканей пародонта (таблица 2).

Статистический анализ показал отсутствие различий результатов бактериологического исследования содержимого пародонтальных карманов в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС. В двух исследуемых группах чаще высевались микробные ассоциации в 77,8% случаев, микроорганизмы в виде

монокультуры были обнаружены в 22,2% случаев; наиболее часто идентифицировались представители Гр (-) флоры со значительным сдвигом в сторону палочковидных форм (*Fusobacterium* spp. 53,3%, *Bacteroides Forsytis* 33,3%, *Prevotella* spp. 26,7%, *Streptococcus faecies*, 26,7%, *Prevotella intermedia* 33,3%, *Porphyromonas gingivales* 13,3%, *Actinomyces israeli* 6,7%, *Streptococcus pyogenes* 2,2%, *Actinomyces viscosus* 13,3%).

Статистический анализ цитологических показателей показал отсутствие различий состава мазков отпечатков содержимого десневой борозды в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС: нейтрофилы $79 \pm 1,54$; $78 \pm 2,56$, макрофаги $1,07 \pm 0,68$; $1,09 \pm 0,67$, гистиоциты $3,93 \pm 0,77$; $3,96 \pm 0,37$, эпителиоциты $6,4 \pm 1,06$; $6,7 \pm 1,12$ соответственно (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p > 0,05$ во всех случаях межгрупповых сравнений).

Таким образом, на основании комплексного анализа результатов текущего этапа исследования следует заключить, что у больных ИБС по сравнению с практически здоровыми пациентами:

- кариес зубов не имеет специфики клинических проявлений;
- заболевания пародонта отличаются рядом клинических показателей (повышение индексов РМА в среднем на 15,5%, PI – на 16,6%, СРITN – на 40,7%, проб Шиллера-Писарева и Кулаженко – на 74,4% и 56,6% соответственно, при удовлетворительном гигиеническом состоянии полости рта ОHI-S по J.C. Green - J.R. Vermillion, а также цитологических и бактериологических показателей состояния тканей пародонта);
- заболевания слизистой полости рта также не имеют существенных клинических различий.

На втором этапе исследования проанализирована динамика (интервал – 1 год) основных стоматологических заболеваний (кариеса зубов, заболеваний пародонта, поражений слизистой полости рта) в условиях рационального лечения хронической ИБС.

В основную группу текущего этапа ($n = 29$ чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие квалифицированную помощь у специалиста - кардиолога и недисциплинированно при этом относящиеся к лечению у стоматолога.

В контрольную группу текущего этапа (n = 29 чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, относящиеся при этом недисциплинированно как к лечению у кардиолога, так и к лечению у стоматолога.

Сравниваемые группы по уровню заболеваемости ИБС:

- исходно не имели статистических различий по функциональным классам ($M \pm s$ – контрольная группа: $2,2 \pm 0,13$, основная группа: $2,2 \pm 0,09$; t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,889550$);
- через 1 год у них появились статистически значимые различия по функциональным классам ($M \pm s$ – контрольная группа: $2,3 \pm 0,65$, основная группа: $1,6 \pm 0,13$; t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,001614$); следует заключить, что полноценное лечение ИБС привело к снижению функционального класса на 27,3% (таблица 3).

Таблица 3 - Внутригрупповые значения функциональных классов в условиях полноценного и неполноценного лечения ИБС на 2-4 этапах исследования

Этап исследования	Группа	n человек	ФК в группе	
			Исходное	Через год
2	основная	29	2,2	1,6
	контрольная	29	2,2	2,3
3	основная	29	2,2	2,3
	контрольная	29	2,2	2,3
4	основная	29	2,2	1,4
	контрольная	29	2,2	1,7

Исходно в составе обеих групп распространенность основных стоматологических заболеваний составила: для кариеса зубов – 75,9% случаев (22 из 29 чел.), для заболеваний пародонта – 96,6% случаев (28 из 29 чел.), для поражений слизистой полости рта – 37,9% (11 из 29 чел.). Межгрупповых различий по удельному весу основных стоматологических заболеваний не было (рисунок 2).

Через год при контрольном наблюдении было выявлено:

1. в контрольной группе (n = 29 чел.) – не изменившаяся распространенность основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов, заболеваний пародонта и поражений слизистой полости рта – 75,9%, 93,1% и 37,9% соответственно.
2. в основной группе (n = 29 чел.):

- не изменившаяся распространенность кариеса зубов – 75,9%;
- снижение распространенности заболеваний пародонта на 3,5% – купирование патологических явлений у 1 пациента;
- снижение распространенности поражений слизистой полости на 10,3% - купирование патологических явлений у 3 пациентов (рисунок 2).

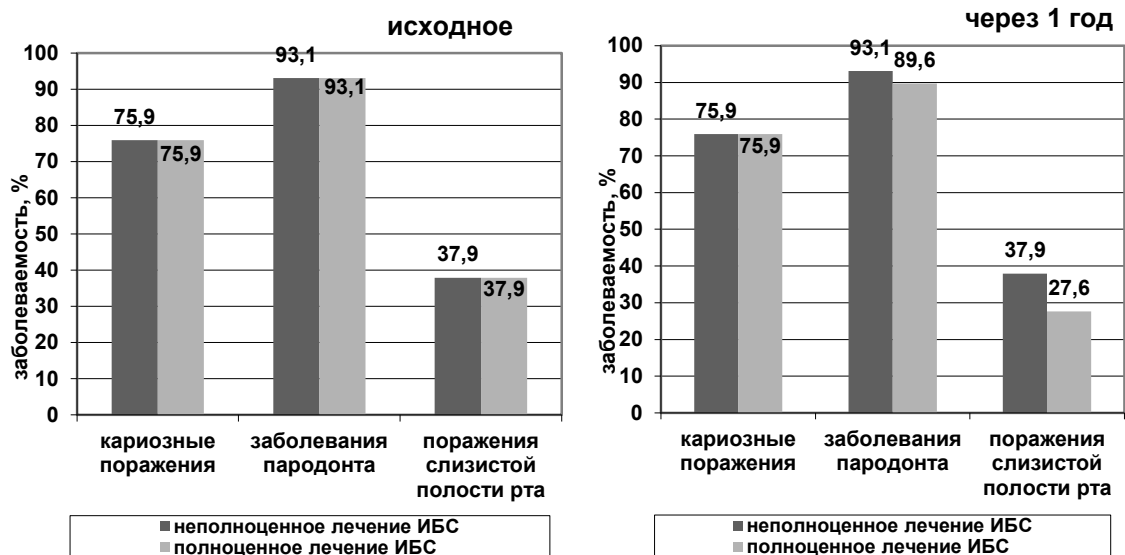


Рисунок 2 - Внутригрупповые показатели распространенности основных стоматологических заболеваний в условиях полноценного и неполноценного лечения ИБС (в динамике) (абс., %; $p < 0,05$)

На основании анализа результатов текущего блока исследований следует заключить, что «при прочих равных условиях» полноценное лечение хронических форм ИБС у пациентов с основными стоматологическими заболеваниями не оказывает какого-либо воздействия на заболеваемость кариесом зубов, но приводит к умеренному статистически значимому снижению распространенности патологией пародонта и слизистой полости рта (на 3,5% и 10,3% соответственно).

На третьем этапе исследования проанализирована динамическая картина (интервал – 1 год) течения хронической ишемической болезни сердца в условиях рационального лечения типовых стоматологических заболеваний.

В основную группу текущего этапа ($n = 29$ чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие квалифицированную помощь у специалиста - стоматолога и недисциплинированно при этом относящиеся к лечению у кардиолога.

В контрольную группу текущего этапа (n = 29 чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, относящиеся при этом недисциплинированно как к лечению у стоматолога, так и к лечению у кардиолога.

Исходно в составе обеих групп удельный вес основных стоматологических заболеваний составил: для кариеса зубов – 75,9% случаев, для заболеваний пародонта – 93,1% случаев, для поражений слизистой полости рта – 37,9% (рисунок 3).

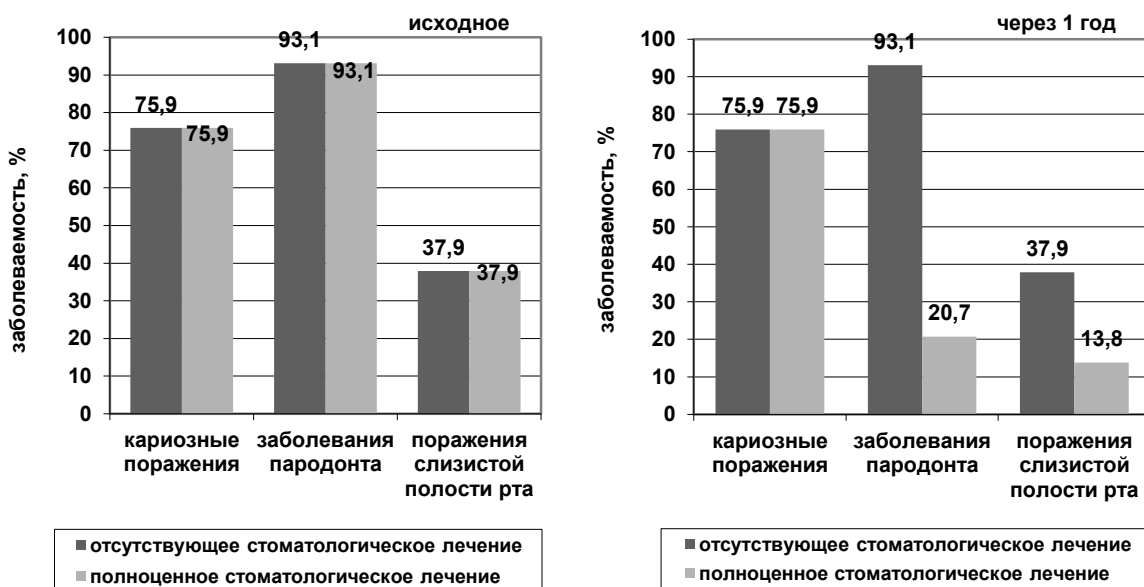


Рисунок 3 - Внутригрупповые показатели распространенности основных стоматологических заболеваний в условиях их полноценного и неполноценного лечения (в динамике) (абс., %; $p < 0,05$)

Через год при контрольном наблюдении было выявлено:

1. в контрольной группе (n = 29 чел.) – не изменившаяся распространенность основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов, заболеваний пародонта и поражений слизистой полости рта – 75,9%, 93,1% и 37,9% соответственно.

2. в основной группе (n = 29 чел.):

- не изменившаяся распространенность кариеса зубов – 75,9%;
- снижение распространенности заболеваний пародонта на 72,4% – купирование патологических явлений у 21 из 27 пациентов;
- снижение распространенности поражений слизистой полости рта на 24,1% – купирование патологических явлений у 7 из 11 пациентов (рисунок 3).

Результаты анализа заболеваемости ИБС в группах пациентов при наличии и отсутствии ИБС представлены в таблице 3.

Таким образом, следует заключить, что сравниваемые группы по уровню заболеваемости ИБС ни исходно, ни через год не имели статистических различий:

- исходно: 1) функциональные классы: контрольная группа: Me (LQ; UQ) = 2 (2;3); основная группа: Me (LQ; UQ) = 2 (2;3) ; U-критерий Манна-Уитни: $p = 0,833550$;
- через 1 год: 1) функциональные классы: контрольная группа: Me (LQ; UQ) = 2 (2;3); основная группа: Me (LQ; UQ) = 2 (2;3) ; U-критерий Манна-Уитни: $p = 0,874571$ (таблица 3).

На основании анализа результатов текущего блока исследований следует заключить, что «при прочих равных условиях» полноценное лечение основных стоматологических заболеваний не оказывает существенного влияния на заболеваемость хроническими формами ИБС в течение периода наблюдения.

На четвертом этапе исследования проанализирована комплексная динамическая картина (интервал – 1 год) течения хронической ИБС и основных стоматологических заболеваний в условиях применения разработанной «Программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС».

В основную группу текущего этапа ($n = 29$ чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие динамическое наблюдение и контролируемое лечение в соответствии с разработанной программой.

В контрольную группу текущего этапа ($n = 29$ чел.) включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие традиционный подход к лечению у специалистов стоматологического и кардиологического профиля, то есть без «привязки» к условиям разработанной программы.

Данные, полученные при сравнительной оценке воздействия традиционного лечения и разработанной программы на кардиальные показатели, отражающие заболеваемость ИБС представлены в таблице 3:

- исходно пациенты сравниваемых групп не имели статистически значимых различий по функциональным классам коронарной патологии (t-критерий Стьюдента

для несвязанных выборок: $p = 0,799557$);

- через 1 год динамического наблюдения пациенты сравниваемых групп имели статистически значимые различия по функциональным классам кардиальной патологии (t-критерий Стьюдента для несвязанных выборок: $p = 0,044579$) (таблица 3).

Используя статистические обоснования правомочности сравнений изучаемых внутригрупповых значений кардиологических и стоматологических показателей, представленные в таблицах 3,4 следует констатировать следующее: результаты применения программы – это не изменившаяся распространенность кариеса зубов, снижение распространенности заболеваний пародонта – на 18,5%, поражений слизистой полости рта – на 27,3%, а также коррекция течения ИБС в виде снижения функционального класса в среднем на 17,6% (рисунок 4).

Таблица 4 - Результаты статистического анализа показателей основной стоматологической заболеваемости в условиях применения традиционного лечения и разработанной программы (в динамике) ($p < 0,05$)

Основные стоматологические заболевания	Заболеваемость, %			
	При традиционном подходе (n общ. = 29 чел.)		С применением разработанной программы (n общ. = 29 чел.)	
	абс., чел.	отн., %	абс., чел.	отн., %
Исходные данные (исходные данные нормируются на 100%):				
кариес зубов	22	100	22	100
воспалительные заболевания пародонта	27	100	27	100
поражения слизистой рта	11	100	11	100
Через 1 год (относительно нормированных исходных данных):				
кариес зубов	22	100	22	100
воспалительные заболевания пародонта	6	22,2	1	3,7
поражения слизистой рта	4	36,4	1	9,1

Полученные данные свидетельствуют в пользу высокой эффективности разработанной программы. При этом необходимо отметить достижение комплексного характера в виде перманентного положительного воздействия как на основные стоматологические заболевания (заболевания пародонта, поражения слизистой полости рта), так и хронические формы ИБС (стабильную стенокардию, ПИКС с ХСН I и II-III ФК). Совокупные результаты исследования и разработанная «Программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС» являются

эффективным примером решения одной из ключевых проблем стоматологических заболеваний с фоновой патологией на основе системного подхода.

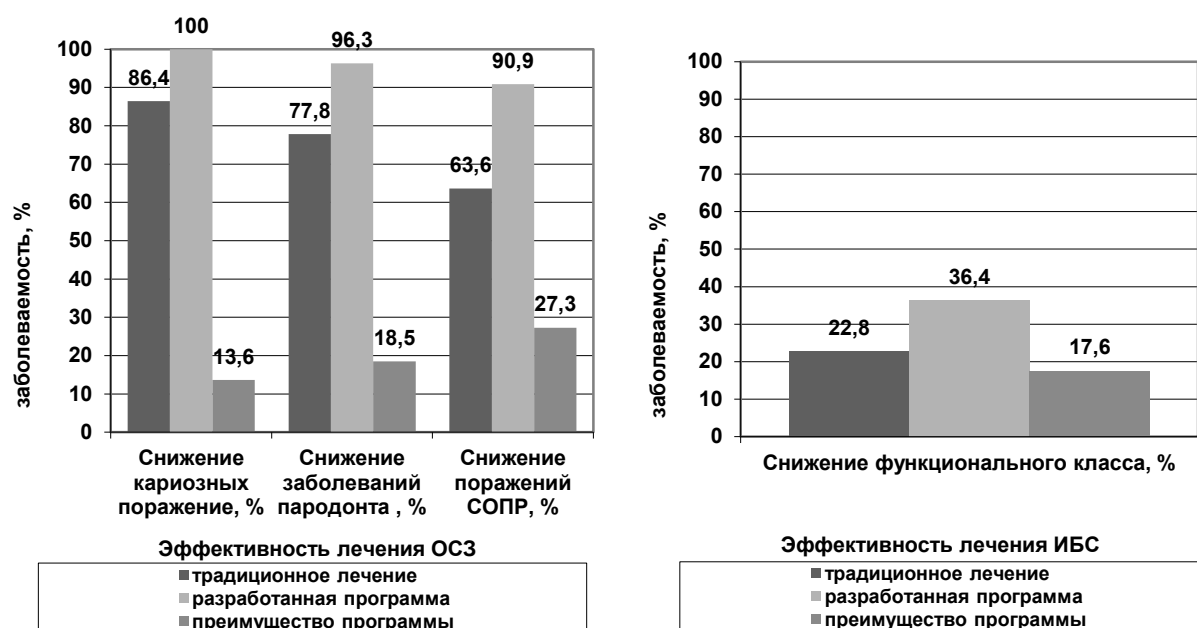


Рисунок – 4 Интегральная оценка результатов применения разработанной программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических больных ИБС ($p < 0,05$)

ВЫВОДЫ

1. Распространенность сочетания трех основных групп стоматологических заболеваний у больных ИБС выше, чем у пациентов без ИБС.
2. У больных ИБС клинические проявления кариеса зубов и заболеваний слизистой оболочки полости рта не имеют особенностей в сравнении с практически здоровыми пациентами, а заболевания пародонта у них отличаются большей активностью воспалительного процесса.
3. Лечение ИБС снижает распространенность воспалительных заболеваний пародонта и слизистой полости рта, не оказывая никакого влияния на активность кариозного процесса.
4. Лечение основных стоматологических заболеваний не оказывает существенного влияния на течение ИБС.
5. Разработанная программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС позволяет снизить распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта, поражений слизистой

оболочки и облегчить течение хронических форм ИБС по сравнению с традиционным подходом.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При осуществлении плановых лечебно-профилактических мероприятий по поводу патологии пародонта или слизистой полости рта рекомендуется учитывать фактор неполноценного лечения хронических форм ИБС у соответствующих больных.

2. При наличии стоматологической патологии у больных хронической ИБС рекомендуется параллельное лечение обоих заболеваний.

3. Для повышения эффективности долечивания и профилактики стоматологических заболеваний у больных с ИБС рекомендуется использовать «Программу мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца», разработанную в рамках настоящего исследования.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Елькова, Н.Л. Оценка состояния полости рта у больных ишемической болезнью сердца [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова // НАУЧНЫЕ ВЕДОМОСТИ Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. - 2011. - №16 (111). Выпуск 15/1. - С.55-57.

2. Елькова, Н.Л. Комплексная оценка состояния полости рта у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2013. - №1. - С.52-57.

3. Елькова, Н.Л. Оценка состояния тканей пародонта у пациентов с нестабильной стенокардией [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2013. - №1. - С. 57-62.

4. Морозов, А.Н. Эпидемиологическая характеристика, клинико-лабораторные проявления и лечение основных стоматологических заболеваний у больных с ишемической болезнью сердца [Текст] / А.Н. Морозов, А.А. Зубкова,

Д.С. Тишков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье».
- 2015. - №4. - С.57-64.

5. Елькова, Н.Л. Состояние полости рта у больных с ишемической болезнью сердца [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова // Материалы 16 Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - С-Петербург. - 2011. – С.78.

6. Зубкова, А.А. Оценка гигиенического состояния полости рта у пациентов с нестабильной стенокардией [Текст] / А.А. Зубкова, Н.Л. Елькова, В.В. Зубков // Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 980-летию г. Курска. - Курск. - 2012. - С.41-46.

7. Зубкова, А.А. Многофакторный анализ состояния тканей пародонта у пациентов со стабильной стенокардией [Текст] / А.А. Зубкова, Н.Л. Елькова, В.В. Зубков // Материалы V Международной научно-практической конференции, посвященной 980-летию г. Курска. - Курск. - 2012. - С.46-52.

8. Елькова, Н.Л. О Состоянии полости рта у больных ишемической болезнью сердца [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова // Материалы 17 Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - С-Петербург. - 2012. – С.29.

9. Состояние тканей пародонта у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков, Е.В. Милова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Пенза. - 2014. - №6. - С.14-15.

10. Результаты микробиологического исследования у пациентов кардиологического профиля [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков, Е.В. Милова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Пенза. - 2014. - №6. - С.15-16.

11. Результаты функционального исследования у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков, Е.В. Милова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – Пенза. - 2014. - №6. - С.16-17.

12. Елькова, Н.Л. Гигиеническое состояние полости рта у пациентов со стабильной стенокардией [Текст] / Н.Л. Елькова, А.А. Зубкова, В.В. Зубков // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. – Белгород. - 2014. - № 4-2. - С.13-16.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
КЛКТ	– конусно-лучевая компьютерная томография
КПУ	– индекс интенсивности кариозных поражений (количество кариозных /пломбированных / удаленных зубов)
ОСЗ	– основные стоматологические заболевания
ПИКС	– постинфарктный кардиосклероз
СОПР	– слизистая оболочка полости рта
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФК	– функциональный класс
ХСН	– хроническая сердечная недостаточность
ЧСС	– число сердечных сокращений
ЭКГ	– электрокардиограмма
СРITN	– коммунальный индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (англ.)
ОHI-S	– индекс гигиены полости рта (англ.)
PI	– пародонтальный индекс (англ.)
PMA	– папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс гингивита (англ.)