

УДК 616.31:616.127-005.4

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА, КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

© Морозов А.Н.¹, Зубкова А.А.², Тишков Д.С.²

¹ Кафедра пропедевтической стоматологии Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко, Воронеж; ² кафедра терапевтической стоматологии Курского государственного медицинского университета, Курск

E-mail: zubkova_aa@mail.ru

На основании результатов обследования 290 пациентов в возрасте 40-80 лет за 2010-2015 гг. получена эпидемиологическая и клинико-лабораторная характеристики основных стоматологических заболеваний (кариозных поражений, патологии пародонта, поражений слизистой полости рта) у пациентов с хроническими формами ишемической болезни сердца (хронической сердечной недостаточностью, стабильной стенокардией, кардиосклерозом). Рассмотрено наличие связи между хроническими формами ишемической болезни сердца в качестве фоновой патологии и поражениями пародонта и слизистой полости рта в качестве основных заболеваний. Проведена оценка эффективности разработанной «Программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС», её применение статистически значимо улучшает показатели стоматологической заболеваемости по кариозным поражениям на 10,3%, заболеваниям пародонта – на 17,9%, поражениям слизистой полости рта – на 27,3% с перманентным улучшением течения хронических форм по сравнению с традиционным подходом.

Ключевые слова: стоматологические заболевания, ишемическая болезнь сердца, программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС.

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS, CLINICAL AND LABORATORY MANIFESTATIONS AND TREATMENT OF MAIN DENTAL DISEASES IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Morozov A.N.¹, Zubkova A.A.², Tishkov D.S.²

¹ Propaedeutic Dentistry Department of N.N. Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh;

² Department of Therapeutic Dentistry of Kursk State Medical University, Kursk

The results of examining 290 patients aged 40-80 years in 2010-2015 revealed the epidemiological, clinical and laboratory characteristics of main dental diseases (caries, periodontal disease, oral mucosa lesions) in patients with chronic ischemic heart disease (chronic heart failure, stable stenocardia, cardiosclerosis). The relations between chronic forms of coronary heart disease as a background pathology and lesions of periodontal and oral mucosa as main diseases were studied. The developed "Program of monitoring and correction of dental patients with coronary heart disease" significantly improves the dental caries rates by 10.3%, periodontal diseases rates- 17.9%, lesions of the oral mucosa – 27. 3% with a persistent improvement of chronic conditions compared to the traditional methods.

Keywords: dental diseases, coronary heart disease, program of monitoring and correction of dental patients with coronary heart disease.

Современная стоматология включает множество нерешённых научно-практических вопросов: несмотря на значительные достижения медицины, основные стоматологические заболевания (кариозные поражения, патология пародонта, поражения слизистой полости рта) сохраняют свою актуальность. Их медико-социальные показатели чрезвычайно высоки, а усовершенствование диагностики, лечения и профилактики остаётся востребованным в наивысшей степени [1, 3].

Не вызывает сомнения факт того, что основные стоматологические заболевания «лучше» возникают и прогрессируют при наличии фоновой общесоматической патологии организма. Например, воспалительные заболевания пародонта, протекающие на фоне

соматической патологии, имеют длительное хроническое течение, зачастую резистентное к лечению, и, несмотря на совершенствование методов диагностики, широкий арсенал методов лечения и возросшее внимание к профилактике, остаются значимой проблемой [4, 5, 6, 7, 9, 11].

Из многочисленных фоновых заболеваний, потенциально способных повлиять на стоматологическую заболеваемость, ишемическая болезнь сердца, пожалуй, в первую очередь обращает на себя внимание. Это обусловлено её высокой распространённостью, медико-социальной значимостью и функциональным влиянием на кровоток и трофику в органно-тканевых образованиях зубочелюстной сферы [2, 9, 10].

Цель исследования – анализ эпидемиологических и клинико-лабораторных характеристик основных стоматологических заболеваний с последующим совершенствованием их профилактики и коррекции у пациентов с ишемической болезнью сердца.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа выполнена на кафедре пропедевтической стоматологии «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко», на базе стоматологической поликлиники этого же университета и МУЗ ГБСМП г. Курска в 2010-2015 гг. Объекты исследования – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями (кариозные поражения, заболевания пародонта, поражения слизистой полости рта) при наличии (основные группы) и отсутствии (контрольные группы) хронических форм ишемической болезни сердца (хроническая сердечная недостаточность, стабильная стенокардия, кардиосклероз), в возрасте 40-80 лет. Количество мужчин и женщин во всех группах составило 65,5% и 34,5% соответственно. Общее и частное количество пациентов представлено в табл. 1.

Методы исследования включали: исследование кариозных поражений (индекс КПУ); исследования заболеваний пародонта индекс гигиенического состояния полости рта (ОНИ-S); папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА), пародонтальный индекс (PI), индекс нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРITN); проба Шиллера-Писарева, проба Кулаженко, бактериологическое исследование содержимого пародонтального кармана, цитологическое исследование мазков-отпечатков десневой борозды); исследование

поражений слизистой полости рта (стоматоскопия); методы интегральной оценки ИБС (определение функционального класса стабильной стенокардии и ХСН и степени риска сердечно-сосудистых осложнений); статистические методы.

Нами была разработана программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца.

Логическая структура данной программы включает три стадии:

1. Стадия методологической подготовки исследования – включает актуализацию проблемы, её теоретическую проработку (тематический обзор, постановку целей и задач), формирование контингента обследуемых (исходной выборочной совокупности), стандартизацию участников исследования, выделение контрастных групп, разработку протокола исследования в соответствии с поставленными целями и задачами.

2. Стадия получения результатов исследования – практическое выполнение четырёх этапов исследования согласно разработанному протоколу.

3. Стадия анализа полученных результатов исследования – включает статистическую обработку, интерпретацию и представление результатов, формулирование научных выводов и практических рекомендаций.

Этапы исследования по программе:

этап 1: анализ эпидемиологических и клинико-лабораторных характеристик стоматологических пациентов с ИБС; тип исследования: поперечное; на данном этапе было выделено 2 контрастные группы: основная (n = 87 чел.) – стоматологические пациенты с ИБС; контрольная (n = 29 чел.) – стоматологические пациенты без ИБС;

Таблица 1

Общее и частное количество участников исследования

Этап исследования, № п/п	Сравниваемые группы	
	с ИБС	без ИБС
1	87	29
2	29	29
3	29	29
4	29	29
Итого:	174	116
Всего:	290	

этап 2: анализ влияния коррекции ИБС на течение основных стоматологических заболеваний; тип исследования: продольное (исходно, через 1 год); на данном этапе было выделено две контрастные группы: основная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; наличие полноценного лечения ИБС при отсутствии полноценного лечения стоматологических заболеваний; контрольная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; отсутствие полноценного лечения и ИБС и стоматологических заболеваний;

этап 3: анализ влияния коррекции основных стоматологических заболеваний на течение ИБС; тип исследования: продольное (исходно, через 1 год); на данном этапе было выделено две контрастные группы: основная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; наличие полноценного лечения стоматологических заболеваний при отсутствии полноценного лечения ИБС; контрольная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; отсутствие полноценного лечения и стоматологических заболеваний и ИБС;

этап 4: разработка (на основе данных этапов 1-3) и оценка эффективности программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС; тип исследования: продольное (исходно, через 1 год); на данном этапе было выделено две контрастные группы: основная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; применение разработанной программы; контрольная (n = 29 чел.) – пациенты с основными стоматологическими заболеваниями на фоне ИБС; применение традиционного подхода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе исследования проанализирована картина стоматологической заболеваемости у пациентов с хроническими формами ИБС. В этап исследования включены пациенты с типовыми стоматологическими заболеваниями, имеющие в качестве фоновой патологии типовые нозологические формы ИБС.

При обобщённом анализе результатов первого этапа исследования следует заключить, что в целом уровень стоматологической заболеваемости у пациентов с ИБС статистически выше, а именно – на 17,3%, такового у пациентов

без ИБС (табл. 2). При этом уровень заболеваемости конкретно кариозными поражениями статистически не различим у пациентов с и без ИБС и составляет 75,8-75,9%. Уровень же заболеваемости пародонтальной патологией и поражениями слизистой полости рта у пациентов с ИБС, напротив, статистически значимо превышает таковой у пациентов без ИБС – на 31,1% и 27,6% соответственно (табл. 2).

Далее представлены результаты анализа клинико-лабораторных характеристик основных стоматологических заболеваний у пациентов с ИБС (табл. 3). Статистический анализ показателя «ОНИ-S» по J.C. Green - J.R. Vermillion показал отсутствие его различий при отсутствии и наличии ИБС, а также между нозологическими формами ИБС. Это свидетельствует о полной статистической сопоставимости уровня гигиены полости рта у пациентов сравниваемых групп и отсутствии её влияния на результаты дальнейшего сопоставительного анализа.

Уровень межгрупповых различий у пациентов с и без ИБС при оценке индекса РМА составил 15,5%, между нозологическими формами ИБС статистически значимых различий нет. Уровень межгрупповых различий при оценке пародонтального индекса составил 16,6%, между нозологическими формами ИБС статистически значимых различий нет. Уровень межгрупповых различий при оценке индекса СРITN составил 40,7%, между нозологическими формами ИБС статистически значимых различий нет. Показатели пародонтологических индексов показывают больший уровень нуждаемости пациентов с ИБС в лечении пародонтальной патологии, а также подтверждает их предрасположенность к воспалительным поражениям пародонта (табл. 3).

На втором этапе исследования проанализирована динамическая картина течения типовых стоматологических заболеваний в условиях рациональной коррекции хронической ИБС.

В основную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие квалифицированную помощь у специалиста-кардиолога и недисциплинированно при этом относящиеся к лечению у стоматолога.

В контрольную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, относящиеся при этом недисциплинированно к лечению у кардиолога и стоматолога.

Результаты исследования эпидемиологической характеристики основных стоматологических заболеваний у пациентов с ИБС

Группа	Класс стоматологических заболеваний	% в группе	Нозологическая форма в составе класса стоматологических заболеваний	% от класса
ИБС, хроническая сердечная недостаточность (n = 29 чел.)	кариозные поражения (n = 22 чел.)	75,8	Неосложнённый кариес	18,2
			Пульпит	18,2
			Периодонтит	63,6
	заболевания пародонта (n = 28 чел.)	96,6	Гингивит	17,9
			Пародонтит I ст.	21,4
			Пародонтит II ст.	46,4
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	Пародонтит III ст.	14,3
			Трещины красной каймы губ	36,4
			Кандидозный глоссит	9,1
ИБС, стабильная стенокардия (n = 29 чел.)	кариозные поражения (n = 22 чел.)	75,8	Ангулярный хейлит	54,5
			Неосложнённый кариес	22,7
			Пульпит	18,2
	заболевания пародонта (n = 28 чел.)	96,6	Периодонтит	59,1
			Гингивит	21,4
			Пародонтит I ст.	17,9
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	Пародонтит II ст.	42,9
			Пародонтит III ст.	17,8
			Трещины красной каймы губ	45,9
ИБС, кардиосклероз (постинфарктный или атеросклеротический) (n = 29 чел.)	кариозные поражения (n = 22 чел.)	75,8	Кандидозный глоссит	9,1
			Неосложнённый кариес	18,2
			Пульпит	22,7
	заболевания пародонта (n = 28 чел.)	96,6	Периодонтит	59,1
			Гингивит	21,4
			Пародонтит I ст.	21,4
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	37,9	Пародонтит II ст.	39,3
			Пародонтит III ст.	17,9
			Трещины красной каймы губ	36,4
Без ИБС (n = 29 чел.)	кариозные поражения (n = 22 чел.)	75,8	Кандидозный глоссит	18,1
			Неосложнённый кариес	22,7
			Пульпит	18,2
	заболевания пародонта (n = 28 чел.)	65,5	Периодонтит	59,1
			Гингивит	15,8
			Пародонтит I ст.	21,1
	поражения слизистой полости рта (n = 11 чел.)	10,3	Пародонтит II ст.	47,4
			Пародонтит III ст.	15,8
			Трещины красной каймы губ	33,3
			Кандидозный глоссит	0
			Ангулярный хейлит	66,7

На табл. 4 визуализированы данные по эффективности лечения ИБС, в сравниваемых группах на 2-4-м этапах исследования.

Следует заключить, что полноценное лечение ИБС привело к снижению функционального класса на 27,3%, риска ССО – на 34,6% (табл. 4).

Через год при контрольном наблюдении стоматологической заболеваемости было выявлено: в контрольной группе – неизменное

относительное количество основных стоматологических заболеваний; в основной группе: неизменное количество кариозных поражений – 75,9%; снижение количества заболеваний пародонта на 6,9% – купирование патологических явлений у 2 пациентов; снижение количества поражений слизистой полости на 10,4% – купирование патологических явлений у 3 пациентов (рис. 1, 2).

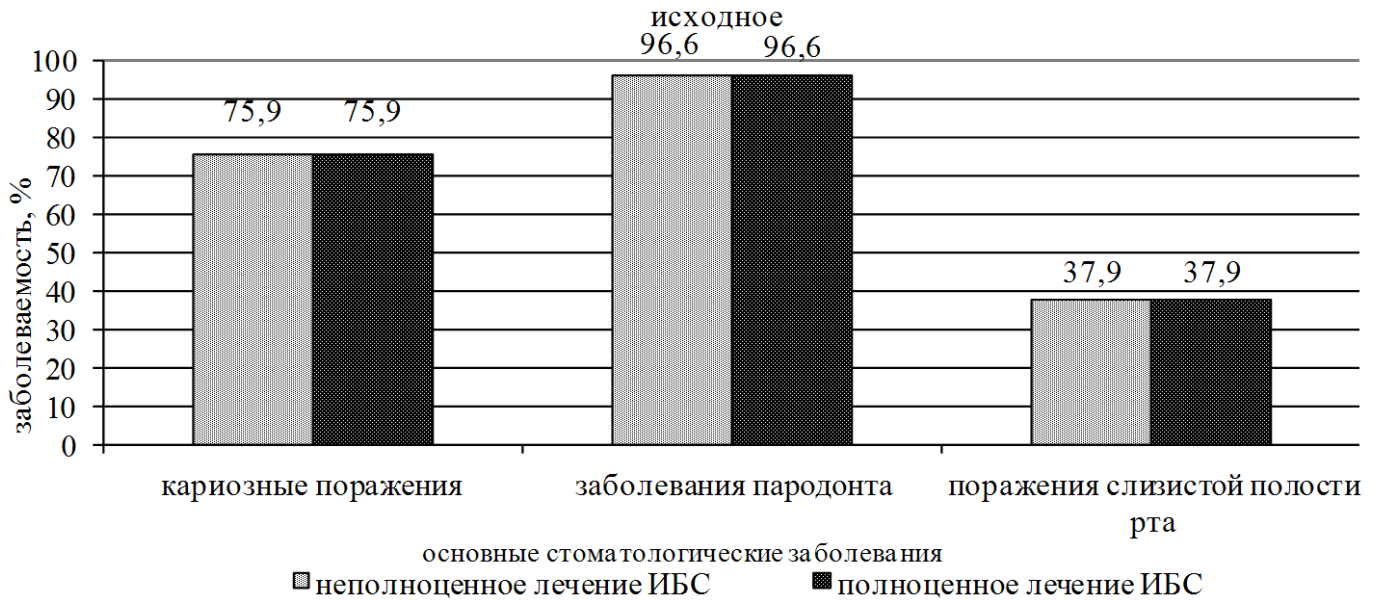


Рис. 1. Внутригрупповые показатели стоматологической заболеваемости в условиях полноценного и неполноценного лечения ИБС (исходное).

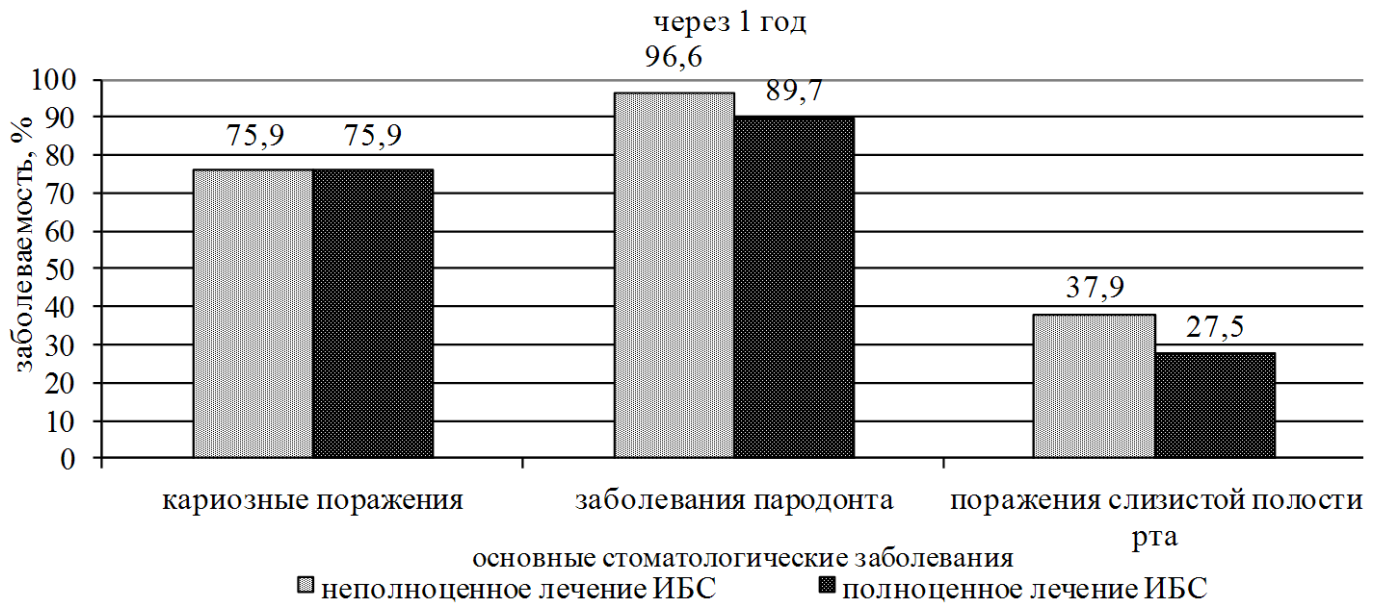


Рис. 2. Внутригрупповые показатели стоматологической заболеваемости в условиях полноценного и неполноценного лечения ИБС (в динамике).

Таблица 3

Оценка изучаемых индексов в группах стоматологических пациентов с наличием и отсутствием ИБС

Группа	п, чел.	Индекс ОНІ-S	Индекс РМА, %	Индекс РІ	Индекс СРІТN
Сравнение на уровне «ИБС – без ИБС»:					
ИБС	87	1,5 ± 0,43	45,4 ± 5,11	1,67 ± 0,45	3,8 ± 0,90
без ИБС	29	1,5 ± 0,41	39,3 ± 2,81	1,90 ± 0,32	2,7 ± 0,79
Сравнение с учетом нозологических форм ИБС:					
ХСН	29	1,6 ± 0,51	44,3 ± 4,81	1,91 ± 0,27	3,9 ± 0,93
стабильная стенокардия	29	1,4 ± 0,50	46,1 ± 5,73	1,90 ± 0,31	3,8 ± 0,90
кардиосклероз	29	1,6 ± 0,52	45,7 ± 4,79	1,89 ± 0,37	3,7 ± 0,87
без ИБС	29	1,4 ± 0,49	39,3 ± 2,81	1,67 ± 0,45	2,7 ± 0,79

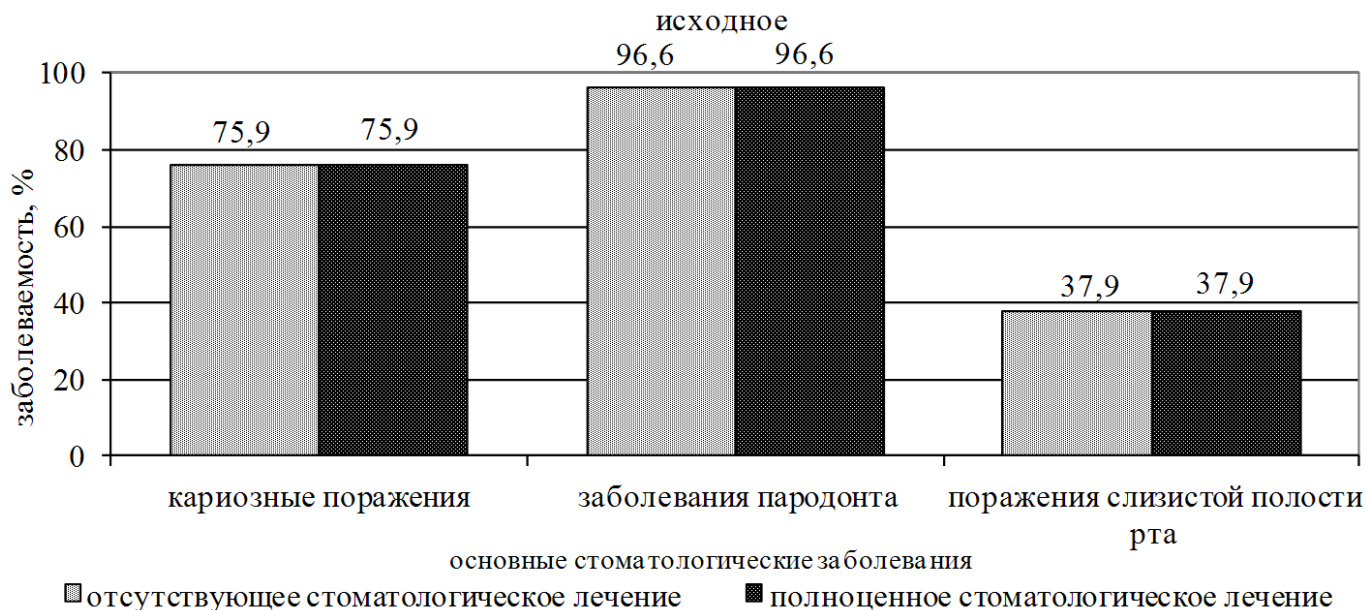


Рис. 3. Внутригрупповые показатели заболеваемости основными классами стоматологической патологии в условиях их полноценного и неполноценного лечения (исходное).

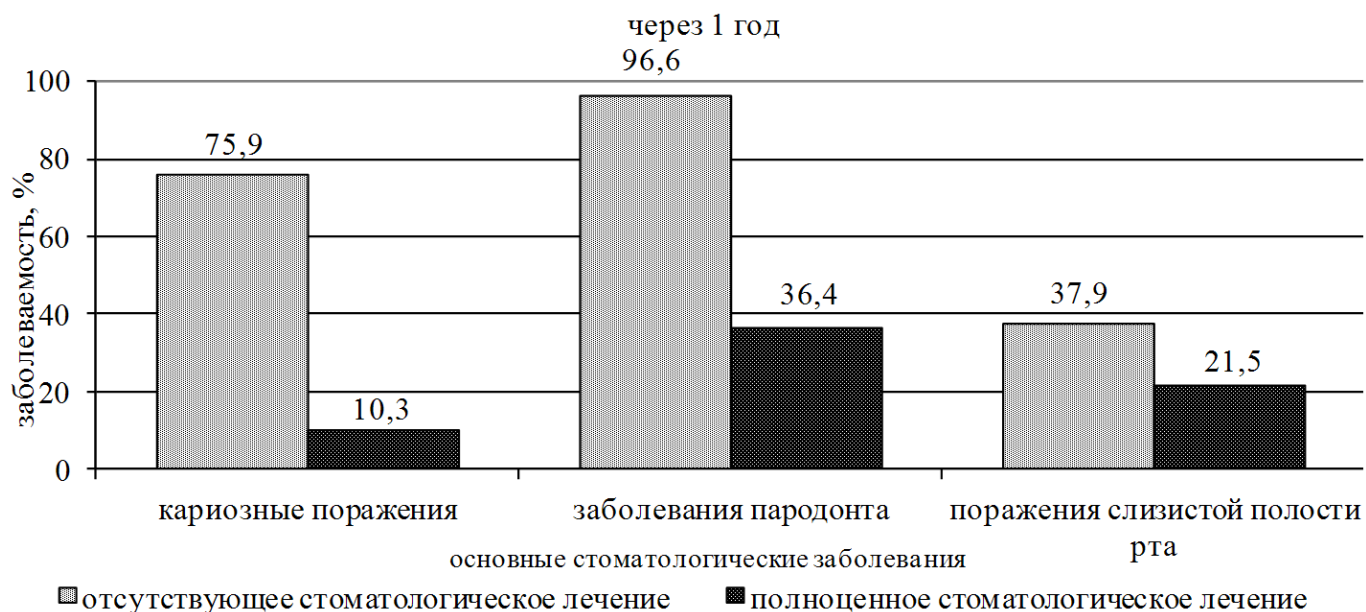


Рис. 4. Внутригрупповые показатели заболеваемости основными классами стоматологической патологии в условиях их полноценного и неполноценного лечения (в динамике).

На 3-м этапе исследования проанализирована динамическая картина течения хронической ишемической болезни сердца в условиях рациональной коррекции типовых стоматологических заболеваний.

В основную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие квалифицированную помощь у специалиста-стоматолога и недисциплинированно при этом относящиеся к лечению у кардиолога.

В контрольную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими

диагнозами, относящиеся при этом недисциплинированно к лечению как у стоматолога, так и кардиолога.

На табл. 3 визуализированы динамические данные заболеваемости ИБС в сравниваемых группах. Таким образом, следует заключить, что сравниваемые группы по уровню заболеваемости ИБС ни исходно, ни через год не имели статистических различий.

Через год при контрольном наблюдении стоматологической патологии было выявлено: в контрольной группе – неизменное относительное количество основных стоматологических заболеваний; в основной группе: снижение количества кариозных поражений при отсутствии

Таблица 4

Внутригрупповые значения функциональных классов и риска ССО в группах на 2-4 этапах исследования

Этап исследования	группа	n человек	ФК в группе		Риск ССО, степень	
			исходное	через год	исходное	через год
2	основная	29	2,2	1,6	2,6	1,7
	контрольная	29	2,2	2,3	2,7	2,7
3	основная	29	2,2	2,3	2,6	2,7
	контрольная	29	2,2	2,3	2,6	2,7
4	основная	29	2,2	1,7	2,7	1,7
	контрольная	29	2,2	1,4	2,7	1,5

Таблица 5

Интегральная оценка результатов применения разработанной программы

Исследуемые патологии	традиционное лечение	разработанная программа	Преимущество разработанной программы (Δ), %
Эффективность лечения основных стоматологических заболеваний:			
Снижение заболеваемости кариозными поражениями, %	89,7	100	10,3
Снижение заболеваемости заболеваниями пародонта, %	78,5	96,4	17,9
Снижение заболеваемости поражениями слизистой полости рта, %	63,6	90,9	27,3
Эффективность коррекции ишемической болезни сердца:			
Снижение функционального класса, %	22,8	36,4	17,6
Снижение риска ССО, %	37,0	44,4	7,4

возникновения новых – эффективность на уровне 89,7%; снижение количества заболеваний пародонта на 78,5% – купирование патологических явлений у 22 из 28 пациентов; снижение количества поражений слизистой полости на 63,6% – купирование патологических явлений у 7 из 11 пациентов (рис. 3, 4).

На 4-м этапе исследования проанализирована комплексная динамическая картина течения хронической ИБС и типовых стоматологических заболеваний в условиях применения разработанной «Программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца».

В основную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие динамическое наблюдение и контролируемое лечение в соответствии с разработанной программой.

В контрольную группу текущего этапа включены пациенты с верифицированными стоматологическими и кардиологическими диагнозами, получающие традиционный подход к лечению у специалистов стоматологического и кардиологического профиля, т.е. без «привязки» к условиям разработанной программы.

При сравнительной оценке воздействия традиционного лечения и разработанной программы на кардиальные показатели, отражающие заболеваемость ИБС, получены следующие данные: исходно пациенты сравниваемых групп не имели статистически значимых различий как по функциональным классам кардиальной патологии, так и по степени риска ССО; через 1 год динамического наблюдения пациенты сравниваемых групп имели статистически значимые различия по функциональным классам кардиальной патологии и степени риска ССО (табл. 4).

Таким образом, результат применения программы – это снижение заболеваемости кариозными поражениями на 10,3%, заболеваниями пародонта – на 17,9%, поражениями слизистой полости рта – на 27,3%, а также коррекция течения ИБС в виде снижения функционального класса на 17,6%, риска ССО – на 7,4%. Статистические преимущества применения разработанной программы по сравнению с традиционным лечением в относительных единицах приведены в (табл. 5).

Полученные данные свидетельствуют в пользу высокой эффективности разработанной программы. При этом необходимо отметить достижение комплексного характера в виде

перманентного положительного воздействия как на основные стоматологические заболевания, так и хронические формы ИБС. Совокупные результаты исследования и разработанная «Программа мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ИБС» является эффективным примером решения одной из ключевых проблем стоматологических заболеваний с фоновой патологией на основе системного подхода.

Таким образом, уровень общей стоматологической заболеваемости у пациентов с наличием ИБС выше такового у пациентов с отсутствием ИБС; однако между различными формами хронической ИБС уровень общей стоматологической заболеваемости не имеет статистически значимых различий. Уровень заболеваемости кариозными поражениями у пациентов с наличием и отсутствием ИБС не имеет статистических различий; уровень же заболеваемости пародонтальной патологией и поражениями слизистой полости рта у пациентов с ИБС превышает таковой у пациентов без ИБС. Количественное соотношение основных нозологических форм в составе класса кариозных поражений, заболеваний пародонта и поражений слизистой полости рта статистически сопоставимо у пациентов с наличием и отсутствием ИБС, а также у пациентов с различными нозологическими формами ИБС. Кариозные поражения не имеют специфики клинико-лабораторных проявлений у пациентов с наличием ИБС относительно пациентов с отсутствием ИБС; заболевания пародонта и поражения слизистой полости рта при наличии ИБС, напротив, имеют некоторую специфику клинико-лабораторной характеристики. Рациональная коррекция ИБС приводит к умеренному снижению заболеваемости патологией пародонта и слизистой полости рта, не оказывая какого-либо воздействия на заболеваемость кариозными поражениями; при этом рациональная коррекция основных стоматологических заболеваний не оказывает какого-либо влияния на течение хронических форм ИБС. Применение разработанной «Программы мониторинга и коррекции состояния стоматологических пациентов с ишемической болезнью сердца» улучшает показатели стоматологической заболеваемости с перманентным улучшением течения хронических форм ИБС по сравнению с традиционным подходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Боровский Е.В.* Как улучшить стоматологическое здоровье россиян? // *Стоматолог.* – 2006. – № 12. – С. 5-10.
2. *Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я / Гл. ред.: акад. И.Н. Денисов, акад. Ю.Л. Шевченко.* – 2-е изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 1344 с.
3. *Терапевтическая стоматология: национальное руководство / под ред. Л.А. Дмитриевой, Ю.М. Максимовского.* – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 912 с.
4. *Елькова Н.Л., Зубкова А.А., Зубков В.В.* Комплексная оценка состояния полости рта у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом // *Курск. науч.-практ. вестник «Человек и его здоровье.»* – 2013. – № 1. – С. 52-56.
5. *Елькова Н.Л., Зубкова А.А., Милова Е.В., Зубков В.В.* Результаты функционального исследования тканей пародонта у пациентов с сердечно-сосудистой патологией // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2014. – № 6. – С. 16-17.
6. *Ирышкова О.В., Бондарева А.Э., Тишков Д.С., Журбенко В.А., Саакян Э.С.* Использование иммуномодуляторов и мембранопротекторов при лечении обострения хронического катарального генерализованного гингивита // *Успехи современного естествознания.* – 2014. – № 12-4. – С. 493-494.
7. *Кирсанов А.И., Горбачёва И.А., Шабак-Спаский П.С.* Стоматология и внутренние болезни // *Пародонтология.* – 2000. – № 4 (18). – С. 23-26.
8. *Кирсанов А.И., Горбачёва И.А., Николаева Л.А., Шторм А.А.* Оценка состояния внутренних органов у больных пародонтитом // *Стоматология.* – 2004. – № 5. – С. 32-34.
9. *Лисицин Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
10. *Мухамеджанова Л.Р., Латфуллин И.А., Хитров В.Ю.* Состояние полости рта и профилактика основных стоматологических заболеваний у больных острым коронарным синдромом. Метод. рекоменд. – Казань, 1999. – С. 10
11. *Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А.* Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : МЕДпресс-информ. – 2008. – С. 12-14, 17-18.