

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© СИМОНОВ К.А., СИЛИН А.П., ТРЕТЬЯКОВА М.А. -

СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ГЕМОФИЛИЕЙ

К.А. Симонов, А.П. Силин, М.А. Третьякова

(Кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н. Г.М. Орлова; иркутская областная клиническая больница, кафедра внутренних болезней № 2 с курсом профболезней и ВПТ ИГМУ, зав. - доц. С.К. Седов)

Резюме. Статья описывает характерную стоматологическую патологию у больных гемофилией и подходы к ее лечению; собственный опыт представлен в описании клинических случаев.

Ключевые слова. Гемофилия, стоматологическая помощь.

Гемофилия — заболевание из группы коагулопатий, которое проявляется кровоточивостью, весьма часто — из ротовой полости. Кровоточивость при гемофилии возникает ввиду замедленного свертывания крови, которое обусловлено врожденно сниженным содержанием плазменных факторов. Выделяют тяжелую форму заболевания (уровень фактора 0—1% от нормы), среднюю (2—5%), легкую (более 5%).

Заболевание гемофилией чаще всего начинается проявляться с детства по гематомному типу. Дебютная манифестация возможна с кровоточивости слизистой полосой рта (в 13%). Кровотечения из ротовой полости бывают вызваны травматизацией игрушками, прикусами слизистой, надрывами уздечек губ и языка. Прорезывание зубов может сопровождаться очень обильными десневыми кровотечениями. Серьезные — анемизирующие или угрожающие асфиксией — кровотечения наблюдаются как из мест повреждения слизистой оболочки, так и при удалении зубов, особенно III моляра. Источником многодневных кровотечений бывают не только зубные лунки, но и гематомы на месте инфильтрации тканей анестезирующими препаратами. Описаны субпериостальные кровотечения, которые могут привести к костной деструкции. По данным З.С.Баркагана (1988), кровотечения из слизистой полости рта отмечаются в 47,3% у больных гемофилией, при удалении зубов — в 38,2%. Характерным считается возникновение кровотечений не сразу после травмы, а спустя 1—5 часов. Упорству и длительности кровотечений способствует увлажненность слизистой и смывание сгустков слюной, трудность создания длительного покоя из-за дыхания и речи, жевания и глотания пищи.

Вышеизложенное делает понятной практическую значимость квалифицированной стоматологической помощи больным с гемофилией. У них отмечается высокая распространенность (от 61 до 100%) и интенсивность кариозного процесса. Показания к экстракции зубов возникают в 40—63% случаев; количество кариозных зубов у большинства больных от 6 до 12.

Высокая частота поражения кариесом у этой группы больных является, по-видимому, следствием как самого заболевания, так и ситуационно-деонтологических обстоятельств. С одной стороны, находятся признаки нарушения фосфорно-кальциевого обмена в твердых тканях зубов при гемофилии на фоне общей

декальцинации костей. С другой стороны, у больных гемофилией затруднена гигиена полости рта, сгустки крови способствуют развитию микрофлоры. Сами больные из-за боязни кровотечения неохотно обращаются к врачам-стоматологам, которые, в свою очередь, стараются избежать сколько-нибудь активных лечебных действий.

Лечение неосложненного кариеса у больных с гемофилией проводится по общепринятой методике, но манипуляции осуществляются с особенной аккуратностью. При формировании пломбы следует осторожно пользоваться сепарационными полосками, так как травма межзубного сосочка приводит часто к упорным кровотечениям. Использование слюноотсосов опасно.

Большие трудности возникают при лечении пульпита, поскольку имеется реальная опасность травматизации сосудов пульпы зуба. Лечение проводится под рентгенологическим контролем; метод ампутации и экстирпации пульпы под местным обезболиванием применять нежелательно. Предпочтение отдается методу девитализации пульпы с последующей ее ампутацией и экстирпацией. К мышьяковистой пасте добавляется гемостатическая губка. При этом действие мышьяковистой пасты замедляется, и депульпация зуба проводится на третьи-четвертые сутки. Кровотечение при депульпации останавливается турундами с 5% раствором эпислон-аминокапроновой кислоты.

Особого подхода требует экстракция зуба. Эта операция представляет значительную трудность для врача, а порою и опасность для жизни больного гемофилией. Больного необходимо госпитализировать в гематологическое отделение, поскольку должна быть обеспечена достаточная защита антигемофильными факторами. Обязательным прикрытием являются средние дозы криопреципитата (КПП) при гемофилии А или повышенные дозы свежезамороженной плазмы (СЗП) при гемофилии В. С этой целью за 20—30 минут до операции больным внутривенно вводят 30-50 ед/кг фактора VU1, IX - КПП или СЗП, совпадающие по группе крови, но не более 3-4 доз. Через 6 часов после операции повторно вводят препараты в тех же дозах. В послеоперационном периоде трансфузии проводят 1 раз в сутки в течение 3-х дней, затем через день до наступления эпителизации лунок. Считается, что адекватный гемостаз обеспечивается

уровнем недостающего фактора 8—10% от нормы. В течение всего периода лечения больные принимают эпислон-аминокапроновую кислоту внутрь (после еды) по 0,5—1,0 мл на 10 кг массы тела в сутки. Местно проводится тампонада тромбином.

Весьма важным является выбор метода обезболивания. Одни авторы удаляют зубы под внутривенным (сумбrevиновым) или эндотрахеальным наркозом. Последний несет в себе явную опасность ввиду высокого и малооправданного риска травматизации воздухоносных путей. Некоторые авторы осуществляют экстракции зубов под местным обезболиванием. З.С.Баркаган (1988) считает методом выбора кратковременный внутривенный наркоз. Нам кажется, что в каждом случае выбор анестезии должен быть индивидуальным в пользу либо местного обезболивания, либо внутривенного.

Нет единства мнений и о количестве одномоментно удаляемых зубов, если есть показания к удалению нескольких зубов. Большинство авторов (2,5,7) склоняются к желательности удаления до 4-х рядом стоящих зубов. По нашим наблюдениям, с этим можно согласиться.

В гематологическое отделение Иркутской областной клинической больницы за последние годы с целью практической стоматологической помощи госпитализировались 10 человек, некоторые — повторно. Приводим описание трех клинических случаев.

Больной III., 43 года, с диагнозом: Гемофилия А, средней степени тяжести. Хронический периодонтит [7 зуба. Перед операцией в течение 2-х дней больному введено 5 доз КПП, после чего произведена экстракция зуба. Лунка закрыта гемостатической губкой, кро-

вотечения из лунки нет. На следующий день возникло скудное кровотечение из лунки удаленного зуба. В течение дня введено 5 доз КПП, кровотечение прекратилось и далее не возобновлялось. Через 3 дня больной выписан.

Больной К., 46 лет, диагноз: Гемофилия А; хронический периодонтит [7 зуба. Перед экстракцией зуба больному введено 500 мл свежзамороженной плазмы (СЗП). Лунка закрыта гемостатической губкой. Ввиду отсутствия антигемофильных препаратов больному было введено в последующем только 350 мл СЗП. Через неделю из лунки удаленного зуба возникло необильное кровотечение. После введения 300 мл СЗП кровотечение прекратилось. Спустя неделю больной был выписан.

Больной М., 37 лет, диагноз: Гемофилия С; хронический периодонтит [7 зуба, госпитализирован для плановой экстракции его. С целью подготовки к операции введено по 200 мл СЗП в течение 3-х дней накануне и в день экстракции зуба. Послеоперационная лунка закрыта гемостатической губкой. На другой день возникло необильное кровотечение из лунки. После введения 200 мл СЗП кровотечение прекратилось, но возобновилось вновь через день. Для усиления общего гемостаза вводилось по 200 мл СЗП, с кратковременным эффектом. Лишь усиление гемозаместительной терапии кровотечение прекратилось и больше не возобновлялось. Профилактически вводилось ещё 150 мл СЗП; на 12-й день после операции больной был выписан.

Приведенные наблюдения указывают на важность адекватной заместительной терапии недостающими факторами свертывания у больных с гемофилией.

STOMATOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH HEMOPHYLIA

K.A. Simonov, A.P. Silin, M.A. Tretjakova

(Irkutsk regional hospital, The Department of Internal of ISMU)

The paper describes the common stomatologic pathology in patients with hemophilia and the approaches to its treatment; our own experience is presented in the description of clinical cases.