

Огляди літератури

УДК 616.31:616.12-005.4]-085.22

Дворник В.М., Рябушко Н.О., Дворник І.Л.

ВПЛИВ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТКАНИНИ ПОРОЖНИНИ РОТА

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

Кількість хворих на ішемічну хворобу серця з кожним роком зростає, як і потреба населення у знімному зубному протезуванні, тому дана проблема залишається актуальною. В статті проведений аналіз літератури, що відображає стан проблеми впливу ішемічної хвороби серця та фармакотерапії даного захворювання на тканини порожнини рота. Всі публікації, що присвячені цій проблемі, уривчасті та суперечливі, практично відсутні дані про взаємозв'язок між гемодинамікою в тканинах пародонта і кровотоком магістральних судин голови. Побічна дія ліків, що застосовуються при лікуванні ІХС, на порожнину рота описується опосередковано. ІХС має велику кількість проявів в порожнині рота, викликає дискомфорт у пацієнтів, підвищує ризик виникнення інфекційних захворювань, знижує адаптацію до зубних протезів, однак лікування залишається симптоматичним та не призводить до покращення, залишаються невирішеними проблеми підвищення рівня та якості надання ортопедичної допомоги хворим на ІХС.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, стан порожнини рота, адаптація до знімних зубних протезів.

Проблема удосконалення ортопедичного лікування хворих з повною та частковою відсутністю зубів залишається досить актуальною, особливо враховуючи, що потреба населення в знімному зубному протезуванні дуже значна і сягає 80% у старших вікових групах (Лобунець В.А., 2003, Йордашвили А.К. и соав., 2010).

Перспективи підвищення ефективності профілактики і лікування ускладнень при протезуванні в сучасній стоматології пов'язують не тільки з якістю матеріалу базису протеза, клінічними умовами протезного ложа, а й з урахуванням соматичної патології в осіб, що протезуються.

Обстеження хворих з ішемічною хворобою серця та пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда, показує, що приблизно 75% мають захворювання порожнини рота, 80% із них потребують ортопедичного лікування, а рівень захворювання пародонта у всіх вікових групах складає від 55 до 99% [25].

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – патологічний стан, що характеризується абсолютним або відносним порушенням кровопостачання міокарду внаслідок ураження коронарних артерій серця. В основі ішемічної хвороби серця лежить порушення кровотоку в коронарних судинах, що призводить до недостатнього кровопостачання серцевого м'яза. Переважно ішемічна хвороба серця зумовлюється атеросклерозом. Внаслідок появи атеросклеротичної бляшки просвіт судини звужується. Слід відзначити, що

атеросклероз може розвинути не тільки в коронарних, але й в будь-яких інших судинах людського організму [8,16,31].

Достовірний діагноз ішемічна хвороба серця можна встановити на підставі виявлення ознак ішемії міокарда за допомогою тесту з фізичним навантаженням, холтеровського моніторингу ЕКГ з верифікацією, за даними коронарографії, сцинтиграфії міокарда Т1, стрес-ЕхоКГ.

Для спрощення користування та взаєморозуміння лікарями різного медичного профілю була складена та рекомендована класифікація В. М. Коваленка та М. І. Лутая [10]. Класифікація та номенклатура основних серцево-судинних захворювань відповідають Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, що набула чинності для статистичного кодування в Україні з 1999 р. В класифікації МКХ-10 ішемічна хвороба серця має код від I20 до I25.

Згідно з експертними оцінками ВООЗ, ішемічна хвороба серця – одне з найгостріших захворювань і одна з основних причин смертності, а також тимчасової та стійкої втрати працездатності населення в розвинених країнах світу. За матеріалами цілеспрямованих досліджень розповсюдженість ІХС складає від 12 до 24% дорослого населення. У 2011 р. в світі від серцево-судинних захворювань (ССЗ) померло приблизно 17 млн. осіб, з них 7,2 млн. внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС) [4,20].

За прогнозом Всесвітньої організації охорони

здоров'я до 2030 р. смертність від ССЗ складатиме 23,6 млн. осіб. В Україні у 2011 р. ССЗ діагностовано у 26,1 млн. осіб, тобто у 57,5% всього населення України, з них 9,6 млн. хворих – особи працездатного віку. Всього зафіксовано майже 9 млн. хворих на ІХС, у 2011р. зафіксовано майже 50 тис. випадків інфаркту міокарда (ІМ), поширеність хронічних форм ІХС складає в Україні за даними на 2011 р. 23 855 випадків на 100 тис. Населення (в т.ч. стенокардії напруги – 8786,4 випадків на 100 тис. населення). Отже, статистичні дані як в Україні, так і в світі свідчать про збільшення захворюваності та смертності внаслідок ССЗ, зокрема ІХС, що обумовлює створення нових рекомендацій з лікування та профілактики ССЗ, стають більш жорсткими як критерії контролю, так і засоби їх досягнення [9].

Незважаючи на доведену здатність певних медикаментів поліпшувати прогноз хворих із ССЗ, результати лікування таких пацієнтів на практиці залишаються незадовільними. Частково це можна пояснити небажанням хворих відвідувати лікаря. До об'єктивних причин низької довіри до лікування хворих із ССЗ можна віднести погану реакцію на дію препаратів у зв'язку з основними ефектами (сечогінний, антигіперензивний, «ефект першої дози» тощо), небажаними (побічними) ефектами (сонливість, кашель, геморагічні ускладнення, еректильна дисфункція, негативний вплив на вуглеводний та ліпідний обміни тощо), впливом на функціональний стан печінки та нирок.

У зв'язку з цим лікування хворих на ІХС залишається актуальною проблемою. Перспективним підходом як з позицій допоміжного, так і з позицій альтернативного лікування є патогенетична біорегуляційна терапія (ПБТ), яка забезпечує цілісний підхід до організму та сприяє фізіологічній активації захисних систем, відновленню механізмів саморегуляції та реалізується з використанням комплексних біологічних препаратів (КБП), безпека та клінічна ефективність яких доведена у ряді основоположних досліджень, в тому числі багаторічних досліджень, виконаних у Західній Європі [1].

В наш час загальноприйняті три головні і взаємопов'язані напрямки медикаментозної дії на атеросклероз та ІХС [3,11]:

1) вплив на ліпідний обмін, з метою попередження прогресування атеросклерозу;

2) вплив на загортальну здатність крові в цілях попередження утворення тромбів у судинах;

3) вплив на симптоми стенокардії шляхом зменшення або усунення ішемії міокарду.

Для нормалізації ліпідного обміну застосовується головним чином чотири групи лікарських засобів, ефективність яких вважається доведеною [24]:

1) статини;

2) фібрати;

3) секвестранти жовчних кислот або холестеринів в кишечнику;

4) похідні нікотинової кислоти.

Препарати цих груп мають різні механізми дії, вони по різному впливають на окремі сторони ліпідного обміну і стан організму, неоднакове їх значення в лікуванні атеросклерозу та ІХС. Найбільше значення в лікуванні вказаних патологій мають статини, в меншій мірі фібрати [17].

Група статинів	Група фібратів
Флювастатин (лескол)	Гемфібразил (ліпозид, ліпід, гевилон)
Аторвастатин (ліпримар, аторіс)	Безофібрат (холестенорм, без-аліп)
Ловастатин (мевакор, ревакор, медостатин)	Ципрофібрат (ліпанор)
Правастатин (ліпостат, права-кол)	Фенофібрат (ліпантил, проце-тофен)
Симвастатин (вазіліп, зокор, сим-вастол, симгал, симвор, симва-кард)	
Розувастатин (крестор)	

Перша назва – міжнародне позначення, друге (в дужках) – назва, що дана фармацевтичними фірмами.

Статини (інша назва інгібітори ГМГ КоА реду-ктази) – це основний клас препаратів, який використовується при лікуванні дисліпідемій. У великих рандомізованих дослідженнях продемонстрована їх висока ефективність у зниженні загального холестерину (ХС) та прогностично значущого ХС ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЦ). Згідно з висновками цих досліджень виявлено зниження кількості основних ускладнень ССЗ (інфарктів, інсультів, загальної та серцевої смертності) більш ніж на 25–40%.

В основі механізму дії статинів лежить часткова оборотна блокада ферменту ГМГ-КоА-редуктази, відповідального за внутрішньоклітинний синтез ХС. Зниження внутрішньоклітинної концентрації ХС приводить до відновлення/підвищення функції клітинних рецепторів до ЛПНЦ, що забезпечує збільшення сироваткового кліренсу і зниження рівня ХС ЛПНЦ у сироватці у середньому на 25–40 %. На тлі терапії статинами спостерігається помірне підвищення ХС ЛПВЩ (на 5–15 %) і зниження рівня тригліцеридів – на 10–40 % [26,27].

Побічною дією статинів на порожнину рота є сухість та можливе виникнення відчуття легкої печії язика.

Серед лікарських методів нормалізації загортальних якостей крові при атеросклерозі й ішемічній хворобі серця значення має аспірин – препарату ацетилсаліцилової кислоти [18,19,23]. Для підвищення безпеки довготривалого прийому при ІХС аспірин був створений комбінований препарат Кардіомагніл.

В основі механізму дії аспірину лежить здатність незворотно інгібувати ЦОГ-1, яка міститься в тромбоцитах та сприяє перетворенню арахідонової кислоти на ендопероксиди простагландинів, а відтак на тромбоксан А₂, у судинній стінці — утворенню простацикліну І₂ (тромбоксан А₂ є потужним вазоконстриктором і активатором адгезії та агрегації тромбоцитів, а простациклш І₂ – вазодилататором і дезагрегаитом). Аспірин швидко всмоктується в шлунку і верхніх відділах кишок. Максимальний рівень його в плазмі крові спостерігається через 15 – 20 хв. Агрегація

тромбоцитів гальмується вже через 1 год. Незважаючи на швидке виведення аспірину з кровотоку, спричинене ним інгібування активності тромбоцитів утримується впродовж усього їх життя внаслідок незворотної інактивації ЦОГ-1. Оскільки середня тривалість життя циркулюючих тромбоцитів становить 10 днів і приблизно 10 % з них замінюються через кожні 24 год, то через 5 — 6 днів після відміни аспірину в крові накопичується 50 % нормально функціонуючих тромбоцитів.

Аспірин призначають з обережністю, якщо є небезпека розвитку гастроінтестинальних кровотеч, при загостренні виразкової хвороби, гастралгії, геморагічного васкуліту, порушень кровотворення, алергійних реакцій.

Побічною дією Аспірину-кардіо та Кардіомагнілу з боку порожнини рота є стоматити та кровоточивість ясен [12].

Препарати, що відіграють провідну роль в лікуванні серцевої недостатності є судинорозширюючими. В цю групу входить безліч препаратів, а одними з найуживаніших є нітрогліцерин та ізокет. Вони є периферичними вазодилаторами з переважним впливом на венозні судини. Стимулюють утворення оксиду азота (ендотеліального релаксуючого фактору) в ендотелії судин. Зменшують потребу міокарду в кисні за рахунок зниження попереднього навантаження. Мають коронаророзширюючу дію.

Побічною дією цих препаратів є виникнення сухості в порожнині рота [7,15].

Змінами в порожнині рота характеризується не тільки побічна дія ліків, що застосовуються при лікуванні ішемічної хвороби серця, але й сама ішемічна хвороба серця.

Цілісність організму – це ієрархія великої кількості функціональних систем, що побудована по принципу багатоланкової, одночасної, послідовної взаємодії, пошкодження діяльності однієї із систем обов'язково призводить до порушення діяльності іншої [6,21].

З віком у пацієнтів відмічається зростання частоти хронічних захворювань і їх асоціація викликають труднощі для лікаря загальної практики в своєчасній діагностиці і підборі адекватного комплексного лікування, зокрема, при ішемічній хворобі серця (ІХС), що поєднується з патологією різноманітної етіології. Перші клінічні прояви ІХС виявляються в порожнині рота. Часто відмічаються ціаноз слизової оболонки порожнини рота, тріщини, ерозії і навіть виразки, іноді крововиливи, сухість і набряк язика. Може виявлятися десквамативний глосит, іноді глибокі тріщини, гіперплазії ниткоподібних та грибоподібних сосочків, крововиливи в сосочки та сосочкові структури язика [22].

Слизова оболонка порожнини рота при хронічній ішемічній хворобі серця може бути блідою, сухою, стоншеною і легко травмуватися зубами, їжею та знімними конструкціями зубних протезів. В більш тяжких випадках ІХС – ділянки почерво-

ніння неправильної форми («географічний язик») і афтозні зміни [14,30].

Ми можемо зробити висновок, що головним проявом ІХС та побічною дією ліків при лікуванні цього захворювання є сухість порожнини рота. Ксеростомія викликає великий дискомфорт для пацієнта, підвищується ризик інфекційних захворювань, знижується адаптація до зубних протезів.

Лікування цієї складної патології на сьогоднішній день продовжує залишатися тільки симптоматичним. Одним із перших запропонованих методів, що не втратив своєї актуальності і до сьогоднішнього часу, є застосування м-холіноміметиків (пілокарпін, ацеклідін) та інгібітори холін естерази (галантамін, прозерин)

Одними із перших застосували пілокарпіну гідрохлориду для лікування ксеростомії І.Ф.Ромачева, Е.Н.Саксонова (1959), С.А.Аббакумов, І.П.Аллилуев (1971). Rhodus N.L. (1997) виявив значне збільшення слиновиділення як за рахунок лабільної секреції, так і за рахунок інших слинних залоз під дією цього ж препарату. Але більшість авторів відмічали ефективність лікування пілокарпином лише на ранніх стадіях захворювання[5,29].

Ще одним з розповсюджених методів лікування є застосування інгібіторів холін-естерази галантаміну. Г.А. Васильев, І.Ф.Ромачева, А.Г.Кац, А.Т.Фролова (1972) відмітили значне суб'єктивне покращення стану у хворих під впливом щоденних підшкірних ін'єкцій галантаміну в дозі 1мл 0,5% розчину. Але ці препарати не рекомендуються застосовувати при серцево-судинній недостатності.

В зарубіжній літературі є дані про застосування препарату Salix (стимулюючі слиновиділення таблетки) для лікування ксеростомії у пацієнтів з радіаційно-індукованою ксеростомією. Автори відмічають статистично достовірне зменшення сухості в роті, покращення загального стану слизової оболонки, полегшення прийому їжі у таких хворих. Але такий препарат не зареєстрований в Україні [28].

В 1981 році І.Ф. Ромачевой, Л.А.Юдиным, Т.С.Кондратьевой та ін. був створений препарат штучної слини «бенсинол», що складається із калію хлориду, натрію хлориду, магнія сульфату, хлорида диметилдодецилбензиламонія, метилцелюлози, тримекаїну і фосфатного буферу. На жаль, загального розповсюдження «бенсинол» не отримав, оскільки мав незадовільні споживчі якості (надто густий та в'язкий), що викликало неприємні відчуття у хворих під час та після його використання.

Для вирішення проблеми сухості порожнини рота Biocosmetics laboratories (Мадрид) створили, не маючи аналогів в Україні, серію засобів тм Ксеростом. Ці засоби створені на основі запатентованої інноваційної формули комплексу SALL-aktive для швидкого лікування ксеростомії та усунення її ускладнень. Формула комплек-

су SALI-активне збільшує базисне слиновиділення на 200%.

Запатентований комплекс SALI-активне містить:

– Оливкову олію - для антимікробної, проти-запальної, анти-карієсної і аналгетичної дії.

– Бетаїн або триметилглицин, активатор в синтезі фосфоліпідів клітинних мембран, насичує тканини ясен вологою.

– Ксилітол - збільшує базисне слиновиділення, має антикарієсну дію.

Окрім комплексу SALI-активне засоби тм Ксеростом містять:

– Папаїн - поліпептид, протеолітичний рослинний фермент, що каталізує гідроліз білків, пептидів, амідів та складні ефіри основних амінокислот. Ферментативно розщеплює пептиди зубного нальоту.

– Екстракт петрушки - має дезодоруючу (антихалітозну) дію.

– Вітаміни Е, В5 - покращують трофіку слизової оболонки роту.

Крім змін в порожнині рота, ми повинні враховувати і сам стан пацієнтів. Оскільки ортопедичне лікування стоматологічних хворих є серйозним втручанням в організм людини (М.Я. Нідзельський та співавт., 1998). Відзначається, що при цьому мають місце психологічні труднощі і вегетативні судинні реакції (Г.В. Большаков и соавт., 1996). Питання профілактики і лікування станів психоемоційного напруження й гострого стресу з мінімальною втратою для організму є фундаментальною та до теперішнього часу не вирішеною проблемою сучасної медицини (Г.Г. Гришанин, 1998). Особливої вагомості й гостроти вони набули у зв'язку із загостренням екологічних і соціально-економічних проблем на фоні росту серцево-судинних захворювань.

Відвідування лікаря-стоматолога прийнято розглядати в якості однієї з моделей стресу (стоматологічний стрес)[13]. Отже, у хворих на ІХС відвідування лікаря-стоматолога може викликати загострення основного захворювання. Компенсована у звичайній ситуації і клінічно тиха ішемія у стресовій ситуації може викликати інфаркт міокарда, серцеві аритмії з серйозними ускладненнями, що зумовлено збільшенням у крові вмісту кортикостероїдів та підвищенням потреби міокарда в кисні (V.A. Schroeder, 2004).

У теперішній час накопичений чималий досвід проведення стоматологічних втручань, налагодження позитивних відношень між пацієнтами і персоналом, і тим не менше 70-80% пацієнтів приходять на прийом до лікаря-стоматолога в стані дентофобії (С. А. Демьяненко, 2004; J. Palmer, 2004)

На основі вивчення функціонального стану серцево-судинної системи за показниками холтеровського моніторингу, добового моніторингу АТ, вивчення варіабельності ритму серця розроблено диференційований підхід до вибору методу ортопедичного лікування часткових дефектів зубних рядів у хворих на ІХС. Доведено,

що при часткових дефектах зубних рядів, знімне протезування показано за умови наявності у хворих на ІХС стенокардії II-III функціонального класу (ФК), вираженої вегетативної реакції, помірного підвищення АТ, коливання частоти серцевих скорочень (ЧСС) і подвійного добутку (ПД). Тимчасове знімне протезування показано при частковому дефекті зубного ряду та наявності стенокардії I-II ФК, значних коливань АТ, ЧСС та подвійного добутку, без вираженої вегетативної реакції. Незнімне протезування показано за умов адекватних коливань АТ, ЧСС і подвійного добутку та при відсутності нападів стенокардії, вегетативних реакцій [2].

Тому ми можемо дійти до висновку, що дана проблема є актуальною, оскільки зміни в порожнині рота при ішемічній хворобі серця до кінця не вивчені, не враховується побічний вплив на слизову оболонку порожнини рота препаратів, що застосовується при лікуванні хворих на ІХС. І найголовніше, що при умові, коли число хворих на ішемічну хворобу серця з кожним роком зростає так як і кількість людей, що потребують ортопедичного лікування, не враховується те, що атеросклеротичні зміни судин мають певне патогенетичне значення в розвитку пародонтиту, зниженні саливації, атрофії тканин протезного ложа та порушенні гомеостазу порожнини рота. Однак дослідження кровотоку слизової оболонки порожнини рота не входить в перелік стоматологічних досліджень, тому не враховується в практичній діяльності лікаря-стоматолога.

В літературі практично відсутні дані про взаємозв'язок між гемодинамікою в тканинах пародонта і кровоотоком магістральних судин голови. Поодинокі публікації, що присвячені цій проблемі, уривчасті та суперечливі (Lim J., Perez L. et al., 2005; Nonnenmacher C., Stelzel M. et al., 2007; Oe Y., Soejima H. et al., 2009).

Не розроблений, раціональний, цілеспрямований, етіопатогенетично обґрунтований шлях підвищення рівня і якості надання ортопедичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця, що включав би в себе комплекс перед і постпротезних лікувально-профілактичних засобів, що значно поліпшують стан слизової оболонки протезного поля і тканин пародонту. Крім того відсутні зареєстровані в Україні препарати для місцевого відновлення сухості в порожнині рота.

Література

1. Айбер А. Диабетическая периферическая нейропатия. Дополнительное антиагрегатное лечение усиливает действие обычной терапии / А. Айбер, П. Клайн, М. Вайзер // Биологическая терапия. – 2004. – №1. – С.3-10.
2. Андрійців С.С. Стан зубоцелюпної системи та потреба в наданні ортопедичної допомоги хворим на ішемічну хворобу серця / С.С. Андрійців, М.М. Рожко // Галицький лікарський вісник. – 2004. – Т. II., №3. – С.20-22.
3. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д.М. Аронов. — М.: Триада-Х, 2000. — 412 с.
4. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия/ Л.А. Бокерия, Р.Г.Гудкова. – М., 2001. – 68 с.
5. Васильев Г.А. Лечение ксеростомии галантамином / Г.А. Васильев, И.Ф. Ромачева, А.Г. Кац, А.Т. Фролова // Стоматология. – 1972. – Т.51., №2. – С.42-45

6. Гонта З.М. Взаимосвязь заболеваний пародонта с соматической патологией / З.М. Гонта, И.В. Шиливский, А.П. Скалат // *Стоматологический журнал*. – 2011. – №1. – С.18-21.
7. Карпов Ю. А. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения / Ю.А. Карпов, Е.В. Сорокин. — М. : Реафарм, 2003. — 244 с.
8. Климов А. Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз/ А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева— Санкт-Петербург: Питер, 1995. — 264 с.
9. Коваленко В.М. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості / В.М. Коваленко, В.М. Корнацький // *Аналітично-статистичний посібник*. — К., 2012. — 212 с.
10. Коваленко В.М. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, схеми діагностики та лікування / В.М. Коваленко, М.І. Лутая. — К., 2004. — 94 с.
11. Коркушко О.В. Лечение больных хронической ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста: методические рекомендации / О.В. Коркушко, Д.Н. Котко, Ю.Т. Ярошенко, Г.З. Мороз. — Киев. — 1991. — 27 с.
12. Кукес В.Г., Остроумова О.Д. Кардиомагнил. Новый взгляд на ацетилсалициловую кислоту: пособие для врачей / В.Г. Кукес, О.Д. Остроумова. — М., 2004.
13. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии / В.К. Леонтьев, В.Т. Шестаков, В.Ф. Воронин, М. : НГМА. — 2003. — 280 с.
14. Лишнева В.Ю. Предикторы развития вторичной аспирино-резистентности у больных ишемической болезнью сердца пожилого возраста / В.Ю. Лишнева, Л.А. Бодрецкая, Н.Н. Коберник, Е.И. Парасюк, И.С. Коренькова, А.Ю. Галецкий, О.В. Коркушко // *Тромбоз гемостаз и реология*. — 2012. — №2. — С.42-49.
15. Лупанов В. П. Стабильная стенокардия: тактика лечения и ведения больных в стационаре и амбулаторных условиях/ В.П. Лупанов // *Русский медицинский журнал*. — 2003. — №9. — С.556-563.
16. Моисеев В.С. АРГУС. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп: монография / В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава. — М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2002. — 448 с.
17. Оганов Р. Г. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР-Angina Treatment Pattern) / [Р.Г. Оганов, В.К. Лепахин, С.Б. Фитилев и др.] // *Кардиология*. — 2003. — №5. — С.9-15.
18. Ольбинская Л.И. Лечение и профилактика тромбозов / Л.И. Ольбинская, А.М. Гофман. — М., 2000
19. Остроумова О.Д. Ацетилсалициловая кислота – препарат номер один для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Основные показания к применению, клинические преимущества, эффективные дозы и пути повышения переносимости / О.Д. Остроумова // *РМЖ*. — 2003. — Т.11., №5. — С.253.
20. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека (Основы восстановительной медицины) / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. — М. : Медицина, 1996. — 413 с.
21. Столетов Ю. В. Особенности фармаконадзора при назначении гиполипидемических средств / Ю.В. Столетов, В.Ф. Даниленко, З.П. Омельченко // *Провизор*. — 2003. — № 10.
22. Чазов Е.И. Как повысить эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний? / Е.И. Чазов // *Здравоохранение*. — 2004. — №3. — С.3-5.
23. Шилов А.М., Осия А.О. Ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечные кровотечения и железодефицитная анемия: принципы диагностики и лечения / А.М. Шилов, А.О.Осия // *Лечащий врач*. — М., 2012. — №05. — С.47.
24. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients // *BMJ*. — 2002. — 324(7329). — P.71-86
25. Fridland B. A caring perspective on rehabilitation after myocardial infarction. A theoretical framework and suggestion for a rehabilitation programme / B. Fridland, E. Lidell, P.A. Larsson // *Scand. J. Caring Sci*. — 1989. — V.3, N.3. — P. 129135.
26. Law M.R. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis / M.R. Law, N.J. Wald, A.R. Rudnicka // *BMJ*. — 2003. — V.326. — P.1423-1430.
27. Liao J.K. Clinical implications for statin pleiotropy / J.K. Liao // *Current Opinion in Lipidology*. — 2005. — V.16. — P. 624-629.
28. Senahayake K. Экспериментальное изучение Salix SST на радиационноиндуцированную ксеростомию / К. Senahayake, K. Piggott, J.M. Hamilton-Miller // *Curr-Med-Res-Opin*. — 1998. — V.14, №3. — P.155-159.
29. Singnal S. Oral pilocarpini hydrochloride for the treatment of refractor xerostomia associated with chronic graft-vefsoshost disease / S. Singnal // *Stood*. — 1995. — V.85, №4. — P.1147-1148.
30. Spahr A. Periodontal infections and coronary heart disease: role of periodontal bacteria and importance of total pathogen burden in the Coronary Event and Periodontal Disease (CORODONT) study. Klein E., Khuseyinova N., Boeckh C., Muche R., Kunze M., Rothenbacher D., Pezeshki G., Hoffmeister A., Koenig W / A. Spahr // *Arch Intern Med*. — 2006. — №166 (5). — P.554-9.
31. Uster V. The unstable atherosclerotic plaque: clinical significance and therapeutic intervention / V. Uster, J.T. Fallon, J.J. Badimon, Y. Nemerson // *Thrombosis and Hemostasis*. — 1997. — №78 (1). — P.247-255;

Реферат

ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ФАРМАКОТЕРАПИИ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ НА ТКАНИ ПОЛОСТИ РТА
Дворник В.Н., Рябушко Н.А., Дворник И.Л.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, состояние полости рта, адаптация к съёмным зубным протезам.

Количество больных на ишемическую болезнь сердца с каждым годом возрастает, так как и потребность населения в съёмном зубном протезировании, поэтому данная проблема остается актуальной. В статье проведен анализ литературы, что отображает состояние проблемы влияние ишемической болезни сердца и фармакотерапии данного заболевания на ткани полости рта. Все публикации, что посвящены этой проблеме, урывчатые и противоречивые, практически отсутствуют данные о взаимосвязи между гемодинамикой в тканях пародонта и кровотоком магистральных сосудов головы. Побочное действие лекарств, что применяются при лечении ИБС, на полость рта описываются опосредованно. ИБС имеет большое количество проявлений в полости рта, вызывает дискомфорт у пациентов, повышает риск возникновения инфекционных заболеваний, снижает адаптацию к зубным протезам, но лечение остается симптоматическим и не приводит к улучшению, остаются нерешенными проблемы повышения уровня и качества оказания ортопедической помощи больным на ИБС.

Summary

IMPACTS OF CORONARY HEART DISEASE AND ITS PHARMACOTHERAPY ON ORAL TISSUES

Dvornyk V.M., Riabushko N.A., Dvornyk I.L.

Keywords: coronary heart disease, oral condition, adaptation to removable denture.

The morbidity rate of coronary heart disease is permanently increasing as well as the necessity of population in dental prosthetics. Therefore this paper focuses on the analysis of literature devoted to the impacts produced by coronary heart disease (CHD) and its pharmacotherapy on the state of oral tissues. A lot of reports and articles on this issue are fragmentary and conflicting, there is little information about interrelation between the hemodynamics in periodontal tissues and great vessels of the head. Side effects of drugs used in the therapy of CHD are little described. CHD may produce many different oral manifestations, cause oral discomfort, increase the risk of infections, reduce the adaptation to dentures, but their treatment is often symptomatic and does not lead to the recovery. Much attention should be paid to prosthetic dental care for patients with CHD.