Стоматологическая реабилитация пациентов в комплексе лечения ишемического инсульта в остром периоде. Часть 1

М.Ю. МАКСИМОВА*, **, д.м.н., проф.
Н.А. РЯЗАНЦЕВ*, ***, асп.
Е.Н. АНИСИМОВА***, к.м.н., доц.
*ФГБНУ «Научный центр неврологии», г. Москва
**Кафедра нервных болезней стоматологического факультета
***Кафедра обезболивания в стоматологии
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Dental rehabilitation of patients in the complex treatment of ischemic stroke in the acute period. Part 1

M.Yu. MAKSIMOVA, N.A. RYAZANTSEV, E.N. ANISIMOVA

Резюме: **Нарушения мозгового кровообращения из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Цель работы состояла в определении клинического значения заболеваний зубочелюстной системы и способов оптимальной стоматологической помощи в остром периоде инсульта. Наше исследование позволило установить, что стоматологические вмешательства в остром периоде инсульта являются безопасным при условии положительной динамики в состоянии больных и проведении профилактических мероприятий.**

Ключевые слова: **ишемический инсульт, реабилитация, стоматологическая помощь, нарушение мозгового кровообращения.**

Abstract: **Cerebrovascular accidents due to the high prevalence and serious consequences for the health of the population represents an important medical and social problem. The purpose of the work was to determine the clinical significance of diseases of dental system and how best dental care in the acute phase of stroke. Our study revealed that dental intervention in acute stroke are safe subject to the positive dynamics in the condition of patients and carrying out preventive measures.**

Key words: **ischemic stroke, rehabilitation, dental care, cerebrovascular accident.**

Нарушения мозгового кровообращения (НМК) из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. В парадигме российской системы стоматологической помощи проблема оценки стоматологического статуса и оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта имеет приоритетное значение. С другой стороны, для клиницистов, занимающихся проблемой острых НМК, является актуальным минимизация соматической патологии и частоты полиорганных осложнений, обусловленных активизацией очагов хронической инфекции в зубочелюстной системе.

Ишемический инсульт, обусловленный артериальной гипертонией и атеросклерозом, в течение последних десятилетий по частоте значительно превысил распространенность геморрагического инсульта, достигая соотношения 4:1. К основным подтипам ишемического инсульта уточненного генеза относятся: атеротромботический, наблюдающийся в 34% случаев, кардиогенный эмболический — в 22% и лакунарный — в 20%, [1]. Атеротромботический инсульт характеризуется постепенным или ступенеобразным прогрессированием неврологических нарушений в течение нескольких часов или суток. Часто атеротромботическому инсульту предшествуют транзиторные ишемические атаки (ТИА). При магнитно-резонансной томографии (МРТ) выявляются одиночные или множественные инфаркты мозга различной величины, локализации и давности. При ультразвуковом и ангиографическом исследовании обнаруживаются атеросклеротические изменения в экстра- или интракраниальных частях магистральных артерий головы (МАГ) или в мозговых артериях и их ветвях — стеноз, атеротромбоз, бляшки с неровной поверхностью — в артериях, в бассейнах которых локализуются инфаркты. Клинически для кардиогенного эмболического инсульта характерно внезапное появление неврологической симптоматики. Неврологические нарушения бывают максимально выраженными уже в самом начале заболевания. Локализуются инфаркты (средние, большие, корково-подкорковые) преимущественно в бассейне средней мозговой артерии. Источниками эмболии чаще всего бывают тромбы в левом предсердии, формирующиеся при мерцательной аритмии, или в левом желудочке сердца при инфаркте миокарда, а также тромботические наложения на измененных клапанах сердца. Лакунарный инсульт развивается на фоне артериальной гипертонии. Характерно постепенное нарастание неврологической симптоматики в течение нескольких часов или одного дня, нередко наблюдается гипертонический церебральный криз. Малые глубинные инфаркты локализуются в базальных ядрах, белом веществе полушарий большого мозга, внутренней капсуле, базилярной части моста мозга. Отмечаются «чисто двигательный гемипарез», «чисто чувствительный синдром», сенсомоторный синдром, атактический гемипарез, синдром «дизартрия–неловкая кисть». Отсутствуют общемозговые и менингеальные симптомы, а также нарушения высших корковых функций при локализации малых глубинных инфарктов в доминантном полушарии. Лакунарный инсульт протекает как малый инсульт.

До настоящего времени оставалось недооцененным влияние резидентной микрофлоры полости рта на об-

щесоматическое состояние. Так, отмечена связь между парадонтопатогенами и развитием атеросклероза мозговых артерий [3, 4], между тяжелым течением кариеса и развитием нарушений мозгового кровообращения [5].

Недостаточное знание стоматологами особенностей течения ишемического инсульта ограничивает применение современных технологий обезболивания, стоматологического лечения и зубного протезирования.

В настоящее время очень часто наблюдаются «курьезы» такого рода. У больного с ишемическим инсультом через 3–7 дней после его возникновения вдруг появляется сильная зубная боль. Невролог вызывает на консультацию стоматолога, однако ни тот, ни другой не знают, можно ли в таких случаях осуществлять стоматологическое вмешательство, например удаление зуба.

Определенную сложность в оказании стоматологической помощи при ишемическом инсульте представляет антитромботическая терапия (прямые и непрямые антикоагулянты, тромбоцитарные антиагреганты), которую больные в остром и восстановительном периоде получают в обязательном порядке, что повышает риск кровотечений при проведении стоматологических вмешательств. При приеме непрямых антикоагулянтов требуется тщательный контроль международного нормализованного отношения (МНО) с возможным временным снижением дозы используемого препарата, обеспечивающим поддержание МНО на нижнем уровне целевых значений, то есть около 2. В то же время считается, что если значения МНО у пациента менее 3.5, возможно проведение даже инвазивного стоматологического лечения, а согласно современным рекомендациям, целевым значением МНО в большинстве случаев является диапазон от 2,0 до 3.0 [6,7]. Отмена антитромботической терапии недопустима, так как риск повторного инсульта значительно выше риска, связанного с кровотечением [8–10].

Есть сообщения о том, что возникшее при проведении системного тромболизиса кровотечение в полости рта после недавнего удаления зубов можно остановить местными гемостатическими средствами [11]. Применение тромбоцитарных антиагрегантов (препараты ацетилсалициловой кислоты, клопидогрель и дипирадомол), как правило, не вызывает кровотечения во время стоматологических вмешательств, включая хирургические, потому снижения их дозы не требуется [12].

Контроль показателей АД и осторожность при обращении с мягкими тканями, тщательное удаление грануляционной ткани, создание условий для регенерации первичным натяжением, а также применение местных гемостатических средств позволяет избегать послеоперационных кровотечений. В случае необходимости, антиагрегантный эффект этих препаратов может быть оценен с помощью исследования агрегации тромбоцитов.

В настоящее время накоплено много клинико-экспериментальных и эпидемиологических сведений о взаимосвязи патогенетических механизмов, клинических проявлений и этиологических факторов заболеваний зубочелюстной системы и соматической патологии в остром периоде инсульта.

В реальной клинической практике оценка стоматологического статуса в остром периоде инсульта проводится редко, когорта больных с нарушениями мозгового кровообращения, за небольшим исключением, не получает стоматологического лечения. В специализированном звене здравоохранения не существует скрининговых программ по оказанию экстренной стоматологической помощи, отсутствует система междисциплинарного взаимодействия врачей-неврологов и врачей-стоматологов.

Среди врачей-стоматологов не существует единого мнения о сроках и объеме стоматологических вмешательств в остром периоде ишемического инсульта. Ряд авторов рекомендуют отложить стоматологическое лечение на 6–12 месяцев [13–16], связывая это с тем, что 70% повторных нарушений мозгового кровообращения приходится на первый месяц инсульта [17–19]. Выявлена связь заболеваний пародонта с заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистыми заболеваниями [20, 21]. Отмечено, что профессиональная гигиена полости рта способствует профилактике аспирационной пневмонии [22, 23] и снижению уровня метициллин-устойчивого золотистого стафилококка в зубном налете [24], который является возбудителем внутрибольничной инфекции [25, 26] и трудно поддается антибактериальной терапии [27].

Таким образом, требуется пересмотреть систему скрининга, профилактики и лечения заболеваний зубочелюстной системы в современной системе российского здравоохранения, акцентируя внимание на объемной когорте пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Необходим поиск дополнительных аргументов для обучения как врачей, так и пациентов, с позиций влияния заболеваний зубочелюстной системы на течение соматической патологии в остром периоде инсульта.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить клиническое значение заболеваний зубочелюстной системы и способы оптимальной стоматологической помощи в остром периоде инсульта.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование были включены 118 пациентов с инфарктами мозга, находящихся на стационарном лечении в Научном центре неврологии. Инфаркты мозга были диагностированы на основании анамнестических сведений, результатов клинико-неврологического обследования и данных МРТ в режимах диффузионно-взвешенных изображений, T1, T2, T2-FLAIR, T2* на томографах Magneton Symphony и Magneton Avanto, Siemens AG (Германия) с величиной магнитной индукции 1,5 Т. Состояние ветвей дуги аорты, степень атеростеноза и структуру атеросклеротической бляшки оценивали по данным дуплексного сканирования на приборах Logiq 9, фирмы GE (США), iE 33 и iU 22 фирмы Philips (Нидерланды). Исследование сердца включало ЭКГ и трансторакальную эхокардиографию на приборах iE 33 и iU 22 фирмы Philips (Нидерланды).

Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в табл. 1.

Для оценки тяжести неврологических нарушений использовалась международная шкала инсульта NIH (National Institutes of Health Stroke Scale), представляющая собой полуколичественную (в баллах) оценку 11 наиболее значимых неврологических симптомов при инсульте полушарной локализации (отсутствие нарушений — 0 баллов, значительно выраженные нарушения — 30 баллов). Благоприятный прогноз после инсульта определяется при сумме баллов менее 10 по шкале NIHSS оценки тяжести заболевания, при сумме баллов более 20 прогноз определяется как неблагоприятный.

Для оценки степени инвалидизации и функциональной независимости пациента, перенесшего инсульт, использована модифицированная шкала Рэнкина (The Modified Rankin Scale), которая позволяет объективизировать ди-

намику функциональных нарушений, оценить эффективность реабилитационных мероприятий, а также необходимость применения вспомогательных приспособлений. Шкала включает в себя пять степеней функциональной недостаточности после инсульта от отсутствия ограничений в повседневной активности (I степень) до необходимости в постоянном постороннем уходе (V степень).

Критериями включения в исследование являлись:

1) острые нарушения мозгового кровообращения с развитием инфаркта полушарной локализации в сроки от 3 до 21 суток от момента инсульта;

2) степень тяжести неврологических нарушений от 3 до 20 баллов по шкале инсульта NIH;

3) степень инвалидизации по шкале Рэнкина от 1 до 3 степени;

4) возраст от 21 года до 80 лет;

5) отсутствие тяжелой соматической патологии (онкологических заболеваний, острого инфаркта миокарда, декомпенсированной сердечной, легочной, почечной и печеночной недостаточности и деменции).

Патогенетический подтип инсульта устанавливался в соответствии с классификацией TOAST (Trial of Org 10172 in acute stroke treatment, 1993) и классификацией OCSP (Oxfordshire Community Stroke Project).

Больные в остром периоде ишемического инсульта по патогенетическому подтипу инсульта были разделены на три основные группы:

1) атеротромботический инсульт — 35 больных;

2) кардиогенный эмболический инсульт — 34 больных;

3) лакунарный инсульт — 31 больной.

Распределение пациентов на патогенетические группы производилось врачом-неврологом на основании клинических данных, методов нейровизуализации, ультразвуковой диагностики (дуплексное сканирование магистральных артерий головы, трансторакальная эхокардиография) и других инструментальных и лабораторных обследований (холтеровский мониторинг ЭКГ, суточный мониторинг АД, исследование гемостаза). Распределение больных по подтипу инсульта, полу и возрасту представлено в табл. 2 и 3.

Всем больным было проведено стоматологическое обследование. Кроме того, среди 118 пациентов и 38 человек среднего и младшего медицинского персонала, ухаживающих за больными и оказывающих помощь в их реабилитации, проводился опрос о сроках проведения гигиены полости рта после развития инсульта, а также о применяемых средствах.

Для выяснения информированности врачей-стоматологов и врачей-неврологов о необходимости и возможности оказания стоматологической помощи в остром периоде инсульта проведен опрос 18 врачей-неврологов, работающих в Московской области и 354 врачей-стоматологов, работающих в Москве, Санкт-Петербурге, Уфе и Петрозаводске. Анкетирование проводилось с помощью опросников, разработанные совместно с PhD, lecturerat Mykolas Romeris University, Julija Naujekaite, Sociology of Law Department of Lund University, Sweden, www.soclaw.lu.se/en/research/researchers (см. приложения 1–4*).

Всем пациентам определялся стоматологический статус с помощью основных и дополнительных методов обследования. Объективное обследование включало в себя:

— Внешний осмотр (состояние видимых кожных покровов и слизистых оболочек, красной каймы губ, регионарных лимфатических узлов).

Таблица 1. **Распределение больных по полу и возрасту**

Инфаркт мозга (118 больных)	
мужчины	женщины
62 больных	56 больных
Возраст (66 ± 11 лет)	

Таблица 2. **Распределение больных по подтипу инсульта и полу**

Подтип инсульта	М	Ж
Атеротромботический инсульт	16	19
Кардиогенный эмболический инсульт	18	16
Лакунарный инсульт	17	14

Таблица 3. **Распределение больных по полу и возрасту**

Возраст, годы	Всего	Мужчины	Женщины
21–30	4	1	3
31–40	12	7	7
41–50	19	13	6
51–60	26	12	14
61–70	24	12	10
71–80	15	6	9
Всего		**51**	**49**

— Осмотр полости рта и зубов при помощи стандартного набора стоматологических инструментов. Оценивались глубина преддверия полости рта, прикрепление уздечек верхней и нижней губы, языка, соотношение челюстей, слизистая оболочка губ, щек, твердого и мягкого неба, языка. Проводился осмотр зубных рядов и десневого края, заполнялась зубная формула, в которой фиксировалось количество зубов измененных кариесом, его осложнениями, а также удаленные зубы.

Гигиенический индекс эффективности гигиены полости рта (PHP) оценивался для количественной оценки зубного налета. Индекс был выбран из-за своей универсальности. Виды возможных областей окрашивания представлены на рис. 1.

Для количественной оценки зубного налета окрашивают шесть зубов: 1.6, 2.6, 1.1, 3.1 — вестибулярные поверхности; 3.6, 4.6 — язычные поверхности.

Коды и критерии оценки зубного налета:

0 — отсутствие окрашивания;

1 — выявлено окрашивание.

Индекс рассчитывается по следующей формуле:

$$PHP = \frac{\text{сумма кодов всех зубов}}{\text{количество обследованных зубов}}$$

Оценочные критерии:

Значение индекса	Уровень гигиены
0	отличный
0,1–0,6	хороший
0,7–1,6	удовлетворительный
1,7 и более	неудовлетворительный

На основании проведенного обследования из общего числа больных с ишемическим инсультом (118) были отобраны 100 пациентов для проведения

**Приложения, содержащие опросники для врачей, могут быть высланы по запросу на nryazancev@gmail.com*

стоматологической санации. Характеристика функционального состояния пациентов с ишемическим инсультом, в зависимости от подтипа инсульта, получаемой гипотензивной терапии, а также данных по шкале NIHSS и гемостатических показателей во время оказания стоматологической помощи, представлена в табл. 4.

Для оценки влияния стоматологического статуса на общее состояние пациента мы использовали индекс развития хронического орального сепсиса (РХОС) по критериям, предложенным Леусом П. А. (2000, 2001) [28, 29], которые включали в себя:

1) зубной налет (от 1 до 5 баллов);
2) наличие кариозных зубов (от 1 до 6 баллов);
3) хронический гингивит (от 2 до 7 баллов);
4) заболевания периодонта (от 4 до 9 баллов);
5) патологическую подвижность зубов (от 5 до 10 баллов);
6) вместо критерия «апикальный периодонтит», в связи со сложностью его определения (невозможностью рентгенодиагностики при проведении эпидемиологического обследования), использовали: зубы, подлежащие эндодонтическому лечению (1 5) или разрушенные и подлежащие удалению зубы (1 6).

Во время проведения стоматологических вмешательств проводился неинвазивный продолжительный мониторинг с помощью прикроватного монитора Biolight M69 (рис. 2), позволяющий регистрировать ЭКГ в трех грудных отведениях с фиксацией ЧСС и ритма сердца, измерять АД каждые три минуты и определять оксигенацию крови.

Стоматологическое лечение проводилось по разработанному ранее алгоритму [30]:

— перед проведением стоматологического лечения у больного НМК исследовали состояние свертывающей системы крови (фибриноген, международное нормализованное отношение, активированное частичное тромбопластиновое время);

— при сборе анамнеза уточнялись факторы риска: указание на повышение артериального давления (АД), ишемическую болезнь сердца, транзиторные ишемические атаки, сахарный диабет, гиперлипидемию, курение, старческий возраст, повторные НМК или инфаркт миокарда;

— выясняли особенности течения инсульта;

— прием пациентов с НМК начинали в утренние часы, избегая стрессовой ситуации [31, 32];

— пациента, особенно при нарушениях речи, сопровождал родственник или ухаживающий персонал;

— медицинская сестра помогала больному сесть в стоматологическое кресло;

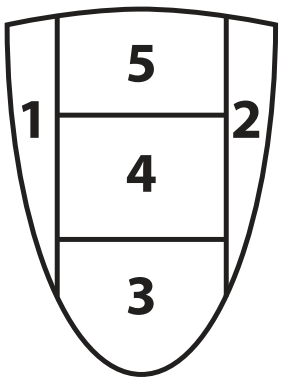

Рис. 1. **Виды окрашиваемых поверхностей зубов при оценке гигиенического индекса PHP:**
1 — медиальный;
2 — дистальный;
3 — срединно пришеечный;
4 — центральный;
5 — срединно окклюзионный

— осуществляли контроль положения головы пациента для обеспечения доступа воздуха;

— исключались резкие повороты головы в стороны и разгибание шеи, а также длительная фиксация головы в этих позах;

— врач-стоматолог во время сбора анамнеза был без маски, двигался медленно, поддерживая визуальный контакт с пациентом, задаваемые им вопросы были простыми и ясными для пациента, чтобы ответ на них был односложным: «да» или «нет»;

— с целью профилактики травмы мягких тканей лица у больных с гемигипалгезией лечение проводилось с особой осторожностью;

— во время проведения лечебных манипуляций осуществлялся мониторинг АД, частоты сердечных сокращений, ЭКГ;

— перед стоматологическим вмешательством проводили антибактериальную профилактику. В отсутствии

Рис. 2. **Прикроватный монитор Biolight M69**

Таблица 4. **Характеристика больных с различными подтипами инсульта**

Признак	Атеротромботический инсульт (n = 53)	Кардиогенный эмболический инсульт (n = 39)	Лакунарный инсульт (n = 8)
Систолическое АД при поступлении, мм рт. ст.	160 [150; 180]	170 [160; 200]	190 [165; 220]
Диастолическое АД при поступлении, мм рт. ст.	100 [80; 100]	100 [90; 100]	100 [90; 120]
Применение гипотензивной терапии, %	77	66	78
NIHSS на момент стоматологического лечения, баллы	6 [4; 10]	6 [4; 8]	3 [3; 4]
Показатели гемостаза на момент стоматологического лечения			
Фибриноген	3,7 ± 0,8	4,2 ± 1,2	4,2 ± 0,4
АЧТВ, сек	33,7 ± 3,3	32,7 ± 3,4	28,4 ± 2,0
МНО	1,2 ± 0,2	1,7 ± 0,3	0,9 ± 0,1

аллергии к пенициллину или ампициллину — «Амоксициллин» в дозе 2 г перорально за 30–60 мин. до вмешательства. Альтернативно — «Цефалексин» 2 г перорально. При наличии аллергии к пенициллину — «Клиндамицин» 600 мг, «Азитромицин» или «Кларитромицин» 500 мг. При невозможности перорального приема «Ампициллина» 2 г назначались «Цефазолин» или «Цефтриаксон» по 1 г внутримышечно; при аллергии на эти антибиотики — «Клиндамицин» 600 мг внутримышечно. Такой выбор антибактериальных препаратов связан с их безопасностью и активностью в отношении микрофлоры, проникающей в системный кровоток [33–35];

— выбор местного обезболивания осуществлялся в зависимости от степени травматичности и болезненности предстоящего вмешательства. Для проводниковой анестезии у нижнечелюстного отверстия применяли 3% раствор мепивакаина («Скандинибса)», для инфильтрационной и пародонтальных способов анестезии — 4% раствор артикаина с эпинефрином 1:200 000 («Артикаин Инибса»). Перед инъекцией анестетика слизистую оболочку полости рта обрабатывали аппликацией 5% раствора лидокаина в геле.

Продолжение статьи читайте в следующем номере

Поступила 06.03.2015

Координаты для связи с авторами:
127206, г. Москва, ул. Вучетича, д. 9а

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Суслина З. А., Пирадов М. А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 288 с.

Suslina Z. A., Piradov M. A. Insul't: diagnostika, lechenie, profilaktika. — M.: MEDpress-inform, 2008. — 288 c.

2. Mobdell M., Petersen P.E. et al. Global goals for oral health 2020 // Int. Dent. J. 2003. №53 (5). P. 258–288.

3. Pyysalo M. J. et al. The connection between ruptured cerebral aneurysms and odontogenic bacteria // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2013. №84 (11). P. 1214–1218.

4. Lopez R., Flavell S., Thomas C. A not very NICE case of endocarditis // BMJ Case Rep. 2013.

5. Johnston L., Vieira A. R. Caries experience and overall health status // Oral Health Prev. Dent. 2014. №12 (2). P. 163–170.

6. Goldstein L. B. et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association // Stroke. 2011. №42 (2). P. 517–684.

7. Furie K. L., Kasner S. E., Adams R. J. et al. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association // Stroke. 2011. №42 (1). P. 227–276.

8. Wahl M. J. Myths of dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy // J. Am. Dent. Assoc. 2000. №131 (1). P. 77–81.

9. Jeske A. H. ADA Council on scientific affairs and division of science. Lack of a scientific basis for routine discontinuation of oral anticoagulation therapy before dental treatment // J. Am. Dent. Assoc. 2003. №134 (11). P. 1492–1497.

10. Blinder D., Manor Y., Martinowitz U. et al. Dental extractions in patients maintained on continued oral anticoagulants // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1999. №88 (2). P. 137–140.

11. Seifert C. L., Sprenger T., M cke T. et al. Systemic thrombolysis in ischemic stroke after recent oral surgery and management of oral cavity bleeding // Ann. Emerg. Med. 2011. №57 (5). P. 517–519.

12. Brennan M., Wynn R. L., Miller C. S. Aspirin and bleeding in dentistry: an update and recommendations // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2007. №104 (3). P. 316–323.

13. Fatahzadeh M., Glick M. Stroke: epidemiology, classification, risk factors, complications, diagnosis, prevention, and medical and dental management // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 2006. №102. P. 180–191.

14. Little J. W. et al. Dental management of the medically compromised patient. 7th ed. — St. Louis (MO): Mosby, 2007.

15. Scully C. Medical problems in dentistry. 5th ed. — Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 2005.

16. Bricker S. L. et al. Oral diagnosis, oral medicine and treatment planning. 2nd ed. — Malvern (PA): Lea & Febiger, 1994.

17. Wolf P. A., D'Agostino R. B., Belanger A. J., Kannel W. B. Probability of stroke: a risk profile from the Framingham Study // Stroke. 1991. №22 (3). P. 312–318.

18. Sacco R. L., Foulkes M. A., Mohr J. P., Wolf P. A. et al. Determinants of early recurrence of cerebral infarction. The Stroke Data Bank // Stroke. 1989. №20 (8). P. 983–989.

19. Bravata D. M., Ho S. Y., Meehan T. P. et al. Readmission and death after hospitalization for acute ischemic stroke: 5-year follow-up in the medicare population // Stroke. 2007. №38 (6). P. 1899–1904.

20. Terpenning M. S., Taylor G. W., Lopatin D. E. et al. Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population // J. Am. Geriatr. Soc. 2001. №49 (5). P. 557–563.

21. Rose L. F., Mealey B., Minsk L., Cohen D. W. Oral care for patients with cardiovascular disease and stroke // J. Am. Dent. Assoc. 2002. №133. Suppl. 37–44.

22. Didilescu A. C., Skaug N., Marica C., Didilescu C. Respiratory pathogens in dental plaque of hospitalized patients with chronic lung diseases // Clin. Oral Investig. 2005. №9 (3). P. 141–147.

23. Yoneyama T., Yoshida M., Ohrui T. et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes // J. Am. Geriatr. Soc. 2002. №50 (3). P. 430–433.

24. Mori C., Hakuta C., Endo K. et al. The effects of professional oral health care on patients in the subacute stage of emergent neurosurgical disorders // Spec. Care Dentist. 2012. №32 (6). P. 259–264.

25. Berger A. Edelsberg J., Oster G. et al. Patterns of initial antibiotic therapy for community-acquired pneumonia in U.S. Hospitals, 2000 to 2009 // Am. J. Med Sci. 2014. №347 (5). P. 347–356.

26. Scannapieco F. A., Stewart E. M., Mylotte J. M. Colonization of dental plaque by respiratory pathogens in medical intensive care patients // Crit. Care Med. 1992. №20 (6). P. 740–745.

27. Kalil A. C., Klompas M., Haynatzki G., Rupp M. E. Treatment of hospital-acquired pneumonia with linezolid or vancomycin: a systematic review and meta-analysis // BMJ Open. 2013. №3 (10). e003912.

28. Леус П. А. Патогенетические взаимосвязи хронического орального сепсиса с общими заболеваниями // Стоматол. журн. 2000. №2. С. 25–30.

Leus P. A. Patogeneticheskie vzaimosvjazi hronicheskogo oral'nogo sepsisa s obshhimi zabolevanijami // Stomatol. zhurn. 2000. №2. S. 25–30.

29. Леус П. А. Метод определения степени риска хронического орального сепсиса // Стоматол. журн. 2001. №3. С. 12–15.

Leus P. A. Metod opredelenija stepeni riska hronicheskogo oral'nogo sepsisa // Stomatol. zhurn. 2001. №3. S. 12–15.

30. Максимова М. Ю., Рязанцев Н. А., Анисимова Е. Н. Подходы к оказанию стоматологической помощи больным с нарушениями мозгового кровообращения // Фарматека. 2013. №7. С. 47–51.

Maksimova M. Ju., Rjazancev N. A., Anisimova E. N. Podhody k okazaniju stomatologicheskoj pomoshhi bol'nym s narushenijami mozgovogo krovoobrashchenija // Farmateka. 2013. №7. S. 47–51.

31. Henry R. G., Smith B. J. Managing older patients who have neurological disease: Alzheimer disease and cerebrovascular accident // Dent. Clin. N. Am. 2009. №53 (2). P. 269–294.

32. Bodnar D. C., Varlan C. M., Varlan V. et al. Dental management in stroke patients // TMJ. 2008. №58 (3–4). P. 228–235.

33. Kelkar P. S., Li J. T. Cephalosporin allergy // N. Engl. J. Med. 2001. №345 (11). P. 804–809.

34. Guay D. R., Patterson D. R., Seipman N., Craft J. C. Overview of the tolerability profile of clarithromycin in preclinical and clinical trials // Drug Saf. 1993. №8 (5). P. 350–364.

35. Mazur N. Greenberger P. A., Regalado J. Clindamycin hypersensitivity appears to be rare // Ann. Allergy Asthma Immunol. 1999. №82 (5). P. 443–445.

36. Luders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients: current issues and options // Drugs. 2007. №67 (7). P. 955–963.

37. Рязанцев Н. А., Максимова М. Ю., Анисимова Е. Н. Состояние стоматологической помощи пациентам с нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу // Эндодонтия today. 2014. №3. P. 39–40.

Rjazancev N. A., Maksimova M. Ju., Anisimova E. N. Sostojanie stomatologicheskoj pomoshhi pacientam s narushenijami mozgovogo krovoobrashhenija po ishemicheskomu tipu // Endodontija today. 2014. №3. R. 39–40.