

врачей как условие реализации компетентностного подхода в медицинском образовании // Международный журнал экспериментального образования, 2012. – №4. - С.101-103.

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Шефтелович Т.К., Ермошенко Л.С.,
Окунь А.М.

*ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Научно-технический прогресс в современной медицине, в частности в кардиологии, является значительным достижением в эффективном лечении многих тяжелых заболеваний внутренних органов. Вместе с тем, группа риска пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по развитию инфекционного эндокардита (ИЭ) пополняется за счет значительного количества кардиологических (атеросклеротическое, дегенеративные изменения структур эндокарда, дисплазии соединительной ткани сердца, перенесенный инфаркт миокарда и др.) и кардиохирургических больных (имплантация искусственных клапанов сердца, водителей ритма и электродов в полостях сердца, стентирование, аортокоронарное шунтирование, пересадка сердца). Росту ИЭ способствуют нозокомиальные факторы, широко используемые в диагностике и лечении, способствующие развитию ключевого условия развития ИЭ - транзитной бактериемии (инвазивные методы, катетеризация сосудов и полостей, эндоскопия, лечебные инъекции), а также распространение наркомании. В связи с увеличением продолжительности жизни наблюдается рост частоты случаев ИЭ у лиц пожилого и старческого возраста. Заболеваемость ИЭ увеличивается во всем мире: так, в расчете на 1 млн. населения

заболеваемость ИЭ в США составляет 38-92 человека, в России – 46 человек, тогда как в 1950 г. в СССР регистрировалось 24 человека (Тюрин В.П. 1997). Несмотря на большие возможности консервативного и хирургического лечения ИЭ, летальность достигает достаточно высокого уровня (20-45%). Лечение и прогноз ИЭ до настоящего времени остается серьезной медико-социальной проблемой.

В этих условиях профилактика ИЭ, направленная на предотвращение или минимизацию бактериемии, становится задачей первостепенной важности, особенно у стоматологических больных. В «Руководстве по диагностике и лечению ИЭ Европейского общества кардиологов» (2009) среди перечня процедур, связанных с высоким риском бактериемии, в первую очередь указывается на стоматологические манипуляции, связанные с риском травмирования десен и слизистой оболочки полости рта и манипуляциями в самой инфицированной области человеческого организма.

Между тем, многие врачи-стоматологи не имеют четкого представления о первичной и вторичной профилактике ИЭ в своей повседневной работе. Об этом свидетельствуют результаты опроса врачей (клинические ординаторы, интерны, врачи циклов усовершенствования) на этапе постдипломного обучения. Так, определяя уровень знаний практикующих стоматологов по принципам профилактики ИЭ при выполнении стоматологического пособия, мы получили неутешительные результаты: около 50% учащихся имеют недостаточные знания о первичной и вторичной профилактике ИЭ у стоматологических больных, а сведения о выборе режима и препарата для выполнения антибактериальной профилактики (АП) оказались весьма расплывчатыми и ограничивались одним-двумя антибиотиками. Исходя из изложенного, совместными усилиями стоматологов и кардиологов разработаны конкретные организационные меры для реализации рекомендаций

по профилактике ИЭ в практике стоматолога. Алгоритм организационных мероприятий включает:

1) академические занятия для студентов стоматологического факультета, адаптированные к будущей работе стоматолога общей практики;

2) учебный план на этапе постдипломного обучения, включающий вопросы современного учения об ИЭ;

3) целевые выступления преподавателей-кардиологов на научно-практических конференциях и съездах ассоциации врачей-стоматологов;

4) совместные научно-практические публикации по вопросам конкретной роли стоматолога в первичной и вторичной профилактике ИЭ;

5) принятие решения о назначении АП, основанного на предполагаемом виде стоматологического лечения, состоянии гигиены органов ротовой полости и данных о состоянии соматического здоровья пациента, полученных в результате сотрудничества кардиолога и стоматолога;

6) выпуск информационных писем для реализации рекомендаций по профилактике ИЭ в практической работе в следующих формах: общегигиенические мероприятия для поддержания здоровья органов ротовой полости; АП при выполнении стоматологических манипуляций с целью создания достаточной концентрации антибиотика в крови и поддержание этого уровня до прекращения действия компонентов эндогенной и экзогенной агрессии; санация ротовой полости как этапа подготовки пациента к кардиохирургическому лечению; формирование групп диспансерного наблюдения пациентов после кардиохирургического пособия по согласованию с территориальным кардиологом (осмотр стоматологом 1-2 раза в год);

7) профессиональный контроль за полостью рта пациентов диспансерной группы (личная гигиена и обучение правилам ее выполнения, регулярный осмотр врачом с целью санации, осуществление

диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологическими заболеваниями; элиминация очагов острой или хронической инфекции с помощью необходимой экстракции, эндодонтического или пародонтологического лечения), который может снизить риск возможной транзиторной, ремитирующей или постоянной бактериемии.

Выводы.

1. Выполнение изложенного организационного алгоритма поможет стоматологу избежать врачебных ошибок при оказании помощи больным, имеющим риск развития ИЭ.

2. Своевременная АП позволит существенно снизить число послеоперационных осложнений, сократит сроки госпитализации больных и снизит расходы на лечение кардиохирургических больных.

Литература:

1. Тюрин В.П. Распространенность и клинические варианты инфекционного эндокардита: Автореф. дисс. канд.мед. наук. СПб, 1997.-21с.

2. Тюрин В.П., Тихонов Ю.Г. Антибактериальная терапия инфекционного эндокардита. Клини.микробиол. Антимикроб.химиотер. 2000, 2(2), С.31-39.

3. Белов Б. С. Инфекционный эндокардит. Лечение и профилактика // Инфекция и антимикробная терапия. 2000. – Том 2, №5. С. 149 – 154.

4. Браш Д. Современный взгляд на рекомендации по антибиотикопрофилактике инфекционного эндокардита// Новости МРПА: Выпуск 3, 2000.

5. Демин А. А., В. П. Дробышева. Диагностика и лечение инфекционного эндокардита КМАХ – 2000, Том 2, №3. – С. 1 – 19.

6. Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике, диагностике и лечению инфекционного эндокардита (новая версия). Под ред.

7. Царев В. Н., Ушаков Р. В. Антимикробная терапия в стоматологии: Руководство. – М.: Мед. информац. агентство, 2004. – 144 с.