

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.314-06:616.1]-089.28

Лапина Н.В., Аकोпова В.А., Старченко Т.П., Скориков Ю.В.

## ДИНАМИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Ставрополь

*В статье рассматривалось повышение эффективности ортопедической стоматологической помощи у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, которые являются важнейшим осложняющим фактором при ортопедическом лечении и чрезвычайно широко распространены среди лиц с частичной адентией.*

**Ключевые слова:** ортопедическое лечение; заболевания сердечно-сосудистой системы.

Lapina N.V., Akopova V. A., Starchenko T.P., Skorikov Yu.V.

DYNAMICS OF DENTAL STATUS IN THE PROCESS OF ORTHOPEDIC REHABILITATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM

Kuban state medical University of the Russian Ministry of health

*This article discussed the efficiency prosthetic dental care for patients with diseases of cardiovascular system, which is the most important complicating factor in orthopedic treatment and extremely widespread among persons with partial edentulous.*

**Key words:** orthopedic treatment; diseases of the cardiovascular system.

Стоматологическое здоровье населения является объектом многочисленных исследований, определяет такие аспекты человеческого бытия, как возможность полноценно питаться и реализовывать социальные функции трудовой и коммуникативной деятельности [1–3].

Стоматологическая помощь – одна из самых массовых по обращаемости населения. Посещение стоматолога для всех без исключения пациентов представляет собой довольно сильный психологический и болевой стрессорный фактор, что нередко провоцирует осложнения общего характера [4].

Важнейшим осложняющим фактором при ортопедическом лечении стоматологических больных является наличие у них заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), чрезвычайно широко распространенных среди лиц с частичной адентией. Известно выраженное влияние заболеваний ССС на трофику тканей.

Воспалительная реакция в тканях пародонта и изменения тканевого кровотока приводят к более глубоким поражениям зубочелюстной системы, которые в свою очередь ухудшают физиологическое состояние пациента. Степень такого взаимовлияния изучена недостаточно.

Цель исследования – повышение эффективности ортопедической стоматологической помощи пациентам с заболеваниями ССС.

### Материал и методы

Наблюдения были проведены на базе кафедры ортопедической стоматологии Кубанского государственного медицинского университета.

Для выполнения задач исследования сформированы 2 группы стоматологических больных с частичными дефектами зубных рядов (K08.1. Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или местного периодонтита), подлежащих замещению несъемными протезами (113 человек) (см. таблицу).

В группу I были включены лица с заболеваниями ССС (Класс IX. Болезни системы кровообращения (I00–I99)).

Длительность хронических общих заболеваний составила в среднем  $3,3 \pm 0,4$  года. Возраст больных варьировался от 26 до 50 лет (в среднем  $42,8 \pm 1,3$  года), среди обследованных было 36 мужчин и 77 женщин. Дефекты зубных рядов III, IV классов по Кеннеди в отдельности и в сочетаниях локализовались как на нижней, так и на верхней челюсти.

Группа II (соматически здоровые лица) разделена на две подгруппы в зависимости от состояния пародонта:

- Па – со здоровым пародонтом (28 человек);
- Пб – с заболеваниями пародонта (K05.1. Хронический гингивит; K05.3. Хронический пародонтит) (14 человек).

У всех больных группы I регистрировали заболевания пародонта.

Комплексное изучение стоматологического статуса проводили:

- при первичном обследовании;
- после предпротезной санации полости рта в объеме удаления зубов, лечения зубов и пародонта;
- после ортопедического лечения.

Таблица 1. Распределение больных по группам

Характеристика клинического материала			
По состоянию здоровья			
Группа I (заболевания ССС)	Группа II (соматически здоровые)		
n = 71	n = 42		
По полу			
Мужчины	Женщины		
n = 36	n = 77		
По возрасту, годы			
20–30 лет	31–40 лет	41–50 лет	
n = 14	n = 42	n = 57	
По локализации дефектов на челюстях			
Верхняя челюсть	Нижняя челюсть	Верхняя и нижняя челюсти	
n = 46	n = 19	n = 48	
По топографии дефектов зубного ряда (по Кеннеди)			
III класс	IV класс	III и IV класс	
n = 60	n = 19	n = 34	
По состоянию пародонта			
Интактный	Гингивит	Локализованный пародонтит	Генерализованный пародонтит
n = 28	n = 9	n = 66	n = 10

Традиционная схема обследования пациентов со стоматологической патологией включала опрос, осмотр, пальпацию, аудиоскелетальную и окклюзионную диагностику. Обследование проводили в определенной последовательности.

Динамическое обследование зубочелюстной системы включало индексную оценку состояния зубов и пародонта на основе модифицированной Карты оценки стоматологического статуса ВОЗ [5, 6].

Обследование зубочелюстной системы предусматривало индексную оценку состояния зубов и пародонта (интенсивность кариеса по индексу КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов), коммунальный пародонтальный индекс (СРІ), индекс гигиены полости рта упрощенный (ИГР-У), распространенность некариозных поражений, заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР), деформаций зубных рядов) на основе модифицированной Карты оценки стоматологического статуса ВОЗ [7]:

Клиническое обследование сопровождалось рентгенологическим исследованием зубочелюстной системы с использованием ортопантомографов Planmeca Proline XC и OP100D (Финляндия), визиографов Max 70 HF/DS (Италия) и IRIX 70 (Германия), а также компьютерных томографов Galileos (Германия) и Planmeca Promax 3D (Финляндия).

Для углубленного стоматологического обследования применяли дополнительные субъективные и объективные методы оценки состояния зубочелюстной системы.

Целенаправленное обследование больных для первичной оценки функционального состояния зубочелюстной системы проводили по Гамбургскому тесту с учетом частоты выявления 6 предусмотренных тестом признаков [8].

Жевательную эффективность определяли по длительности жевания тестового продукта (орех) и количеству жевательных движений.

Для анализа биоэлектрического потенциала и симметричности сокращения жевательных мышц использовали электромиограф EMG II (США) при расслабленном состоянии мышц и максимальной сжимании зубов [9].

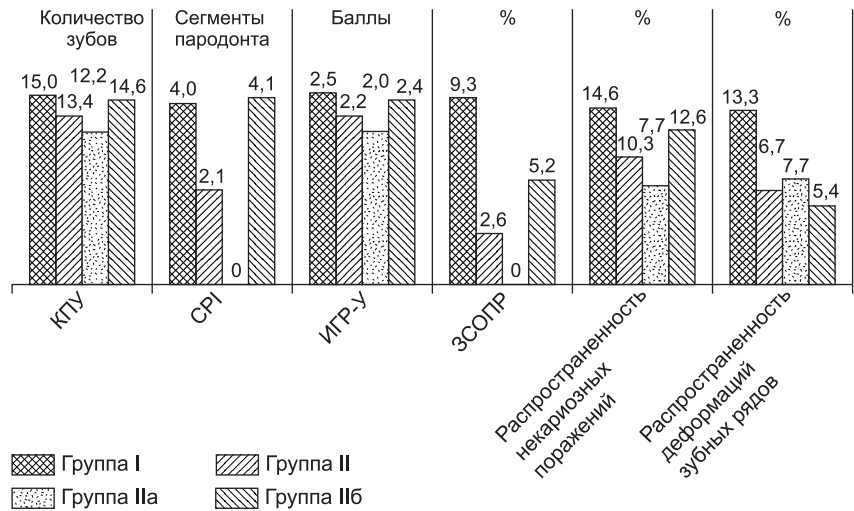
Молекулярно-генетическую диагностику микрофлоры пародонтальных карманов проводили методом мультипраймерной полимеразной цепной реакции (ПЦР) с определением пародонтопатогенных бактерий *Prevotella intermedia* (Pi), *Tannerella forsythensis* (Tf), *Treponema denticola* (Td), *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (Aac), *Porphyromonas gingivalis* (Pg) [10].

Лабораторные методы исследования показателей местного иммунитета и неспецифической защиты в полости рта включали определение IgA, IgG, S-IgA (секреторного IgA) посредством радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини и активности лизоцима по методике О.В. Бухарина. pH смешанной слюны определяли с помощью pH-метра Orion 420A (США).

### Результаты и обсуждение

Результаты индексной оценки в ходе клинического обследования зубов и пародонта свидетельствовали о существенной разнице в состоянии полости рта при наличии дефектов зубных рядов между здоровыми лицами и имеющими сопутствующие заболевания. На рисунке представлены результаты сравнительной оценки основных показателей состояния полости рта при частичном отсутствии зубов у соматически здоровых лиц и у страдающих заболеваниями ССС. Интенсивность кариеса по индексу КПУ в группе II составляла  $13,4 \pm 0,4$ , в группе I –  $15,0 \pm 0,6$ .

Интенсивность заболеваний пародонта по СРІ у пациентов с сопутствующей патологией была в 2 раза выше ( $4,0 \pm$



Сравнительная оценка основных показателей состояния полости рта при частичном отсутствии зубов у соматически здоровых лиц и у имеющих заболевания ССС.

0,2 против  $2,1 \pm 0,1$  у здоровых); в структуре СРІ преобладали сегменты пародонта с более глубокой патологией: пародонтальные карманы –  $0,8 \pm 0,1$  у больных и  $0,3 \pm 0,1$  у здоровых, сегменты с зубными отложениями –  $2,8 \pm 0,3$  и  $1,2 \pm 0,1$  ( $p < 0,05$ ) (см. рисунок).

Показатели гигиены полости рта также были хуже в группе страдающих заболеваниями ССС:  $2,5 \pm 0,2$  против  $2,2 \pm 0,1$  в группе II.

На фоне соматических заболеваний более значительна распространенность заболеваний слизистой оболочки полости рта (ЗСОПР), некариозных поражений эмали и вторичных деформаций зубных рядов.

При сравнении показателей состояния полости рта у здоровых лиц в подгруппах IIа и IIб очевидно негативное влияние заболеваний пародонта на все клинические показатели стоматологического статуса, поскольку их значения в подгруппе IIб были достоверно хуже в сравнении с подгруппой без выявленного пародонтита.

В ходе обследования пациентов по Гамбургскому тесту отмечено снижение функционального состояния зубочелюстной системы вследствие частичного отсутствия зубов в большей степени у больных с заболеваниями ССС: среднее число признаков по этому тесту у 1 обследованного в группе I составляло  $0,7 \pm 0,1$  против  $0,3 \pm 0,1$  в группе II,  $0,2 \pm 0,1$  и  $0,4 \pm 0,1$  в группах IIа и IIб. Среди патологических признаков чаще всего определялись асинхронность окклюзионного звука при смыкании зубов, болезненность при пальпации жевательных мышц, травматичность эксцентрической окклюзии зубных рядов.

Субъективная оценка нарушений окклюзионно-артикуляционных взаимосвязей подтверждалась результатами электромиографии жевательных мышц, активность которых была в большей степени снижена у больных с сердечно-сосудистой патологией. На фоне базового электропотенциала  $2 \pm 0,3$  мкВ в положении физиологического покоя смыкание зубных рядов в группе I вызывало электропотенциал жевательных мышц  $26,2 \pm 1,5$  мкВ, в группе II –  $29,2 \pm 1,7$  мкВ ( $p < 0,05$ ) без достоверной разницы между группами IIа и IIб.

Включенные дефекты зубных рядов снижали жевательную эффективность зубочелюстного аппарата. Так, у пациентов без заболеваний пародонта количество жевательных движений при пережевывании тестового продукта составляло  $19,4 \pm 1,5$ , а период жевания до глотания –  $23,6 \pm 1,9$  с; при поражении пародонта показатели увеличивались до  $20,9 \pm 1,4$  и  $24,9 \pm 1,8$  с соответственно ( $p < 0,05$ ) (в среднем в группе II –  $20,2 \pm 1,4$  движения и  $24,3 \pm 1,8$  с). У больных

с заболеваниями ССС жевательная эффективность хуже, чем у здоровых как с пародонтизом, так и без него: количество жевательных движений –  $22,5 \pm 1,6$ , длительность жевания  $26,7 \pm 1,7$  с ( $p < 0,05$ ).

При частичном отсутствии зубов у всех пациентов (за исключением здоровых лиц без пародонтита) изменялись биоценоз полости рта, показатели местного иммунитета и неспецифической защиты. В результате ПЦР-диагностики в отношении пародонтопатогенов зарегистрировано многократное превышение их содержания в пародонтальных карманах при наличии пародонтита: в группе I Pi выявлены у 46,5% пациентов, Tf у 70,2%, Td у 64,6%, Aac у 34,1%, Pg у 50,9%, среди здоровых при наличии пародонтита (группа II) – у 35,2, 51,4, 56,8, 30,0 и 43,3% соответственно, а при здоровом пародонте – у 2,6–5,2% (в среднем в группе II указанные пародонтопатогены встречались у 18,9, 28,4, 29,7, 17,5 и 21,7% пациентов).

Отмечено снижение pH слюны, главным образом при пародонтите и сопутствующем заболевании: в группе IIa – 6,96, IIb – 6,87, в среднем по группе II – 6,92, в группе I – 6,76.

Содержание IgA, IgG и S-IgA в слюне при наличии пародонтита, особенно на фоне общей сопутствующей патологии, снижалось: в группе IIb содержание IgA составило  $188,3 \pm 2,5$  мг/л, IgG –  $84,0 \pm 1,5$  мг/л, S-IgA –  $167,3 \pm 2,1$  мг/л; в группе IIa у лиц со здоровым пародонтом – соответственно  $214,3 \pm 2,8$ ,  $80,2 \pm 1,4$  и  $185,5 \pm 2,4$  мг/л (в среднем в группе II –  $201,8 \pm 2,7$ ,  $82,1 \pm 1,4$  и  $176,9 \pm 2,3$  мг/л). В среднем в группе I IgA, IgG и S-IgA определялись в количестве  $176,2 \pm 2,3$ ,  $77,4 \pm 1,2$  и  $159,8 \pm 2,2$  мг/л, что подтверждает отрицательное влияние сопутствующей общей патологии на гомеостаз полости рта.

Активность лизоцима была снижена в группах I–IV ( $166,3 \pm 3,3$  мкг/мл) и II ( $189,2 \pm 3,5$  мкг/мл): в группе IIa –  $201,0 \pm 3,8$  мкг/мл, IIb –  $177,4 \pm 3,4$  мкг/мл.

Замещение дефектов зубных рядов несъемными протезами улучшало все анализируемые показатели стоматологического и общего здоровья обследованных. При этом значительный вклад в оздоровление больных вносила предпротезная санация полости рта (лечение и удаление зубов, лечение заболеваний пародонта).

Кариес всех групп после санации полностью исчезал, однако за счет увеличения числа запломбированных и удаленных зубов в целом интенсивность кариеса изменялась незначительно: в пределах 2,7% у лиц с сопутствующим заболеванием и 2,2% – у здоровых.

В результате лечения заболеваний пародонта и профессиональной гигиены полости рта интенсивность заболеваний пародонта резко снизилась: CPI в группах I и II уменьшился соответственно на 47,5 и 47,6% за счет исчезновения сегментов пародонта с зубным камнем.

Значительно улучшилась гигиена полости рта: на 56,0% в группе I и на 45,5% в группе II.

Среди здоровых лиц распространенность заболеваний СОПР снизилась на 50%, а при сопутствующем заболевании – на 16,1%.

В связи с пломбированием зубов с некариозными поражениями на этапе санации их распространенность уменьшилась в группах I и II соответственно на 64,4 и 68,9%.

Из-за удаления по показаниям зубов с зубоальвеолярным выдвиганием или смещением в сторону дефекта зубного ряда распространенность деформаций зубных рядов снизилась в группах I и II соответственно на 30,1 и 40,3%.

Санация полости рта улучшала показатели «Гамбургского теста» на 28,6% в группе I и на 66,7% у здоровых лиц.

Электромиографическая активность жевательных мышц после санации увеличилась незначительно: на 5 и 0,7% в группах I и II, как и жевательная эффективность зубочелюстного аппарата – соответственно на 5,3 и 1,3%.

Резко сократилось содержание пародонтопатогенных бактерий в зубодесневых карманах: в группах I и II соответственно на 92,7 и 94,4%.

Санация полости рта оказывала умеренное влияние на показатели местного иммунитета и неспецифической защиты: содержание иммуноглобулинов в группах I и II увеличилось соответственно на 8,9 и 5,1%, активность лизоцима – на 9,1 и 5%; pH слюны – на 1,3 и 1%.

После зубного протезирования практически не изменялись такие показатели, как КПУ, CPI, ИГР-У, содержание пародонтопатогенов и иммуноглобулинов, pH слюны. В то же время в сравнении с исходными данными распространенность заболеваний СОПР снизилась на 36,1% в группе I, а в группе II они вовсе исчезли; распространенность некариозных поражений уменьшилась на 91,1% в группе I, в группе II они также исчезли. Во всех группах были устранены деформации зубных рядов; данные Гамбургского тестирования улучшились на 71,4% в группе I и нормализовались в группе II; активность жевательных мышц в группах I и II увеличилась на 12,1 и 8,9%; жевательная эффективность по И.С. Рубинову улучшилась на 32,5 и 27,8% соответственно; активность лизоцима возросла на 20,4 и 12,1%.

Санация полости рта привела к улучшению изучаемых показателей в среднем на 25,2% у здоровых пациентов с частичным отсутствием зубов и на 23% при наличии ССС; зубное протезирование улучшило исходные показатели на 39,7 и 40,1% соответственно.

Вклад предпротезной санационной подготовки и собственно зубного протезирования в улучшение показателей примерно равнозначен, как и степень изменения исходных показателей у здоровых пациентов и у имеющих сопутствующие заболевания, хотя абсолютные значения функциональных показателей у лиц с патологией ССС не достигали соответствующих значений у здоровых пациентов.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что частичное отсутствие зубов в клинике несъемного протезирования у лиц со здоровым пародонтом без общей сопутствующей патологии (группа IIa) сочетается с наличием нелеченого кариеса (13,1% в структуре индекса КПУ), некариозных поражений (у 7,7%) и деформаций зубных рядов (у 5,4%) на фоне удовлетворительной гигиены полости рта (ИГР-У 2,0) и ассоциируется со снижением жевательной эффективности и биоэлектродопотенциала жевательных мышц (соответственно на 13,4 и 15,3%), что приводит к снижению функциональной оценки зубочелюстной системы по Гамбургскому тестированию.

Замещение дефектов зубных рядов с помощью несъемных протезов нормализует или приближает к норме функциональные показатели зубочелюстной системы. На фоне заболеваний ССС значительное улучшение состояния зубочелюстной системы (в среднем на 43,9%) в сравнении с исходным уровнем не достигает соответствующих показателей у здоровых лиц, однако эффективность ортопедической реабилитации при патологии ССС повышается при этом до 89,8%.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Кузьмина Э.М., Васина С.А. и др. Современные критерии оценки стоматологического статуса при проведении эпидемиологического обследования населения (продолжение). *Стоматолог.* 2008; 4: 32–42.
- Сивовол С.И. Нарушения речи: стоматологические аспекты. *Стоматолог.* 2006; 9: 27–8.
- Vandamme K. Pathways in multidisciplinary oral health care as a tool to improve clinical performance. *Int. J. Prosthodont.* 2006; 19 (3): 227–35.
- Горбунов Р.В. Комплексная оценка функционального состояния организма при психоэмоциональном стрессе. *Кубанский научный медицинский вестник.* 2006; 9 (90): 59–62.
- Жигунов Р.М., Нурмагомедов А.Ю. Зубочелюстные аномалии у взрослых. *Медицинский бизнес.* 2008; 4: 40–2.
- Малый А.Ю., Ирошников Е.С., Коваленко А.Ю. Алгоритм ведения больных при частичном отсутствии зубов, осложненном вторичными вертикальными деформациями. *Дентал-Ревю.* 2007; 6: 145–7.

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

## REFERENCES

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

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

Поступила 27.11.13  
Received 27.11.13

© ХАСЯНОВ Д.Ш., ПАНИН А.М., 2014

УДК 616.314-06:616.12-089.166]-089

Хасянов Д.Ш., Панин А.М.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

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

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

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

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

D.Sh. Hasyanov, A.M. Panin

### IMPROVEMENT OF DENTAL SURGERY OF PATIENTS UNDERGOING HEART SURGERY

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

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

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

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