

ОПТИМИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ПРОДЛЕННОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Абдуллаев Д.Ш.¹, Ходжаев С.Б.²

¹Абдуллаев Дилмурод Шарипович – PhD, доцент,
кафедра повышения квалификации по направлению терапевтическая стоматология;

²Ходжаев Садуллахужа Ботирович – ассистент,
кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии,
Ташкентский государственный стоматологический институт,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Аннотация: в последнее время хирургам-стоматологам все чаще приходится сталкиваться с пациентами, получающими длительную антитромботическую (антиагрегантную и/или антикоагулянтную) терапию в связи с механическим протезированием клапанов сердца, фибрилляцией предсердий, ангиопластикой со стентированием различных органических сосудистых бассейнов, переболевших коронавирусом и т.д. Как правило, это пожилые пациенты с «букетом» соматических заболеваний, одновременно потребляющие несколько лекарственных препаратов на протяжении длительного времени. По литературным данным, среди лиц старшей возрастной группы последние составляют 70 - 80% (Родина С.Т., 2015).

Ключевые слова: хирургическая стоматология, удаления зубов, антитромботическая терапия, сердечные болезни, ишемия, гингивэктомия, лоскут.

OPTIMIZATION OF OUTPATIENT SURGICAL DENTAL CARE FOR PATIENTS UNDER PROLONGED ANTITHROMBOTIC THERAPY

Abdullaev D.Sh.¹, Khodzhaev S.B.²

¹Abdullaev Dilmurod Sharipovich - PhD, Associate Professor,
DEPARTMENT OF ADVANCED TRAINING IN THERAPEUTIC DENTISTRY;

²Khodzhaev Sadullahuzha Botirovich – Assistant,
DEPARTMENT OF SURGICAL DENTISTRY AND DENTAL IMPLANTOLOGY,
TASHKENT STATE DENTAL INSTITUTE,
TASHKENT, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: recently, dental surgeons increasingly have to deal with patients receiving long-term antithrombotic (antiplatelet and/or anticoagulant) therapy in connection with mechanical prosthetic heart valves, atrial fibrillation, angioplasty with stenting of various organ vascular pools, who have recovered from Coronavirus, etc. As a rule, these are elderly patients with a “bouquet” of somatic diseases who simultaneously consume several drugs for a long time. According to the literature, among the older age group, the latter make up 70-80% (Rodina S.T., 2015).

Keywords: surgical dentistry, tooth extractions, antithrombotic therapy, heart disease, ischemia, gingivectomy, flap.

УДК 616.31-089-06-053.9:615.273.53

Тромботические осложнения у пожилых являются одной из распространенных патологий, представляющих серьезную угрозу для здоровья и жизни. Среди них наиболее актуальными считаются тромбозы коронарных сосудов с развитием инфаркта миокарда, ишемического инфаркта мозга у больных с фибрилляцией предсердий, венозные тромбозы, осложненные тромбоэмболией легочной артерии, риск тромбозов больных после протезирования клапанов сердца и другие [2, 9]. Зачастую для таких больных состояние сердечно-сосудистой системы становится даже важнее стоматологического статуса. Тем не менее, исключить полностью хирургическую стоматологическую помощь таким пациентам нельзя. Основой лечения таких пациентов становится длительная антикоагулянтная терапия. В настоящее время доказано, что амбулаторные стоматологические операции по удалению зубов не требуют изменения режима антикоагуляции, перерывов в применении антикоагулянтов группы витамина К [11].

Тромботические осложнения относятся к наиболее опасным осложнениям при атеросклеротическом поражении сосудистого русла, которые приводят к развитию инфаркта миокарда, инсульта и способствуют наступлению преждевременной смерти. Антитромботическая терапия (АТТ) позволяет снизить риск осложнений, связанных с атеротромбозом, однако для проведения оптимальной терапии следует учитывать множество факторов, связанных как со специфическими характеристиками

антитромботических препаратов, так и с особенностями заболевания у конкретного пациента. Для успешной терапии не менее важным является организация контролируемого длительного ведения пациента с использованием, наряду с АТТ, всех комплексных возможностей, направленных на улучшение прогноза и качества жизни. [13].

Антикоагулянтная терапия является основой лечения острого эпизода ТЭЛА и показана всем пациентам при отсутствии противопоказаний. В соответствии с российскими рекомендациями [3], лечение должно осуществляться терапевтическими дозами нефракционированного гепарина (НФГ), низкомолекулярного гепарина (НМГ), фондапаринукса натрия, антагонистов витамина К (АВК), новых или прямых пероральных антикоагулянтов (ППОАК) (апиксабана, дабигатрана этексилата [далее – дабигатран], ривароксабана). Первоначально возможно парентеральное введение лечебных доз НФГ, НМГ или фондапаринукса натрия. [10].

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 пломбирочного 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.

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 [4].

Во многих странах мира сейчас уделяют особое внимание вопросам профилактики стоматологических заболеваний у разных категорий лиц. В Европе существует «концепция здоровой школы» и «концепция школы, способствующей укреплению здоровья», которые разработаны с целью расширения возможностей для укрепления здоровья полости рта. В рамках этой программы внедрена стратегия по укреплению здоровья полости рта в школах [1], [2]. В Индии, как и в других странах, тоже проводят широкую просветительскую кампанию относительно превентивных мер в стоматологии [4]. При разработке таких мероприятий важно учитывать конъюнктуру общества и историко-социальное наследие [3]. На сегодняшний день в России люди в возрастном интервале от 45 до 75 лет имеют слабое представление о всех возможностях современной стоматологической профилактики в домашних условиях, что несомненно ведет к развитию или осложнению текущих стоматологических заболеваний. В последнее десятилетие наблюдается рост исследований, оценивающих эффективность различных методов обучения гигиене полости рта (ОНЕ) и их различных комбинаций в улучшении состояния здоровья полости рта. Оценка состояния здоровья полости рта включает как объективные, так и субъективные параметры. Kau и Locker в своем систематическом обзоре пришли к выводу, что качество доказательств, касающихся эффективности стоматологического просвещения, является низким [7].

Клинические исследования, проведенные в последние годы, выявили факт недостаточного использования антикоагулянтной терапии для профилактики и лечения тромбоэмболических заболеваний и потенциальные возможности этой терапии. Более полувека назад был открыт и стал использоваться гепарин. Открытие и внедрение низкомолекулярных гепаринов расширило клинические возможности профилактической и лечебной помощи, наряду с повышением безопасности терапии. Мультидисциплинарные исследования показали многогранность действия гепарина и НМГ. Среди потенциальных механизмов их действия – антикоагулянтное, антитромботическое, противовоспалительное, противоопухолевое. Этим объясняются широкие показания для использования антикоагулянтной терапии – профилактика венозных тромбозов, в т. ч. тромбоэмболии лёгочной артерии, профилактика артериальных тромбозов при заболеваниях клапанов сердца, хронической сердечной недостаточности, нарушениях ритма сердца [10, 12].

Оценка эффективности и безопасности антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанной этиологии в рутинной клинической практике возможна с помощью проведения правильно организованных ретроспективных и наблюдательных исследований – регистров. Ретроспективные исследования и создание регистров в медицине позволяют получить реальное представление о существующей медицинской практике, ее особенностях в различных регионах или медицинских учреждениях. По данным регистра могут быть выделены определенные группы риска, а также оценено оказание медицинской помощи и качество жизни пациентов [14].

Путем анализа отечественных и зарубежных литературных источников, многочисленных консультаций с кардиохирургами и на основании данных исследований, нами были разработаны показания к проведению хирургической санации полости рта у данной категории пациентов. В соответствии с ними пациентам с активным клапанным ИЭ проводили хирургическую санацию полости рта после операции на открытом сердце, больным с клапанным пороком неинфекционного генеза хирургическое стоматологическое лечение проводили до проведения операции на открытом сердце. Пожизненная антитромботическая профилактика у больных с искусственными клапанами сердца создает определенные сложности в проведении хирургического стоматологического лечения. В литературе нет единого мнения о возможности прекращения антикоагулянтной терапии на момент проведения хирургической санации полости рта. Совместно с кардиохирургами была определена следующая тактика. Перед выполнением хирургического стоматологического лечения всем пациентам определялся уровень ПТИ и МНО. У большинства пациентов обеих групп показатели ПТИ был ниже 50%, МНО выше 2,0. Данное обстоятельство позволило отменить прием варфарина за 4-5 дней и фенилина за 3-4 дня до проведения хирургического стоматологического лечения. На фоне отмены антикоагулянтной терапии ни у одного пациента не было зарегистрировано клапанно-зависимых осложнений [5].

Указанная проблема касается и пациентов на антикоагулянтной терапии. Назначают ее чаще всего при поражениях сердечно-сосудистой системы: фибрилляция предсердий, постоперационный период после протезирования клапанов при приобретенных пороках сердца [1]. Для данной группы пациентов характерны нарушение гемодинамики микроциркуляторного русла в тканях пародонта [11] и психоэмоционального фона, а также снижение социальной адаптации [4, 8]. При отсутствии адекватной гигиены полости рта высок риск развития хронических заболеваний пародонта, что приводит к усугублению стоматологического здоровья и общей патологии [2]. На фоне приема антикоагулянтов, имеющих побочное действие и на пародонта в том числе в виде кровоточивости десны [13, 14], быстрая и качественная оценка состояния пародонта становится главной целью

[9]. Результатом решения данной проблемы будет исследование заболеваемости, улучшение организации и оказания стоматологической помощи людям с заболеваниями пародонта. Одной из задач является повышение заинтересованности пациента к состоянию здоровья собственной полости рта, что может быть обеспечено прямой связью «врач—пациент» на приеме, а также в непосредственном участии пациента в обследовании посредством анкетирования [6].

Список литературы / References

1. *Абдуазимова-Озсулу Л.А., Мухторова М.М., Абдуазимов А.А., Ханазаров Д.А., Мазифарова К.Р.* Проблемы инновационного образования в медицине // Вестник науки и образования, 2021. № 15-2 (118). С. 50-56.
2. *Абдуазимова Л.А., Мухторова М.М.* Оценка состояния заболеваемости кариесом в детском возрасте // Вестник науки и образования, 2021. № 13-2 (116). С. 16-22.
3. *Воробьева Н.М., Панченко Е.П.* Продленная антикоагулянтная терапия у пациентов, переживших тромбоз эмболию легочной артерии // *Atherothrombosis*, 2018. С. 36-45.
4. *Величко Э.В., Гунько В.И.* Актуальные проблемы в амбулаторной стоматологической практике при оказании помощи кардиологическим и кардиохирургическим больным // Вестник РУДН, серия Медицина, 2011. № 1. С. 48-52.
5. *Дюсупов К.Б., Кенбаев В.О.* Хирургическая санация полости рта у пациентов, перенесших операцию на сердце // Вестник КАЗНМУ. №1-2012. С. 211-215.
6. *Кайгородов В.А., Нуриева Н.С., Делец А.В.* Использование объективного пародонтального индекса (ОПИ) в исследовании состояния пародонта у пациентов на антикоагулянтной терапии. клинический случай // Проблемы стоматологии, 2017. С. 14-17.
7. *Ломакина М.В.* Анализ уровня осведомленности о необходимых мерах стоматологической профилактики среди пациентов, принимающих антикоагулянтную терапию на фоне нарушения сердечного ритма // Международный научно-исследовательский журнал, 2021. № 4 (106). Часть 2. Апрель. С. 160-163.
8. *Махсумова С.С., Махсумова И.Ш., Мухамедова М.С., Холматова З.Д., Мухторова М.М.* Особенности проявления сахарного диабета 1 типа у детей на слизистой оболочке полости рта и губ // Вестник науки и образования. 2021. № 15-2 (118). С. 44-50.
9. *Мурашко А.В.* Антикоагулянтная терапия при беременности // Трудный пациент, 2009. С. 5-10.
10. *Муртазаев С.С. и др.* Распространенность заболеваний пародонта у детей в пубертатный период // *Stomatologiya*, 2019. Т. 77. № 4. С. 43-44.
11. *Парфенюк Г.В.* Динамика обращаемости за хирургической помощью лиц пожилого возраста, находящихся на пролонгированной антикоагулянтной терапии новыми оральными антикоагулянтами, в частный стоматологический кабинет за 5 лет (2013-2017 годы) // Аспирантский вестник Поволжья, 2018. № 5-6. С. 162-168.
12. *Dinikulov J.A., Abduazimova L.A., Abbasova D.B., Mukhtarova M.M., and Kholmatova Z.D.* Prevention of dental caries with the method of fluorination of milk products // *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 2021. С. 33709 – 33714.
13. *Roytberg G.E., Slastnikova I.D.* Modern Approaches to Optimal Antithrombotic Therapy for Stable Ischemic Heart Disease // *The Russian Archives of Internal Medicine*, 2020. С. 348-356.
14. *Sulimov V.A, Napalkov D.A., Sokolova A.A., Jilenko A.V., Anikina O.S. Sechenov I.M.* Anticoagulant therapy in everyday clinical practice: data of the retrospective cross-sectional study Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии, 2015;11(2). С. 116-123.