

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-47-52
УДК 616.31+616.126-002

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Закроева А. Г.¹, Еловицова Т. М.¹, Саблина С. Н.¹, Дорохина К. Р.¹,
Григорьев С. С.¹, Фоминых М. И.¹, Кощев А. С.²

¹ Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия

² Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, г. Екатеринбург, Россия

Аннотация

Предмет исследования — инфекционный эндокардит.

Цель исследования — описание клинического случая в амбулаторно-поликлинических условиях на приеме у врача-стоматолога-терапевта (пародонтолога).

Методология. Инфекционный эндокардит — одно из самых тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы с высокой летальностью, которая зависит от локализации и характера поражения, стадии процесса, вида возбудителя, сроков начала антибактериальной терапии, сопутствующих заболеваний, тяжести осложнений, проведения оперативного лечения и других обстоятельств. В России сохраняется высокая доля инфекционного эндокардита, связанного с внутривенным употреблением психоактивных веществ. Основой постановки диагноза «инфекционный эндокардит» являются клинические данные, методы визуализации сердца и микробиологическая диагностика. Входные ворота инфекции удается установить только приблизительно в 30% случаев. При этом по-прежнему в числе факторов, предшествующих началу заболевания, большую долю занимают стоматологические манипуляции, инфекции кожи и мочевыводящих путей. При адекватном лечении удается добиться выздоровления более 70% больных с инфекционным эндокардитом.

Выводы. В данной работе представлены клинические проявления в полости рта у пациентки с инфекционным эндокардитом. Наличия специфических симптомов инфекционного эндокардита, на основании которых врач-стоматолог может поставить предварительный диагноз и направить пациента к специалисту — кардиологу, ревматологу для обследования и лечения, не выявлено. Следует отметить необходимость выполнения у пациентки комплексного лечения пародонтита, санации полости рта, проведения динамического наблюдения, поддерживающей терапии у пародонтолога и ежеквартальной профессиональной гигиены полости рта, что должно значительно повысить качество и продолжительность жизни пациентки.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, заболевания пародонта, стоматологический статус пациентов с коморбидной патологией, антикоагулянтная терапия, варфарин

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Алла Геннадьевна ЗАКРОЕВА ORCID ID 0000-0003-4839-4427

д.м.н., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
Zakroeva.alla@mail.ru

Татьяна Михайловна ЕЛОВИЦОВА ORCID ID 0000-0001-8849-8875

д.м.н., профессор, профессор кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
ugma-elovik@yandex.ru

Светлана Николаевна САБЛИНА ORCID ID 0000-0002-1838-3535

ассистент кафедры терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
9122541494@mail.ru

Ксения Родионовна ДОРОХИНА ORCID ID 0000-0003-4678-1087

ассистент кафедры факультетской терапии и гериатрии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
kd-ds@mail.ru

Сергей Сергеевич ГРИГОРЬЕВ ORCID ID 0000-0002-8198-0615

д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
sergeygrig28@gmail.com

Мария Игоревна ФОМИНЫХ ORCID ID 0000-0001-5906-9895

к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гериатрии, Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Россия
therapy.fominykh@gmail.com

Анатолий Сергеевич КОЩЕВ ORCID ID 0000-0003-1004-6785

доцент кафедры моделирования управляемых систем, кандидат физико-математических наук, Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, г. Екатеринбург, Россия
askoshcheev@yandex.ru

Адрес для переписки: Светлана Николаевна САБЛИНА

620028, г. Екатеринбург, ул. Токарей, д. 29а

+7 (912) 6848484

9122541494@mail.ru

Образец цитирования:

Закроева А. Г., Еловицова Т. М., Саблина С. Н., Дорохина К. Р., Григорьев С. С., Фоминых М. И., Кощев А. С.

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. Проблемы стоматологии. 2023; 3: 47-52.

© Закроева А. Г. и др., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-47-52

Поступила 10.10.2023. Принята к печати 10.11.2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-47-52

INFECTIVE ENDOCARDITIS IN DENTAL PRACTICE: A CASE STUDY

Zakroeva A.G.¹, Elovikova T.M.¹, Sablina S.N.¹, Dorokhina K.R.¹,
Grigorjev S.S.¹, Fominykh M.I.¹, Koscheev A.S.²

¹ Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

² Ural Federal University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russia

Annotation

Subject. The subject of this case report is infective endocarditis.

Objective. The objective is to describe a clinical case under outpatient-polyclinic conditions at the dentist's (periodontist's) office.

Methodology. Infective endocarditis is one of the most severe coronary vascular diseases associated with high mortality affected by the area and characteristics of infection, the phase of development, the type of a causative agent, the time to start antibacterial therapy, coexisting diseases, the extent of sequelae, surgical treatment and other circumstances. The frequency of infective endocarditis in Russia keeps high prevalence rates caused by the domestic use of psychoactive drugs. The basis of diagnosis of infective endocarditis is clinical data, cardiac imaging tests and microbiological diagnostics. When the routes the infection can enter the body are asserted, it is successful in only about 30% cases. With this, the predisposing factors of the disease still include mostly dental manipulations, skin infections and urinary tract infections. Following the appropriate treatment, more than 70% patients with infective endocarditis achieve recovery.

Conclusions. This case report presents clinical manifestations in the oral cavity of a patient with infective endocarditis. The patient did not exhibit specific symptoms of infective endocarditis serving as the basis for the preliminary dental diagnosis and sending the patient to a cardiologist, rheumatologist for examination and treatment. It should be noted that the patient needs the complex treatment of periodontitis, oral cavity sanitation, the case follow-up, supportive periodontal therapy and professional oral hygiene on a quarterly basis. These all can significantly improve the patient's quality of life and longevity.

Keywords: infective endocarditis, periodontal diseases, dental status in patients with comorbid pathology, anticoagulant therapy, warfarin

The authors declare no conflict of interest.

Alla G. ZAKROEVA ORCID ID 0000-0003-4839-4427

Grand PhD in Medical Sciences, Head of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
Zakroeva.alla@mail.ru

Tatiana M. ELOVIKOVA ORCID ID 0000-0001-8849-8875

Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
ugma-elovik@yandex.ru

Svetlana N. SABLINA ORCID ID 0000-0002-1838-3535

Teaching Assistant, Department of Preventive Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
9122541494@mail.ru

Ksenya R. DOROKHINA ORCID ID 0000-0003-4678-1087

Teaching Assistant, Department of Faculty Therapy and Geriatrics, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
kd-ds@mail.ru

Sergei S. GRIGORJEV ORCID ID 0000-0002-8198-0615

Grand PhD in Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Therapeutic Dentistry and Propedeutics of Dental Disease, Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
sergeygrig28@gmail.com

Maria I. FOMINYKH ORCID ID 0000-0001-5906-9895

PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Department of the Faculty Therapy and Geriatrics, Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia
therapy.fominykh@gmail.com

Anatoly S. KOSCHEEV ORCID ID 0000-0003-1004-6785

PhD in Physical and Mathematical Sciences, Associate Professor, Department of Control Systems Modeling, Ural Federal University named after the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russia
askoshcheev@yandex.ru

Correspondence address: Svetlana N. SABLINA

29a Tokarey str., Ekaterinburg, 620028

+7 (912) 6848484

9122541494@mail.ru

For citation:

Zakroeva A.G., Elovikova T.M., Sablina S.N., Dorokhina K.R., Grigorjev S.S., Fominykh M.I., Koscheev A.S.

INFECTIVE ENDOCARDITIS IN DENTAL PRACTICE: A CASE STUDY. *Actual problems in dentistry*. 2023; 3: 47-52. (In Russ.)

© Zakroeva A.G. et al., 2023

DOI: 10.18481/2077-7566-2023-19-3-47-52

Received 10.10.2023. Accepted 10.11.2023

Введение

Инфекционный эндокардит (ИЭ) — инфекционно-воспалительное заболевание эндокарда клапанных структур, пристеночного эндокарда и внутрисердечных искусственных устройств, обусловленное инвазией микроорганизмами (бактериями, грибами), с развитием полипозно-язвенного поражения структур сердца, протекающее с системным воспалением, прогрессирующей сердечной недостаточностью, тромбогеморрагическими и иммунокомплексными внесердечными проявлениями. Несмотря на усовершенствование диагностики, достигнутые успехи в лечении и профилактике, ИЭ остается заболеванием с неблагоприятным прогнозом [1–4].

ИЭ ассоциируется с частым развитием тяжелых осложнений и высокой смертностью. Рост заболеваемости ИЭ связан с увеличением числа кардиохирургических вмешательств по поводу пороков сердца, установки внутрисердечных устройств (электрокардиостимуляторов, имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов, устройств для ресинхронизирующей терапии), в связи с чем ИЭ все чаще диагностируют у лиц старшего возраста. При этом в России сохраняется высокая доля и ИЭ, связанного с внутривенным употреблением психоактивных веществ. Основой постановки диагноза ИЭ являются клинические данные, методы визуализации сердца и микробиологическая диагностика. Входные ворота инфекции удается установить только приблизительно в 30% случаев. При этом по-прежнему в числе факторов, предшествующих началу заболевания, большую долю занимают стоматологические манипуляции, инфекции кожи и мочевыводящих путей [7–9].

При выборе схемы режима антибиотикотерапии ИЭ принято руководствоваться положениями, изложенными в соответствующих разделах международных национальных согласительных документов. В них также подчеркивается роль профилактики ИЭ у пациентов высокого риска, подвергающихся ряду стоматологических манипуляций. Так, описана бессимптомная повторяющаяся бактериемия во время чистки зубов, во время использования зубных нитей, жевания резинки (особенно у пациентов без санации полости рта), а также вызванная микробиотой ротовой полости, что обуславливает актуальность контроля состояния полости рта у пациентов, входящих в группу риска развития ИЭ [9].

Считается, что выраженная, но однократная бактериемия при стоматологических вмешательствах в меньшей степени способствует развитию ИЭ у пациентов высокого риска. На сегодня назначение антибиотикопрофилактики при стоматологических вмешательствах рекомендуется только при манипуляциях в «гингивальной или периапикальной зонах зуба» или при перфорации слизистой обо-

лочка ротовой полости у пациентов высокого риска [2, 4–11].

Пациентам низкого и умеренного риска развития ИЭ после любых стоматологических вмешательств, независимо от их тяжести, проведение антибиотикопрофилактики не рекомендуется. При этом, по ряду исследований, плановая санация полости рта при высоком риске инфекционного эндокардита рекомендована дважды в год, пациентам умеренного риска санацию полости рта необходимо проводить один раз в год, причем показания необходимо обсуждать индивидуально [9–14].

Стоит подчеркнуть, что врачи-стоматологи недостаточно осведомлены о вопросах АБП ИЭ у своих пациентов, в связи с чем важность гигиены полости рта часто недостаточно полно доводится до больных не только умеренного, но и высокого риска, что свидетельствует об актуальности данной проблемы. Вышеизложенное определило цель данной работы. Подходы к лечению и профилактике ИЭ регламентируются порядками оказания медицинской помощи РФ с учетом клинических рекомендаций 2021 г., разработанных профессиональными ассоциациями кардиологов, кардиохирургов, терапевтов и некоторых других специалистов [15–19].

Цель исследования — описание клинического случая в амбулаторно-поликлинических условиях на приеме у врача-стоматолога-терапевта (пародонтолога).

Описание клинического случая

Пациентка N., 1967 г. рождения, была госпитализирована в терапевтический стационар 25.07.17 г., где находилась до 11.08.2017 г. При поступлении — жалобы на одышку и дискомфорт в загрудинной области при ходьбе. Ранее, 29.05.2017 г., на эхокардиографическом исследовании сердца и сосудов у пациентки был выявлен врожденный порок сердца: двустворчатый аортальный клапан, аортальная недостаточность. Ей было проведено оперативное вмешательство в объеме протезирования аортального клапана и резекции восходящей части аорты. Послеоперационный период протекал без особенностей, проводилась антибактериальная профилактика воспалительных заболеваний сердца (цефазолин 1,0 в/в — 7 раз), антикоагулянтная терапия с пожизненным назначением Варфарина под контролем МНО, антидиуретическая и антиаритмическая терапия. Также установлен диагноз: гипертоническая болезнь без явлений сердечной недостаточности.

В дальнейшем пациентка наблюдалась у кардиохирурга, состояние и гемодинамика оставались стабильными в течение первого месяца. Затем, в связи с острым нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий, она была госпитализация в отделение

кардиологии ГКБ № 1 г. Нижнего Тагила, где была выполнена успешная медикаментозная кардиоверсия, и пациентке был назначен амиодарон 200 мг ежедневно внутрь для профилактики повторного срыва ритма.

В течение двух лет сохранялся синусовый ритм. 27.08.2019 г. отметила резкую одышку, слабость, неритмичное учащенное сердцебиение, на ЭКГ — пароксизм фибрилляции и трепетания предсердий, тахисистолия, что послужило основанием для госпитализации в кардиологическое отделение ГКБ № 1 г. Нижнего Тагила. Проводилась медикаментозная кардиоверсия без эффекта, далее было проведено внутрисердечное электрофизиологическое исследование с последующей радиочастотной абляцией левого предсердия. Восстановился синусовый ритм, гемодинамика длительное время была стабильной. Пациентка принимала рекомендованную терапию в объеме Варфарин 5 мг в сутки, Розувастатин 20 мг, Бисопролол 1,25 мг. МНО контролировала регулярно, диапазон значений 1,7–3,5.

В мае 2020 г. произошел дебют цереброваскулярной болезни в виде острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому (кардиоэмболическому) типу в бассейне средней мозговой артерии. Проведена тромболитическая терапия Актилизе по схеме, усилен мониторинг за гемостазом. В июле 2020 г. повторное ОНМК, лечение в сосудистом центре г. Нижнего Тагила. Последующее наблюдение у кардиолога на кафедре факультетской терапии и гериатрии. В настоящее время принимает Варфарин 5 мг в сутки (МНО на фоне приема антикоагулянтов 3–3,5), Розувастатин 20 мг, Бисопролол 2,5 мг. Гемодинамика стабильная, целевая, жалоб кардиологического характера нет.

В сентябре 2023 г. (с 10.09.23 г. по 15.09.2023 г.) — госпитализация в отделение челюстно-лицевой

хирургии Демидовской городской больницы г. Нижнего Тагила по поводу удаления зуба 3.7. С учетом высокого риска кровотечения и необходимости перевода пациентки на низкомолекулярные гепарины и отмену Варфарина, показано лечение в круглосуточном многопрофильном стационаре.

Пациентка переведена на Эноксапарин 0,6 мг 1 раз в день подкожно. Отменен Варфарин за 48 часов. При поступлении МНО 1,54. В день операции возобновлен прием Варфарина 5 мг в сутки вместе с продолжением терапии Эноксапарином. На 4-е сутки возобновления приема Варфарина нецелевое МНО 1,41 и увеличена доза Варфарина до 6,25 мг в сутки с продолжением введения Эноксапарина. На 7-е сутки после оперативного вмешательства достигнуто целевое МНО 2,87, отменен Эноксапарин. Также проводилась профилактика воспалительных заболеваний сердца ципрофлоксацином, метронидазолом в течение 5 дней. Выписана в удовлетворительном состоянии. В настоящее время кардиологических жалоб нет, АД и ЧСС на целевых значениях.

Выписка из истории болезни стоматологического больного. Пациентка Н. обратилась на кафедру терапевтической стоматологии и протезистики стоматологических заболеваний ФГБОУ ВО УГМУ к врачу-стоматологу, пародонтологу на консультацию 22.09.23 г. с жалобами на кровоточивость десен, темный налет на зубах, неприятный запах изо рта, периодическую небольшую сухость слизистой оболочки полости рта. Ранее у врача-пародонтолога не наблюдалась, ортопедическая реабилитация не проводилась.

Анамнез жизни: ранее иногда обращалась за стоматологической помощью, организованной курсовой терапии не проводилось. Профессиональная гигиена полости рта проводилась один год назад. 11.09.23 г. пациентка удалила зуб 3.7 в отделении челюстно-лицевой хирургии Демидовской городской больницы г. Нижнего Тагила (см. выше). Вредные привычки пациентка отрицает; аллергические реакции отрицает. Перенесенные и сопутствующие заболевания пациентки отмечены в анамнестической анкете (рис. 1).

Общее состояние удовлетворительное. Кожа лица, шеи, кистей рук физиологической окраски, без видимых патологических изменений. Лицо физиологически асимметрично. Региональные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны. Слюнные железы не определяются, при пальпации безболезненны. Открывание рта свободное. Из выводных протоков околоушных слюнных желез выделялся прозрачный секрет в умеренном количестве.

Имеется наддесневой и поддесневой зубной камень в умеренном количестве, серого цвета в пришеечной области зубов на вестибулярной, контактных и язычной поверхностях зубов. Индекс ОНИ-S = 2,7 единиц. Уровень индивидуальной

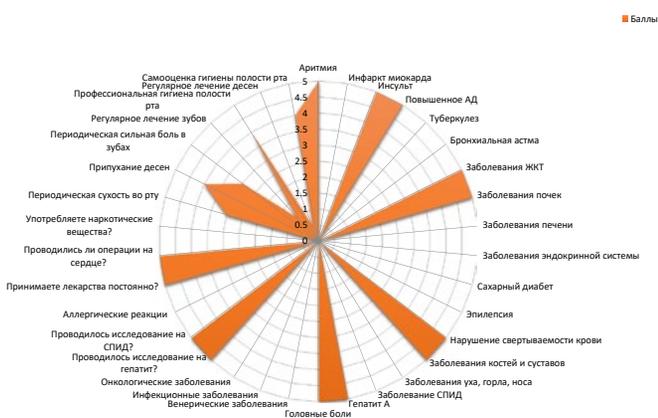


Рис. 1. Графический идентификатор анамнестической анкеты: заболевания у пациентки («анамнестическая астра»; в баллах)

Fig. 1. Graphical identification of anamnestic questionnaire: disorders in the patient (“anamnestic aster”; scores)

гигиены неудовлетворительный. КПУ зубов составил 24 единицы (1 кариес, 14 пломб, 9 удаленных); КПУ поверхностей — 28 единиц. При проведении оценки пломб выявлена пигментация, несоответствие пломб в цвете и прозрачности окружающим тканям зубов. Состояние пломб неудовлетворительное.

Свободная десна (межзубная и краевая) гиперемирована, отечна, при зондировании кровоточит. Полость рта не санирована. Показатель ВоР составил 65%. Индекс кровоточивости сосочков при зондировании (Ainamo, Bay — 1975) используется для диагностики наличия заболеваний пародонта и является показателем воспаления десны. Индекс потери эпителиального прикрепления (ПЭП) = 5 мм. Глубина клинических карманов (КК) — до 4 мм. Отмечена рецессия десны (РД) в области зубов верхней и нижней челюсти — до 3 мм. Зубы устойчивы. Пародонтальный индекс Рассела (ПИ) = 3,4 единицы. Сиалометрия (СМ) смешанной, нестимулированной слюны (за 10 мин): 4,0 мл. Графическая интерпретация показателей стоматологического статуса пациентки на основании ряда клинических параметров представлена на диаграмме (рис. 2).

Значения необратимого костного показателя Фукса (НКПФ): в/ч = 0,63 единицы, н/ч = 0,62 единицы; на рентгенограммах определяются очаги пятнистого остеопороза, резорбция костной ткани межальвеолярных перегородок, их деструкция и укорочение более 1/3 высоты. В проекции верхушек корней зубов 2.6, 3.7 проецируются очаги радиолуценции (рис. 3).

В то же время следует отметить, что ряд симптомов, а именно очаги пятнистого остеопороза, укорочение межальвеолярных перегородок более 1/3 их высоты, наличие вертикального и горизонтального типов резорбции межальвеолярных перегородок, очаги деструкции костной ткани в периапикальной и перирадикулярной областях с тенденцией к слиянию, формирование лакунарной резорбции цемента (в средней и в апикальной третях корней зубов), также латеральные ответвления корневых каналов в верхушечной трети, которые являются «тубулярными путями проникновения инфекции», свидетельствуют о пародонтальном и периапикальном генезе воспалительной деструкции тканей и рассматриваются как маркеры эндопародонтальных поражений (рис. 4).

Состояние полости рта пациентки представлено на фото (рис. 5).

Диагноз: K05.31 — Пародонтит хронический генерализованный. K03.6 — отложения (наросты) на зубах: K03.60 — пигментированный налет (черный). K03.64 — наддесневой зубной камень. K03.65 — поддесневой зубной камень. K03.1 — сошлифовывание (абразивный износ) зубов. K11.70 — гипосекретция. K04.5 — хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема) зубов 2.6, 3.7.

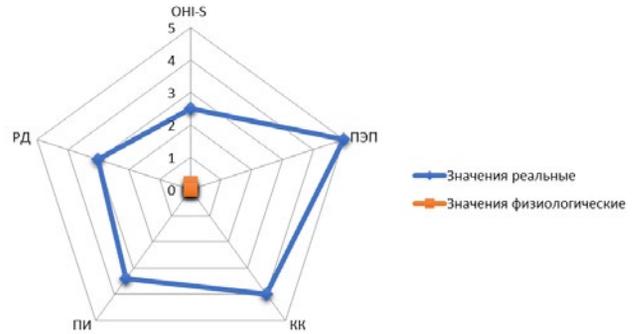


Рис. 2. Графическая интерпретация показателей стоматологического статуса пациентки

Fig. 2. Graphical interpretation of the patient's dental status

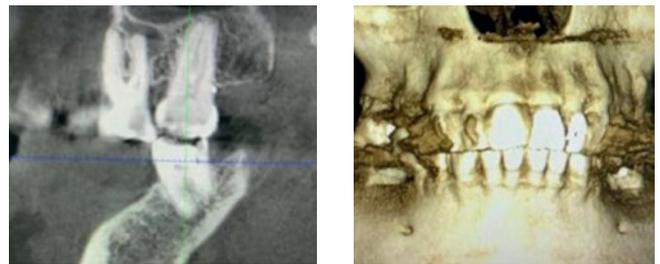


Рис. 3. Фрагменты КЛКТ. Пациентки N., 57 лет.

Fig. 3. CBCT views of the fragments. Patient N., 57 years old

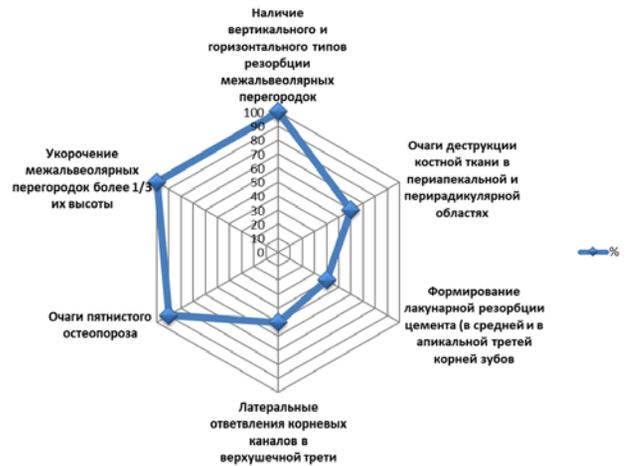


Рис. 4. «Рентгенологические» симптомы

Fig. 4. «Radiologic» signs



Рис. 5. Состояние полости рта пациентки N., 57 лет, фотографирование выполнено на 10-й день антибактериальной терапии

Fig. 5. Oral health status. Patient N., 57 years old, the photograph was taken at day 10 of antibacterial therapy

Обсуждение

Инфекционный эндокардит — одно из самых тяжелых заболеваний сердечно-сосудистой системы с высокой летальностью, которая зависит от локализации и характера поражения, стадии процесса, вида возбудителя, сроков начала антибактериальной терапии, сопутствующих заболеваний, тяжести осложнений, проведения оперативного лечения и других обстоятельств. При адекватном лечении удается добиться выздоровления более 70% больных с ИЭ. Лечение ИЭ — трудный процесс, требующий назначения АБТ на долгий срок с учетом чувствительности микроорганизмов к препарату [15–19].

В данной клинической ситуации следует учитывать системное воздействие антибактериальных препаратов, которые были назначены пациентке хирургом-стоматологом и врачом-кардиологом, поскольку их применение повлияло на состояние десны и способствовало относительному купированию воспалительного процесса в тканях пародонта — вызвало локальное уменьшение болезненности, отека и гиперемии десны, но не позволило получить адекватную информацию о характере патологического процесса в тканях пародонта. Необходимость санации системы

корневых каналов, комплексная терапия пародонтита, динамическое наблюдение и поддерживающая терапия у врача-кардиолога, врача-пародонтолога, врача-эндодонтиста и других специалистов являются особенно важными для выздоровления и исключения влияния эндопародонтального очага хронической одонтогенной инфекции на организм пациентки в целом [9, 13–19].

Заключение

Представленные клинические проявления в полости рта у больного с инфекционным эндокардитом не являются специфическими симптомами ИЭ, на основании которых врач-стоматолог может поставить предварительный диагноз и направить пациента к специалисту — кардиологу, ревматологу для обследования и лечения. Следует отметить необходимость санации полости рта, комплексного лечения пародонтита у пациентки, проведения динамического наблюдения, поддерживающей терапии у врача-пародонтолога и ежеквартальной профессиональной гигиены полости рта. Применительно к данному клиническому случаю, такой подход позволяет рассчитывать на значительное повышение качества жизни пациентки и возможное увеличение продолжительности ее жизни.

Литература/References

1. Аксенова Т.А., Царенок С.Ю., Писаревский Ю.Л. и др. Оценка компетентности врачей стоматологов в вопросах профилактики инфекционного эндокардита. Забайкальский медицинский вестник. 2018;1:58-64. [T.A. Aksenova, S.Yu. Tsarenok, Yu.L. Pisarevsky et al. Evaluation of the competence of dentists on problems of prevention of infective endocarditis. Zabaikalsk Medical Bulletin. 2018;1:58-64. (In Russ.)]. DOI:10.52485/19986173_2018_1_58.
2. Гайсина Е.Ф., Еловицова Т.М., Изможерова Н.В., Мотоусова С.А. Антибиотикопрофилактика инфекционного эндокардита на стоматологическом приеме. Проблемы стоматологии. 2019;15(2):4-10. [E.F. Gaisina, T.M. Elovikova, N.V. Izmozherova, S.A. Motousova. Antibiotic prophylaxis of infective endocarditis in dentistry. Actual Problems in Dentistry. 2019;15(2):4-10. (In Russ.)]. DOI:10.18481/2077-7566-2019-15-2-4-10.
3. Галеева З.Р., Мухамеджанова Л.Р. Оценка распространенности и структура эндо-пародонтальных поражений: значение в клинической практике. Клиническая стоматология. 2011;2(58):99-101. [Z.R. Galeeva, L.R. Mukhamedzhanova. Evaluation of spread and structure of endo-periodontic lesions: clinical significance. Clinical Stomatology. 2011;2(58):99-101. (In Russ.)]. <https://elibrary.ru/item.asp?id=22653180>
4. Еловицова Т.М., Баранова И.А. Прогностические аспекты пародонтита: Эндо-пародонтальные поражения. Проблемы стоматологии. 2012;5:4-7. [T.M. Elovikova, I.A. Baranova. Predictive aspects of periodontitis: endo-periodontic lesions. Actual Problems in Dentistry. 2012;5:4-7. (In Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/prognosticheskie-aspekty-parodontita-endo-parodontalnye-porazheniya>
5. Еловицова Т.М., Саблина С.Н., Григорьев С.С. и др. Болезнь Шегрена и остеопороз в практике врача-стоматолога: клинический случай. Проблемы стоматологии. 2022;18(4):17-23. [T.M. Elovikova, S.N. Sablina, S.S. Grigorjev et al. Sjogren's syndrome and osteoporosis in a practice of a dental practitioner: clinical case study. Actual Problems in Dentistry. 2022;18(4):17-23. (In Russ.)]. DOI:10.18481/2077-7566-2022-18-4-17-23.
6. Еловицова Т.М., Саблина С.Н., Григорьев С.С. и др. Особенности состояния зубов и пародонта у женщин пожилого возраста с сахарным диабетом и остеопорозом. Проблемы стоматологии. 2022;18(3):90-95. [T.M. Elovikova, S.N. Sablina, S.S. Grigorjev et al. Specific characteristics of dental health and periodontal conditions in elderly women with diabetes mellitus and osteoporosis. Actual Problems in Dentistry. 2022;18(3):90-95. (In Russ.)]. DOI:10.18481/2077-7566-2022-18-3-90-95.
7. Зиннатуллина А.Р., Салимзянова А.Р. Трудности подбора антибиотикотерапии для лечения инфекционного эндокардита на примере клинического случая. Терапия. 2023;9(35):182-183. [A.R. Zinnatullina, A.R. Salimzyanova. Challenges in selecting antibiotic therapy for the treatment of infective endocarditis in the example case study. Therapy. 2023;9(35):182-183. (In Russ.)]. <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2023.3suppl.182-183>.
8. Исакова Е.Ю., Атаманова Т.Ю. Клинический случай инфекционного эндокардита. Практическая медицина. 2020;18(6):167-169. [E.Yu. Isakova, T.Yu. Atamanova. Clinical case of infective endocarditis. Practical Medicine. 2020;18(6):167-169. (In Russ.)]. DOI:10.32000/2072-1757-2020-6-167-169.
9. Крючков Д.Ю., Крючкова О.Н., Романенко И.Г. и др. Состояние полости рта и стоматологические вмешательства как фактор риска инфекционного эндокардита. Особенности профилактики. Крымский терапевтический журнал. 2020;3:80-83. [D.Yu. Kryuchkov, O.N. Kryuchkova, I.G. Romanenko et al. The condition of the oral cavity and dental interventions as a risk factor for infective endocarditis. Features of prevention. Crimean Therapeutic Journal. 2020;3:80-83. (In Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-polosti-rti-i-stomatologicheskie-vmeshatelstva-kak-faktor-riska-infektsionnogo-endokardita-osobennosti-profilaktiki>
10. Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Искова Е.А. и др. Инфекционный эндокардит. Концепция современных клинических рекомендаций. Крымский терапевтический журнал. 2022;2:5-13. [Yu.A. Lutai, O.N. Kryuchkova, E.A. Itskova et al. Infective endocarditis. The concept of modern clinical guidelines. Crimean Therapeutic Journal. 2022;2:5-13. (In Russ.)]. <https://cyberleninka.ru/article/n/infektsionnyy-endokardit-kontseptsiya-sovremennyh-klinicheskikh-rekomendatsiy>
11. Семенова Е.А., Мандра Ю.В., Базарный В.В. и др. Взаимосвязь клинических стоматологических возраст-ассоциированных синдромов и некоторых предикторов старения в полости рта. Пародонтология. 2022;27(1):74-79. [E.A. Sementsova, Yu.V. Mandra, V.V. Bazarny et al. The link between age-related dental syndromes and some oral predictors of aging. Parodontologia. 2022;27(1):74-79. (In Russ.)]. DOI:10.33925/1683-3759-2022-27-1-74-79.
12. Шустова Т.А., Дерябина Н.М., Чегодаева Л.В. Трудный пациент: инфекционный эндокардит или болезнь Стилла взрослых? Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2023;4-2:225-228. [T.A. Shustova, N.M. Deryabina, L.V. Chegodayeva. The difficult patient: infective endocarditis or adult Still disease? Modern Science: Actual Issues of Theory and Practice. Series: Natural and Technical Sciences. 2023;4-2:225-228. (In Russ.)]. DOI:10.37882/2223-2966.2023.04-2.37.
13. Шатов Д.В., Шатова Ю.В. Актуальные вопросы антибиотикопрофилактики инфекционного эндокардита в стоматологической практике. Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2018;6:92-96. [D.V. Shatov, Yu.V. Shatova. Key issues surrounding antibiotic prophylaxis of infective endocarditis in dental practice. Bulletin of Bashkir State Medical University. 2018;6:92-96. (In Russ.)]. <https://s.siteapi.org/7bd21d3a35e453b.ru/docs/f96pgv37xzk8c4084k88gkkgko840>
14. Ambrosioni J. et al. The Changing Epidemiology of Infective Endocarditis in the Twenty-First Century // Current Infectious Disease Reports. – 2017;5(19):21. DOI:10.1007/s11908-017-0574-9
15. Brennan Y., Gu Y., Schifter M., Crowther H., Favaloro E.J., Curnow J. Dental extractions on direct oral anticoagulants vs. warfarin: The DENTST study // Res Pract Thromb Haemost. – 2020;4(2):278-284. DOI: 10.1002/rth2.12307.
16. Chatzopoulos G.S., Jiang Z., Marka N., Wolff L.F. Relationship of Medication Intake and Systemic Conditions with Periodontitis: A Retrospective Study // J Pers Med. – 2023;13(10):1480. DOI: 10.3390/jpm13101480.
17. Hiroshi I., Natsuko S.Y., Yutaka I., Masayori S., Hiroyuki N., Hirohisa I. Frequency of hemorrhage after tooth extraction in patients treated with a direct oral anticoagulant: A multicenter cross-sectional study // PLoS One. – 2022;17(4):e0266011. DOI: 10.1371/journal.pone.0266011.
18. Moreno-Drada J.A., Silva da Cruz A.J., Soares de Faria M.L. Oral Health-Related Quality of Life in Anticoagulated Patients with Warfarin Treatment: A Cross-Sectional Study // Int J Environ Res Public Health. – 2021;18(7):3714. DOI: 10.3390/ijerph18073714.
19. Lee J.S., Kim M.K., Kang S.H. Effect of warfarin discontinuation on the incidence of postoperative bleeding in tooth extraction // J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. – 2020;46(4):228-234. DOI: 10.5125/jkaoms.2020.46.4.228.