

УДК 616.127-005.4-02:616.314.18

Взаимосвязь заболеваний пародонта с факторами риска развития ишемической болезни сердца

О.В. Скочко, Т.В. Мамонтова, Л.Э. Веснина, И.П. Кайдашев

*Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава***КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ишемическая болезнь сердца, воспаление, воспалительные заболевания зубочелюстной системы, дислипидемия

Распространенность и смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) остаются достаточно высокими во многих европейских странах, в том числе и в Украине [1]. До настоящего времени нет общепризнанной классификации факторов риска (ФР) развития и прогрессирования ИБС, и в этой связи во всем мире ведутся многочисленные дискуссии и исследования [7]. Широко обсуждается роль такого ФР в развитии и прогрессировании ИБС, как пародонтопатогенная микрофлора на фоне сопутствующих воспалительных заболеваний ротовой полости.

В последнее время появились публикации, раскрывающие взаимосвязь между воспалительными заболеваниями ротовой полости и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности ИБС и атеросклерозом. В систематическом обзоре L.L. Humphrey и соавторов (2008) показано, что заболевания периодонта являются источником хронического воспаления и выступают в качестве независимого ФР возникновения ИБС [9]. Обследование больных ИБС и пациентов, перенесших инфаркт миокарда, показывает, что около 75 % имеют заболевания ротовой полости, а частота выявления заболеваний пародонта во всех возрастных группах составляет 55–99 % [2].

Согласно современным данным, постоянно персистирующая оральная микробиота может вызывать развитие атеросклероза двумя путями: прямым – бактерии через кровоток проникают в эндотелий сосудов, вызывая эндотелиаль-

ную дисфункцию, воспаление и атеросклероз, и/или опосредованным – через стимулирование продукции медиаторов с атерогенным и провоспалительным системными эффектами [4]. В свою очередь, важно отметить, что широкое применение базисных препаратов, а также интервенционных и хирургических методов лечения ИБС до сегодняшнего дня не решило проблемы эффективного контроля стенокардии. Даже у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование или стентирование венечных артерий, симптомы ишемии в той или иной степени сохраняются, а атеросклеротический процесс прогрессирует. Поэтому необходимы дальнейший поиск и разработка профилактических и лечебных мероприятий, ориентированных не только на клинические проявления коронарной патологии, но и на ФР и механизмы, лежащие в основе развития заболевания.

Цель работы – оценить факторы риска у больных ишемической болезнью сердца и их взаимосвязь с различными воспалительными заболеваниями зубочелюстной системы.

Материал и методы

В клиническое исследование включено 63 пациента в возрасте 45–68 лет. Критериями включения в исследование были ИБС: стабильная стенокардия напряжения, сахарный диабет (СД) 2-го типа без приема инъекционных сахароснижающих препаратов, подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Кайдашев Ігор Петрович, д. мед. н., проф.,
проректор з наукової роботи, зав. кафедри
36011, м. Полтава, вул. Шевченка, 23
Тел. +380 (532) 56-22-43. E-mail: kaidashev@yandex.ru

Критерии исключения: наличие в анамнезе инфаркта миокарда, интервенционного вмешательства, злокачественная артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса (ФК), системные заболевания соединительной ткани, онкологические и онкогематологические заболевания, тяжелые инфекционные заболевания, хронические воспалительные заболевания, которые требуют регулярной антибиотикотерапии, наличие в анамнезе острого нарушения мозгового кровообращения, фибрилляция предсердий.

Исследование проводили в период 2012–2014 гг. на базе Полтавской городской клинической больницы № 1 и Научно-исследовательского института генетических и иммунологических основ развития патологии и фармакогенетики Украинской медицинской стоматологической академии. Перед началом исследования все участники подписали информированное согласие, получено одобрение комиссии по биоэтике Украинской медицинской стоматологической академии.

Диагноз ИБС подтверждали у пациентов по наличию стенокардии напряжения I–III ФК по классификации Канадской ассоциации кардиологов и явлений недостаточности кровообращения согласно классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). Продолжительность ИБС составляла от 1 года до 10 лет.

Обследование включало сбор анамнестических и объективных данных, выявление ФР (пол, возраст, избыточная масса тела и ожирение, АГ, СД 2-го типа, воспалительные заболевания зубочелюстного аппарата, наследственная предрасположенность по ИБС, АГ, СД 2-го типа, смерть родителей от ИБС в семейном анамнезе, дислипидемия, курение), осмотр стоматолога с определением индекса Green – Vermillion, индекса кровоточивости по Мюллерману и установлением диагноза.

У пациентов регистрировали ЭКГ. Велоэргометрию (ВЭМ) проводили на велоэргометре «Велоэрготест-05» (Украина) по методике ступенчатой возрастающей нагрузки с последующим увеличением мощности каждые 3 мин под контролем ЭКГ и артериального давления. Критериями прекращения ВЭМ были общепринятые клинические или ЭКГ-признаки ишемии миокарда. Всем больным выполняли ультразвуковое исследование сосудов шеи на аппарате ULTIMA PA датчиком L5-12/40 в соответ-

ствии со стандартными протоколами в В-режиме.

Также пациентам проводили общеклинический и биохимический анализ крови с определением билирубина, АЛТ, АСТ, общего белка и креатинина. Исследовали липидный спектр: уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) при помощи наборов производства «Диакон-ДС» (Россия). Содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) рассчитывали по формуле W.T. Friedewald: $ХС\ ЛПНП = ОХС - (ХС\ ЛПВП + ТГ / 2,22)$. Концентрацию холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) определяли по соотношению $ТГ / 2,22$. Коэффициент атерогенности (КА) вычисляли по формуле А.М. Климова: $КА = (ОХС - ХС\ ЛПВП) / ХС\ ЛПВП$.

Для контроля углеводного обмена глюкозооксидазным методом исследовали уровни глюкозы натощак и через 1 ч после приема 75 г глюкозы (пероральный глюкозотолерантный тест – ПГТТ), рассчитывали гипергликемический коэффициент.

Наличие микроальбуминурии определяли с помощью диагностических полосок «МикроальбуФан» (Lachema, Чехия), рассчитывали соотношение альбумина и креатинина в моче.

Для определения уровня системного воспаления исследовали концентрацию высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) в соответствии с протоколами производителя тест-систем (DRG, США).

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программы Statistica 6.0 с вычислением среднего (M) и стандартной ошибки среднего (m). Использовали методы описательной статистики, сопоставление показателей в группах осуществляли методами параметрической (t-критерий Стьюдента) и непараметрической (критерий χ^2 Пирсона, точный критерий Фишера, тест Манна – Уитни) статистики. Взаимосвязи в группах оценивали с помощью корреляционного анализа Пирсона, Спирмена. Для всех видов анализа статистически значимыми считали различия при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Среди пациентов было 40 (63,5 %) мужчин и 23 (36,5 %) женщины. Клинико-демографическая характеристика больных представлена в *табл. 1*.

Таблица 1
Клиническая характеристика пациентов с ишемической болезнью сердца

Показатель	Величина показателя (M±m)		
	Мужчины (n=40)	Женщины (n=23)	Общая группа (n=63)
Возраст, годы	53,0±0,9	55,9±1,3	54,1±0,7
Масса тела, кг	81,9±3,3	86,5±2,6	84,8±2,1
Рост, см	173,1±0,9	167,0±0,7	170,9±0,8
Окружность талии, см	103,2±2,2	99,4±2,9	101,8±1,7
Индекс массы тела, кг/м ²	29,15±0,85	30,23±1,36	29,54±0,73
САД, мм рт. ст.	139,87±2,46	141,9±2,47	137,3±1,42
ДАД, мм рт. ст.	94,55±1,26	92,60±1,93	86,60±0,77
Продолжительность ИБС	4,78±0,48	4,55±0,32	4,63±0,27
Частота выявления показателя, абс. (%)			
Стенокардия напряжения			
I ФК	20 (31,75 %)	4 (6,35 %)	24 (38,09 %)
II ФК	18 (28,57 %)	15 (23,81 %)	33 (52,38 %)
III ФК	2 (3,17 %)	4 (6,35 %)	6 (9,52 %)
Сердечная недостаточность по NYHA			
I ФК	25 (39,68 %)	19 (30,16 %)	44 (69,84 %)
II ФК	19 (30,16 %)	11 (17,46 %)	30 (47,62 %)
III ФК	6 (9,52 %)	8 (12,7 %)	14 (22,22 %)
Отягощенная наследственность			
ИБС	18 (28,57 %)	8 (12,7 %)	26 (41,3 %)
АГ	32 (50,79 %)	18 (28,57 %)	50 (79,4 %)
Ожирение	8 (12,7 %)	6 (9,52 %)	14 (22,2 %)
СД 2-го типа	10 (15,87 %)	4 (6,35 %)	14 (22,2 %)
АГ			
1-й степени	19 (30,16 %)	17 (26,98 %)	36 (57 %)
2-й степени	7 (11,11 %)	9 (14,28 %)	16 (25,39 %)
3-й степени	11 (17,46 %)	9 (14,28 %)	20 (31,74 %)
Нормальная масса тела	7 (11,11 %)	2 (3,17 %)	9 (14,28 %)
Избыточная масса тела	16 (25,4 %)	14 (22,22 %)	30 (47,62 %)
Ожирение			
1-й степени	12 (19,05 %)	3 (4,76 %)	15 (23,8 %)
2-й степени	4 (6,35 %)	2 (3,17 %)	6 (9,52 %)
3-й степени	1 (1,59 %)	2 (3,17 %)	3 (4,76 %)
СД 2-го типа	14 (22,22 %)	6 (9,52 %)	20 (31,74 %)
Воспалительные заболевания зубочелюстного аппарата			
Практически здоровые	1 (1,59 %)	2 (3,17 %)	3 (4,76 %)
Средний кариес	19 (30,16 %)	9 (14,29 %)	28 (44,44 %)
Хронический периодонтит	13 (20,63 %)	10 (15,87 %)	23 (36,51 %)
Локальный пародонтит	36 (57,14 %)	17 (26,98 %)	53 (84,13 %)
Хронический генерализованный пародонтит	–	2 (3,17 %)	2 (3,17 %)
Курение	30 (47,62 %)	1 (1,59 %)	31 (49,2 %)
Психосоциальный стресс	40 (63,49 %)	23 (36,51 %)	63 (100 %)
Малоподвижный образ жизни	2 (3,17 %)	1 (1,59 %)	3 (4,76 %)

Примечание. САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

Выявлены ряд ФР, предрасполагающих и способствующих развитию ИБС: немодифицируемые – пол, возраст, наследственная предрасположенность (смертность родителей от ИБС в семейном анамнезе); модифицируемые – АГ, избыточная масса тела, ожирение, нарушения углеводного обмена (гипергликемия, СД 2-го типа), воспалительные заболевания зубочелюст-

ного аппарата, курение, психосоциальный стресс, гиподинамия, дислипидемия.

На момент включения в исследование у пациентов выявлен ряд ЭКГ-феноменов (табл. 2). Частота сокращений сердца составляла 53–106 в 1 мин, в среднем (74,46±1,76) в 1 мин.

При лабораторном исследовании состояния липидного обмена гиперхолестеринемия выя-

31,7 %, трех – у 4,76 %. Атеросклеротические бляшки (АБ) определены в правой общей сонной артерии (ПОСА) у 30 (47,6 %) лиц, левой общей сонной артерии (ЛОСА) – у 27 (42,8 %), двойное поражение ПОСА и ЛОСА – у 14 (22,2 %), наружной сонной артерии – у 16 (25,3 %), правой внутренней сонной артерии – у 4 (6,3 %), левой внутренней сонной артерии – у 5 (7,9 %), комбинированное поражение наружной и внутренней сонных артерий – у 6 (9,5 %). Размеры АБ были более выраженными в ПОСА и ЛОСА, в отличие от других сосудов шеи. Частота значимых стенозов артерий у больных ИБС составила 4,77 %.

У большинства (95,3 %) обследованных выявлена воспалительная патология зубочелюстного аппарата, при этом в ряде случаев наблюдали сочетанное развитие заболеваний ротовой полости (см. табл. 1).

Полученные нами данные об удельном весе ФР развития и прогрессирования ИБС представлены на рисунке. Эти результаты подтвердили положение о том, что развитие ИБС ассо-

цируется с такими ФР, как мужской пол (63,5 %), наследственный характер ИБС (41,3 %) и АГ (76 %), наличие в анамнезе АГ (57 %), избыточная масса тела и ожирение (85,7 %), СД 2-го типа (3,2–84,1 %) и воспалительные заболевания зубочелюстной системы (3,2–84,1 %), курение (49,2 %), психоэмоциональный стресс (100 %), системное воспаление, нарушение толерантности к глюкозе (49,2 %), дислипидемия и микроальбуминурия (23,8 %), и согласуются с работами других авторов [3, 8].

Корреляционный анализ некоторых из исследуемых показателей у пациентов с ИБС представлен в табл. 4.

Полученные данные свидетельствуют о том, что большинство больных ИБС имеют комбинированную воспалительную патологию заболеваний зубочелюстного аппарата, при которой, возможно, происходит инфицирование АБ в сосудах. Ранее нами показано, что в тканях АБ венечных артерий методом полимеразной цепной реакции обнаруживаются основные пародонто-

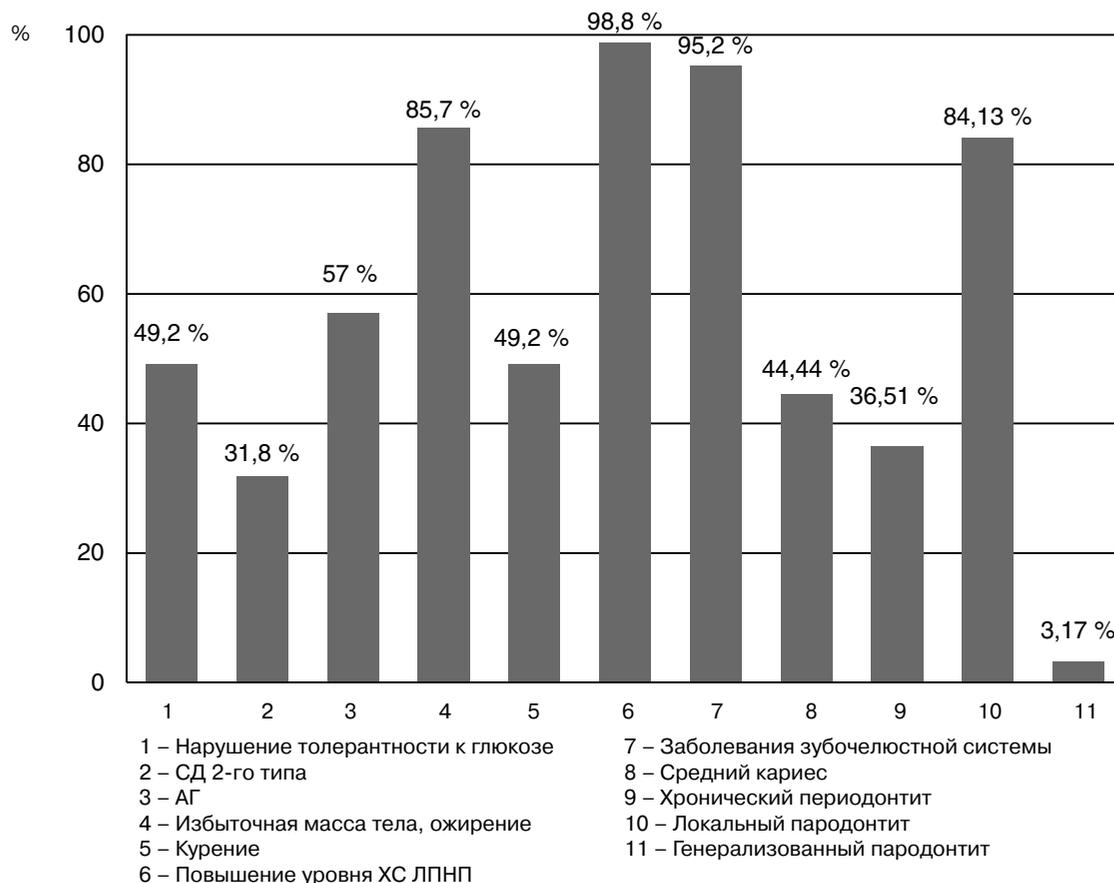


Рисунок. Удельный вес факторов риска в развитии ишемической болезни сердца.

Таблица 4

Корреляционный анализ некоторых из исследуемых показателей у пациентов с ишемической болезнью сердца

Показатель	r	P
Генерализованный пародонтит и наличие АБ в сосудах шеи	0,32	<0,05
Средний кариес и масса тела	0,26	<0,05
Средний кариес и уровень глюкозы после ПГТТ	0,34	<0,05
Средний кариес и коэффициент атерогенности	0,27	<0,05
Локальный периодонтит и высокочувствительный СРБ	0,39	<0,05
Продолжительность ИБС и высокочувствительный СРБ	0,31	<0,05
Высокочувствительный СРБ и окружность талии	0,32	<0,05
Высокочувствительный СРБ и масса тела	0,27	<0,05
Высокочувствительный СРБ и наличие АБ в сосудах шеи	0,37	<0,05
Окружность талии и уровень глюкозы после ПГТТ	0,29	<0,05
Окружность талии и триглицериды	0,39	<0,05
Окружность талии и наличие АБ в сосудах шеи	0,56	<0,05
Коэффициент атерогенности и уровень глюкозы натощак	0,42	<0,05
Коэффициент атерогенности и уровень глюкозы после ПГТТ	0,41	<0,05
Коэффициент атерогенности и наличие АБ в сосудах шеи	0,32	<0,05

патогенные микроорганизмы; присутствие хотя бы одного из микроорганизмов у одного пациента выявляется в 83,9 % случаев, двух и более – в 51,6 %, трех – в 22,6 % [5], также отмечена повышенная контаминация представителями следующих родов: *Lactobacillus sp.*, *Enterobacterium sp.*, *Sneathia sp.*, *Leptotrihia sp.*, *Fusobacterium sp.*, *Mobilincus sp.*, *Corynebacterium sp.*, *Peptostreptococcus sp.* [6].

В нашем исследовании нашли подтверждение данные о взаимосвязи уровня маркера воспаления низкой градации высокочувствительного СРБ и наличия хронических воспалительных заболеваний зубочелюстной системы, а именно локального периодонтита ($r=0,39$, $P<0,05$). Ранее показано, что у пациентов с периодонтитом на фоне ИБС пародонтопатогенная микрофлора ротовой полости и АБ стимулирует продукцию маркеров воспаления (высокочувствительного СРБ и гаптоглобина) и провоспалительных цитокинов (интерлейкинов 1, 6, 8 и фактора некроза опухоли α), тем

самым запуская воспаление и развитие атеросклероза [5].

Исследования по изучению взаимосвязи СД и пародонтальной патологии указывают на то, что у взрослого человека, страдающего СД, воспалительные заболевания пародонта встречаются в три раза чаще по сравнению с лицами без СД [10]. Ранее установлена линейная связь между сердечно-сосудистым риском и уровнем гликемии, при этом постпрандиальный (постнагрузочный) уровень глюкозы имеет большее прогностическое значение для риска сердечно-сосудистых заболеваний, чем гликемия натощак.

В нашем исследовании установлено, что у пациентов с ИБС возникает выраженное нарушение углеводного обмена, которое характеризуется повышением показателей глюкозы натощак и после ПГТТ, гипергликемического коэффициента. Важно, что при проведении исследования у 31,8 % пациентов СД выявлен впервые. Полученные данные подтвердили положение о том, что нарушение углеводного обмена тесно связано с развитием атеросклеротического процесса в различных сосудистых бассейнах, дислипидемией и воспалением, что может значительно влиять на течение и прогрессирование ИБС [11].

Данные скрининга в нашем исследовании подтверждают, что при ИБС происходит ряд нарушений метаболических процессов (нарушение углеводного обмена, дислипидемия, системное воспаление). В свою очередь, пародонт и его структуры являются чувствительными к пропатогенному действию факторов, формирующих проатерогенный спектр метаболических нарушений. Результаты нашей работы подтверждают, что наряду с общеизвестными ФР (ожирение, дислипидемия, АГ, нарушение углеводного обмена) у пациентов с ИБС удельный вес воспалительных заболеваний зубочелюстного аппарата составляет 95,2 %. В свою очередь, взаимосвязь между заболеваниями пародонта и ФР развития ИБС, влияющими на формирование и развитие атеросклеротического процесса, подтверждает корреляционный анализ.

Таким образом, решение проблемы снижения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ИБС, связано, прежде всего, с ориентацией на раннюю диагностику атеросклероза на этапе развития его патогенетических механизмов. Изложенные выше доказательства тесной взаимосвязи между состояни-

ем микрофлоры ротовой полости и риском развития патологии с системным воспалительным компонентом, в частности сердечно-сосудистых заболеваний, обуславливает необходимость разработки практического решения этой проблемы.

Выводы

1. У пациентов с ишемической болезнью сердца выявлен ряд факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: артериальная гипертензия (57 %), избыточная масса тела и ожирение (85,7 %), микроальбуминурия (23,8 %), нарушение толерантности к глюкозе (49,2 %), сахарный диабет 2-го типа (31,7 %), воспалительные заболевания зубочелюстной системы (3,2–84,1 %), курение (49,2 %), психоэмоциональный стресс (100 %), мужской пол (63,5 %), наследственный характер ишемической болезни сердца (41,3 %) и артериальной гипертензии (76 %).

2. Установлена взаимосвязь заболеваний пародонта с такими факторами риска, как дислипидемия ($r=0,27$; $P<0,05$), нарушение толерантности к глюкозе ($r=0,34$; $P<0,05$), уровень высокочувствительного С-реактивного белка ($r=0,39$; $P<0,05$), наличие атеросклеротического поражения сосудов шеи ($r=0,32$; $P<0,05$), что подтверждает важность заболеваний органов полости рта как фактора риска развития ишемической болезни сердца.

Литература

1. Горбась І.М. Ішемічна хвороба серця: епідеміологія і статистика // Здоров'я України.– 2009.– № 3 (1).– С. 34–35.
2. Дворник В.М., Рябушко Н.О., Дворник І.Л. Вплив ішемічної хвороби серця та фармакотерапії цього захворювання на тканини порожнини рота // Актуальні питання сучасної медицини.– 2014.– Т. 14 (1/45).– С. 119–123.
3. Лутай М.И., Голикова С.П., Деяк С.И., Слободской В.А. Системное воспаление у пациентов с ишемической болезнью сердца: взаимосвязь с клиническим течением и наличием факторов риска // Укр. мед. часопис.–2006.– № 2 (52).– С. 80–84.
4. Мамонтова Т.В., Веснина Л.Е., Кайдашев И.П. Микрофлора ротовой полости как фактор развития заболеваний сердечно-сосудистой системы // Укр. мед. часопис.– 2014.– № 4 (102).– С. 186–192.
5. Скочко О.В., Боброва Н.А., Измайлова О.В., Кайдашев И.П. Роль некоторых парадонтопатогенных микроорганизмов и Asp299Gly полиморфизма Toll-подобного рецептора 4 в патогенезе атеросклероза // Жур. микробиол. епидемиол. иммунобиол.– 2011.– № 5.– С. 83–86.
6. Скочко О.В., Кайдашев И.П., Веснина Н.А. и др. Количественный анализ некоторых групп микроорганизмов, выделенных из атеросклеротически измененных коронарных артерий больных, в зависимости от Asp299Gly полиморфизма гена TLR4 // Врачебное дело.– 2012.– № 3–4 (1113).– С. 82–86.
7. Ghingina C., Bejan I., Ceck C.D. Modern risk stratification in coronary heart disease // J. Med. Life.– 2011.– Vol. 4.– P. 377–386.
8. Grundy S.M., Bazzarre T., Cleeman J. et al. Prevention Conference V: beyond secondary prevention: identifying the high-risk patient for primary prevention: medical office assessment: Writing Group I // Circulation.– 2000.– Vol. 101.– P. 3–11.
9. Humphrey L.L., Fu R., Buckley D.I. et al. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis // J. Gen. Intern. Med.– 2008.– Vol. 23 (12).– P. 2079–2086.
10. Khader Y.S., Dauod A.S., El-Qaderi S.S. et al. Periodontal status of diabetics compared with non-diabetics: a meta-analysis // J. Diab. Complications.– 2006.– Vol. 20 (1).– P. 59–68.
11. Reaven G. Insulin resistance and coronary heart disease in nondiabetic individuals // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. – 2012.– Vol. 32 (8).– P.1754–1759.

Поступила 29.04.2014 г.

Взаємозв'язок захворювань пародонта з чинниками ризику розвитку ішемічної хвороби серця

О.В. Скочко, Т.В. Мамонтова, Л.Е. Весніна, І.П. Кайдашев

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Мета роботи – оцінити чинники ризику у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та їх взаємозв'язок з різними запальними захворюваннями зубощелепної системи.

Матеріал і методи. У дослідження залучено 63 хворих на ІХС – 40 (63,5 %) чоловіків і 23 (36,5 %) жінки віком 45–68 років. Обстеження передбачало збір анамнестичних і об'єктивних даних, виявлення чинників ризику, огляд стоматолога, реєстрацію ЕКГ, ультразвукове дослідження судин шиї, загальноклінічний і біохімічний аналіз крові.

Результати. У хворих виявлено такі чинники ризику розвитку серцево-судинних захворювань: чоловіча стать (63,5 %), спадковий характер ІХС (41,3 %) і артеріальної гіпертензії – АГ (76 %), наявність в анамнезі АГ (57 %), надлишкова маса тіла і ожиріння (85,7 %), цукровий діабет 2-го типу (31,7 %), запальні захворювання зубощелепної системи (3,2–84,1 %), куріння (49,2 %), психоемоційний стрес (100 %), системне запалення, порушення толерантності до глюкози (49,2 %), дисліпідемія, мікроальбумінурія (23,8 %). Наявність запальної патології

зубощелепної системи (моно- або поєднану патологію) відзначено у 95,3 % пацієнтів: середній карієс у 44,4 %, хронічний періодонтит у 36,5 %, локальний пародонтит у 84,1 %, хронічний генералізований пародонтит у 3,2 % осіб. Виявлено взаємозв'язок між захворюваннями пародонта та чинниками ризику розвитку ІХС, які за даними кореляційного аналізу впливають на розвиток атеросклеротичного процесу.

Висновки. Підтверджено тісний взаємозв'язок між станом мікрофлори порожнини рота і ризиком розвитку патології із системним запальним компонентом, зокрема серцево-судинних захворювань, зумовлює необхідність розробки практичних рішень цієї проблеми.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, запалення, запальні захворювання зубощелепного апарату, дисліпідемія.

The relationship of periodontal disease to risk factors for the development of the ischemic heart disease

O.V. Skochko, T.V. Mamontova, L.E. Vesnina, I.P. Kaidashev

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

The aim – to assess risk factors (RF) among patients with ischemic heart disease (IHD) and to assess their relationship to various inflammatory dental diseases.

Material and methods. Sixty three patients with IHD, age 45–68 years, were included. The study included 63 patients with ischemic heart disease – 40 (63.5 %) men and 23 (36.5 %) women, age 45–68 years. The investigation consisted of anamnesis and objective data, risk factors detection, stomatologic study, ECG, ultrasonography of brachial arteries, general and biochemical blood analysis.

Results and discussion. Patients with IHD had different RF, such as male gender (63.5 %), hereditary ischemic heart disease (41.3 %) and arterial hypertension (AH) (76 %), previous AH (57 %), excess body weight and obesity (85.7 %), diabetes mellitus 2 type (31.7 %), inflammatory dental diseases (3.2–84.1 %), smoking (49.2 %), psychoemotional stress (100 %), systemic inflammation, impaired glucose tolerance (49.2 %), dyslipidemia, microalbuminuria (23.8 %). The presence of inflammatory pathology dentoalveolar apparatus (mono or combined pathology) was observed in 95.3 % patients. The following dental diseases were noted: the average caries (44.4 %), chronic periodontitis (36,5 %), local periodontitis (84.1 %). The relation between periodontal disease and CHD factors was found.

Conclusions. These data suppose relationship between microflora of the oral cavity and the risk of systemic pathologies with inflammatory component, such as cardiovascular disease, implying need for practical solution of this problem.

Key words: ischemic heart disease, inflammation, inflammatory dental diseases, dyslipidemia.