

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

**Р.Н. СУПРУНОВСКИЙ, А.В. КРАВЧЕНКО,  
Д.В. КРАВЧЕНКО, Г.Д. ПАНАСЮК**

Практическое пособие для врачей

**ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ**



Гомель, ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018

УДК 616.31.-08:616.15(075.8)

***Составители:***

Р.Н. Супруновский, врач-стоматолог-терапевт ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

А.В. Кравченко, врач-стоматолог-ортопед (заведующий) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Д.В. Кравченко, врач-гематолог, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Г.Д. Панасюк, к.м.н., ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

***Рецензенты:***

В.А. Бурим, главный врач Гомельской областной стоматологической поликлиники

В.В. Жогло, главный врач Гомельской центральной городской стоматологической поликлиники

И.П. Ромашевская, к.м.н., ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Р.Н. Супруновский, Особенности стоматологической помощи гематологическим пациентам / Р.Н. Супруновский, А.В. Кравченко, Д.В. Кравченко, Г.Д. Панасюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018. – 27 с.

В пособии изложены вопросы стоматологической помощи при онкогематологических заболеваниях, особенности клиники и лечения. Пособие предназначено для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, пародонтологов, врачей-гематологов, клинических ординаторов и интернов по вышеуказанным специальностям, а также студентов старших курсов.

Рекомендовано Ученым советом ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» в качестве практического пособия для врачей от 5.12.2018г., протокол № 12.

УДК 616.31.-08:616.15(075.8)

©Составители: Супруновский Р.Н.,  
Кравченко А.В., Кравченко Д.В., Панасюк Г.Д.  
© ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2018

## Содержание

Перечень условных обозначений.....	4
Введение.....	5
1. Особенности стоматологической помощи при онкогематологических заболеваниях.....	7
1.1. Острый лейкоз.....	7
1.2. Хронический лейкоз.....	11
1.3. Множественная миелома .....	13
2. Показатели анализа крови для проведения стоматологических манипуляций при лейкозах.....	13
3. Особенности стоматологической помощи при других гематологических заболеваниях .....	14
3.1. Агранулоцитоз.....	14
3.2. Тромбоцитопения.....	22
3.3. Анемии.....	16
3.4. Гемофилия .....	18
3.5. Болезнь Виллебранда.....	22
4. Заключение.....	24
Литература .....	26

## ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

БВ	—	болезнь Виллебранда
ИТП	—	идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
КФСК	—	колониестимулирующий фактор
МСН	—	среднее содержание гемоглобина в эритроците
МСV	—	средний объем эритроцита

Учитывая специфические нарушения у пациентов с заболеваниями крови, при организации стоматологической помощи необходимо учитывать ряд местных и общих правил. Практически у всех гематологических пациентов обнаруживаются существенные нарушения иммунного статуса и системы гемостаза. Патологические изменения *в полости рта* являются частым синдромом при различных гематологических заболеваниях.

Инфекционные осложнения являются следствием нарушений иммунного статуса и неспецифической защитной реактивности, наблюдающиеся в патогенезе большинства гематологических заболеваний. Инфекционно-воспалительные процессы могут отягощать течение основного заболевания и даже явиться источником генерализованной инфекции и причиной летального исхода. Учитывая тяжесть выявляемой патологии, необходима разработка специальных подходов к лечению пациентов указанного профиля. В значительной степени этому должно способствовать совершенствование организации стоматологической помощи. К пациентам с заболеваниями крови должен быть применен особый подход и созданы соответствующие условия для их реабилитации.

Болезни крови и органов кроветворения часто сопровождаются изменениями слизистой оболочки полости рта, которые появляются раньше, чем клинические признаки основного заболевания. Это заставляет пациентов первоначально обращаться за помощью к стоматологу. Стоматолог нередко первый сталкивается с такими пациентами, поэтому он должен хорошо ориентироваться в первичных проявлениях патологии *полости рта* при гематологических заболеваниях. Это позволит своевременно диагностировать гематологическое заболевание и проводить его лечение.

Стоматолог должен знать объем необходимых и допустимых вмешательств при лечении пациентов с уже диагностированными заболеваниями системы крови. Необоснованные и неосмотрительные стоматологические вмешательства (проведение кюретажа и т.д.) могут привести к профузному кровотечению из лунки удаленного зуба, а также к

прогрессированию некротических процессов *в полости рта* и даже летальному исходу.

Очень важными являются психологические и деонтологические аспекты первого контакта стоматолога с гематологическими пациентами. Нужно уметь осторожно и убедительно объяснить пациентам необходимость проведения некоторых специальных методов обследования или консультации гематолога в связи со специфической картиной поражения слизистой оболочки полости рта. При общении с пациентами очень важно не испугать их и не нанести психологической травмы, поскольку страх перед злокачественным новообразованием (острым и хроническим лейкозом) – естественное состояние большинства людей.

Лечение пациентов с заболеваниями кроветворной системы связано с использованием специальных средств и методов. Как правило, оно проводится в специализированных учреждениях. Объем стоматологических лечебных манипуляций определяется тяжестью и стадией клинического течения основного заболевания и проводится стоматологом по показаниям в условиях стоматологического или специализированного гематологического отделения.

## **1. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

# ПРИ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

## 1.1. Острый лейкоз

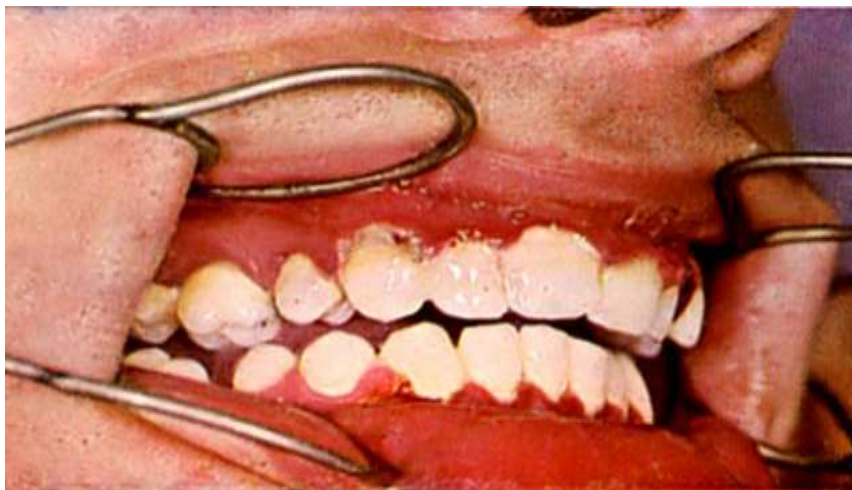
Данное заболевание проявляется увеличением количества бластных клеток в костном мозге, селезенке, лимфатических узлах и других органах и тканях. В зависимости от морфологических, цитохимических и иммунофенотипических особенностей бластных клеток выделяют следующие виды острого лейкоза: миелобластный и лимфобластный.

В диагностике острого лейкоза важная роль принадлежит общим симптомам (общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, бледность кожных покровов). Температура тела может быть высокая с большими перепадами, но иногда бывает и субфебрильной. В крови могут присутствовать бластные клетки, количество тромбоцитов и эритроцитов (гемоглобина) часто снижено. Большое значение в распознавании острого лейкоза имеют симптомы со стороны полости рта. Поражение слизистой оболочки рта наблюдается у большинства пациентов с острым лейкозом. Вследствие резкого снижения защитных сил организма у данных пациентов иногда развивается кандидоз, проявляется герпетическая инфекция *в полости рта*. При осмотре отмечают бледность, пастозность, легкую ранимость и кровоточивость слизистой оболочки рта, кровоизлияния на деснах, щеках (особенно по линии смыкания зубов), небе, языке. Гематомы и геморрагии могут наблюдаться как на слизистой оболочке, так и на коже лица.

*Кровоточивость десен* очень часто является первым клиническим признаком острого лейкоза. Десны при этом становятся рыхлыми, кровоточат, изъязвляются. Кровоточивость возникает при малейшем контакте со слизистой рта, а иногда и спонтанно. Может наблюдаться кровоточивость не только из десен, но и из языка, щек по линии смыкания зубов и других участков слизистой оболочки рта. Иногда обнаруживаются обширные геморрагии и гематомы слизистой оболочки рта. Клинические проявления геморрагического синдрома могут быть различными: от мелкоточечных геморрагий на слизистой

оболочке рта и коже до обширных гематом и профузных кровотечений. Геморрагический синдром выявляется у более, чем половины пациентов с острым лейкозом, и в основе его лежит резко выраженная тромбоцитопения, развивающаяся в результате угнетения нормального кроветворения вследствие лейкозной инфильтрации костного мозга, а также причиной могут быть нарушения вторичного гемостаза (коагулопатия).

Дифференцировать геморрагический синдром при остром лейкозе следует с гиповитаминозом С, травматическими повреждениями (особенно на слизистой оболочке щек по линии смыкания зубов). Окончательный диагноз устанавливается на основании клинической картины заболевания, общего анализа крови и исследования пунктата костного мозга.



**Рисунок 1. – Острый лейкоз**

Язвенно-некротический гингивит с гиперплазией и кровоточивостью десен. *Гиперплазия десен* также является частым симптомом острого лейкоза, особенно при тяжелом его течении и расценивается как неблагоприятный прогностический признак. Гиперплазия и инфильтрация десен лейкозными клетками бывает столь значительной, что коронки зубов почти полностью закрываются рыхлым, кровоточащим, местами изъязвленным валом, мешающим пациенту есть и разговаривать. Характерно, что в значительной части случаев уже в самом начале заболевания гиперплазия более выражена на внутренней (небной или язычной) поверхности, чем на щечной. Этот



клинический симптом иногда помогает дифференцировать гиперплазию десен при остром лейкозе от банального гипертрофического гингивита. Согласно гистологическим данным, гиперплазия десен вызывается инфильтрацией соединительнотканного слоя слизистой оболочки миелоидными клетками, что приводит к нарушению трофики с последующим некрозом тканей и образованием язв.

*Язвенно-некротические поражения слизистой оболочки рта* часто развиваются при остром лейкозе. Характерно, что некрозу подвергается верхушка десневого сосочка. Вокруг очага некроза десна имеет синюшный цвет, в то время как вся слизистая оболочка бледная, анемичная (рисунок 2).



**Рисунок 2. – Язвенно-некротический гингивит**

Некроз быстро распространяется и вскоре вокруг зуба образуется язва с грязно-серым зловонным налетом. Нередко некроз выявляется на миндалинах, в ретромолярной области и других отделах полости рта. Особенностью некротического процесса при остром лейкозе является его склонность к распространению на соседние участки слизистой оболочки. В результате могут возникать обширные язвы с неправильными контурами, покрытые серым некротическим налетом. Реактивные изменения вокруг язвы отсутствуют или выражены слабо. При наличии некротических изменений *в полости рта* пациенты жалуются на резкую болезненность в случае приема пищи, затрудненность глотания, гнилостный зловонный запах изо рта, общую слабость, головокружение, головную боль. В начале развития язвенно-

некротических изменений может отмечаться гиперсаливация, а затем количество слюны уменьшается, что связывают с дистрофическими процессами в слюнных железах.

Причины некротических процессов на слизистой оболочке рта при остром лейкозе окончательно не выяснены. Считают, что некроз может возникать в результате распада лейкоэмических инфильтратов, на участках обширных кровоизлияний, а также вследствие нервно-трофических расстройств в тканях и нарушения защитных сил организма. Важным моментом, обуславливающим возникновение некроза, является действие внешних факторов, особенно микроорганизмов. В результате образования инфильтратов в десне происходит резкая деформация десневого края. Такое состояние нередко диагностируют как гипертрофический гингивит. Лейкоэмические инфильтраты могут изъязвляться, что нередко приводит к кровотечениям.

Дифференцировать проявления острого лейкоза на слизистой оболочке следует от гипертрофического гингивита другой этиологии, язвенно-некротического стоматита Венсана, гиповитаминоза С, интоксикации солями тяжелых металлов.

Решающим в диагностике лейкозов являются результаты исследования анализа крови и костного мозга.

Вышеизложенные проявления могут наблюдаться у пациентов с острым лейкозом и в процессе лечения после курсов специфической химиотерапии ввиду ее цитотоксического действия на все клетки крови и слизистые оболочки.

Задача врача-стоматолога заключается в проявлении онкологической настороженности по клинической симптоматике **в полости рта**.

*Лечение* острого лейкоза проводят в условиях специализированного гематологического отделения. Местное лечение проводят по согласованию с врачом-гематологом исходя из показателей анализа крови в настоящий момент. Очень важным является соблюдение индивидуальной гигиены полости рта. Лечение и удаление зубов, снятие зубного камня проводят совместно с врачом-гематологом в условиях стационара. При наличии язвенно-некротических

поражений слизистой оболочки рта проводят ее обезболивание, обрабатывают растворами антисептиков (перекись водорода, хлоргексидин, р-р метиленовый синий, мирамистин, спрей для полости рта president exclusive, ополаскиватель president profi и др.), протеолитическими ферментами и средствами, стимулирующими эпителизацию (масло шиповника, облепихи, препараты прополиса, масляный раствор витаминов А, Е и др.). При выявлении бактериальных, грибковых или герпетических поражений слизистой оболочки рта проводят общепринятую антибактериальную (в каждом конкретном случае должна назначаться с учетом состава патогенной микрофлоры), противогрибковую или противовирусную терапию. Одним из методов коррекции микрофлоры полости рта должно быть использование в комплексном лечении эубиотиков (ацилакт, бифиформ, бифидумбактерин, лактобактерин), пробиотиков (бактисубтил, биоспорин, энтерол), пребиотиков (нормаза, хилак форте и др.).

## **1.2. Хронический лейкоз**

Выделяют два ключевых вида хронического лейкоза: миелоцитарный лейкоз и лимфоцитарный лейкоз.

При **хроническом миелолейкозе** выделяют три фазы: хроническую, акселерации и бластного криза (терминальную). Первая стадия чаще начинается без выраженных клинических симптомов, затем появляется нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом до промиелоцитов и единичных бластных клеток, выявляется спленомегалия. Во второй и третьей стадиях увеличивается количество бластных клеток, прогрессирует спленомегалия. По мере прогрессирования лейкоза развиваются анемия, тромбоцитопения, сопровождающаяся гемorragиями. Хронический миелолейкоз длительное время протекает бессимптомно и может быть случайно диагностирован при проведении клинического анализа крови. Картина крови характеризуется высоким лейкоцитозом ( $50-60 \cdot 10^9/\text{л}$ ). В мазке крови обнаруживаются

различные промежуточные формы миелоидного ряда: бласты, промиелоциты, миелоциты.

*Геморрагические проявления* характерны для хронического миелолейкоза, хотя их интенсивность гораздо меньше, чем при остром лейкозе. Кровоточивость десен возникает не спонтанно, а при травмировании. Слизистая оболочка рта бледная. Десны отекающие, синюшные, кровоточат при малейшем контакте, воспаление чаще отсутствует.

*Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта.* Появление тяжелых некротических поражений рассматривают как неблагоприятный признак, указывающий на обострение процесса. В тяжелую стадию заболевания нередко часто развивается кандидоз.

**Хронический лимфолейкоз** развивается обычно у лиц среднего и пожилого возраста, характеризуется длительным доброкачественным течением и значительным увеличением количества лейкоцитов в крови (среди них преобладают лимфоциты). Начальный период хронического лимфолейкоза часто протекает незаметно для пациентов, единственной жалобой может быть увеличение лимфатических узлов (при пальпации они не очень плотные, подвижные, безболезненные). **В полости рта** иногда могут возникать лейкозные лимфоцитарные инфильтраты или опухолевидные узлы. Они чаще расположены на слизистой оболочке десен, щек, языке, небных дужках, миндалинах. Образующиеся инфильтраты (узлы или узелки) имеют мягкую (тестообразную) консистенцию, синюшной окраски, подвижны, возвышаются над уровнем слизистой оболочки. Изъязвление наблюдается редко. Кровоточивость возникает при незначительном травмировании. Лейкозные лимфоцитарные инфильтраты также локализуются в костном мозге, лимфатических узлах, селезенке, печени.

*Лечение.* Общее лечение проводится амбулаторно или стационарно врачом-гематологом. Местное лечение проводится так же, как при остром лейкозе.

### 1.3. Множественная миелома

Это злокачественное заболевание, характеризующееся инфильтрацией костного мозга плазматическими клетками, наличием моноклонального иммуноглобулина в сыворотке и/или в моче и остеолитическими поражениями костей.

Поражения слизистой полости рта схожи, как и у пациентов с хроническим миело- и лимфолейкозом. Лечение миеломы проводят в условиях специализированного гематологического отделения. Местное лечение аналогично вышеописанному, в зависимости от характера поражения слизистой.

## **2. Показатели анализов крови для проведения стоматологических манипуляций при лейкозах**

Пациентам с онкогематологическими заболеваниями анестезия не противопоказана при отсутствии данных анамнеза об аллергических реакциях на местные анестетики.

При инвазивных стоматологических манипуляциях, таких как: установка коффердама, матрицы, лечение каналов, замена коронок, снятие зубного камня, и др., врачу-стоматологу необходимо ознакомиться с результатом общего анализа крови пациента. При таких вмешательствах рекомендуется наличие у пациентов уровня лейкоцитов не менее  $2 \cdot 10^9/\text{л}$  с целью снижения риска инфекционных осложнений. А при возможности повременить с данными вмешательствами рекомендуется уровень более  $3-4 \cdot 10^9/\text{л}$ . Важна оценка уровня тромбоцитов, так как любое инвазивное стоматологическое вмешательство при значительном их снижении опасно развитием кровотечения из ротовой полости. Для вышеуказанных манипуляций рекомендуется наличие у пациентов с лейкозом уровня тромбоцитов крови не ниже  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ .

При выполнении хирургических стоматологических вмешательств (удаление зубов, иссечение десны, вскрытие периостальных абсцессов) рекомендуется наличие у пациента более высоких уровней тромбоцитов (более  $80-100 \cdot 10^9/\text{л}$ ), однако при экстренных ситуациях и невозможности отложить

данные манипуляции, возможно, их выполнение на уровне тромбоцитов хотя бы более  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ .

При невозможности повышения уровня тромбоцитов естественным путем возможно проведение трансфузии тромбоконцентрата в день перед оперативным вмешательством и на следующий день после его (желательный уровень тромбоцитов не менее  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

При уровне тромбоцитов у пациентов с лейкозами более  $100 \cdot 10^9/\text{л}$  возможно проведение любых стоматологических манипуляций. Однако окончательное решение принимает сам врач-стоматолог, оценивая все риски предстоящего оперативного вмешательства.

Перед стоматологическими манипуляциями у пациентов в период разгара острого лейкоза и в ближайшие 2-3 недели после химиотерапии рекомендуется оценить показатели коагулограммы, а также результат общего анализа крови. При изменении каких-либо показателей необходима предварительная консультация врача-гематолога.

При отсутствии активности опухолевого процесса при любом лейкозе, нормальных результатах показателей анализов крови возможно выполнение любых стоматологических манипуляций, как у любых других пациентов. Однако необходимо более тщательное наблюдение за такими пациентами, ввиду снижения их общего иммунного статуса и реактивности организма.

### **3. ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДРУГИХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

#### **3.1. Агранулоцитоз**

Заболевание или синдром, характеризующиеся уменьшением количества или полным исчезновением из периферической крови гранулоцитов (зернистых лейкоцитов). По механизму возникновения различают миелотоксический и иммунный агранулоцитоз. Причиной возникновения миелотоксического

агранулоцитоза является нарушение образования гранулоцитов в костном мозге в результате воздействия на организм цитотоксических препаратов, паров бензола и др. Иммунный агранулоцитоз наблюдается при разрушении гранулоцитов в крови иммунными комплексами, образующимися у людей с повышенной чувствительностью к некоторым лекарственным препаратам (амидопирину, бутадйону, анальгину, фенацетину, сульфаниламидам, некоторым антибиотикам и др.).

Агранулоцитоз часто начинается с проявления изменений *в полости рта*, что заставляет пациентов обращаться в начале заболевания к стоматологу. На фоне ухудшения общего состояния пациентов (повышение температуры тела, вялость, головная боль, боль при глотании, запах изо рта) на слизистой оболочке рта развиваются язвенно-некротические процессы, имеющие тенденцию к быстрому распространению. Разрушение слизистой оболочки рта протекает без выраженной лейкоцитарной реакции окружающих тканей и незначительной болезненностью. Возникают легко кровоточащие зловонные язвы. Иногда в язвенно-некротический процесс вовлекается и костная ткань челюсти. Чаще поражаются десна, губы, язык, щеки, миндалины. В случае поражения миндалин появляется боль при глотании. В лейкоцитарной формуле резко снижено число гранулоцитов или они полностью отсутствуют, обнаруживаются только лимфоциты и моноциты.



Рисунок 3. – Агранулоцитоз

Диагноз ставится на основании анамнеза, клинической картины, результатов исследования периферической крови и пунктата костного мозга.

*Лечение.* Общее лечение проводят под наблюдением терапевта, гематолога или иммунолога. При наличии агранулоцитоза и изменений на слизистой полости рта в большинстве случаев рассматривается вопрос о назначении системных антибактериальных и/или противогрибковых препаратов.

Местное лечение включает применение обезболивающих средств, аппликации протеолитических ферментов на некротизированные участки слизистой оболочки рта, антисептическую обработку, использование препаратов, стимулирующих эпителизацию.

### **3.2. Тромбоцитопения**

Заболевание или синдром, характеризующиеся повышенной кровоточивостью вследствие уменьшения в крови количества тромбоцитов. Тромбоцитопения может быть самостоятельным заболеванием – идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа), а также развиваться вследствие других заболеваний (злокачественных новообразований, лучевой болезни, гепатита, инфекционных болезней, медикаментозных интоксикаций и др.) – вторичная тромбоцитопения.

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) может протекать в персистирующей или хронической форме. Основным клиническим симптомом заболевания являются кровоизлияния (петехии) в кожу, слизистые оболочки, а также кровотечения из носа, десен и др., возникающие спонтанно или под влиянием незначительной травмы. Наблюдаются кровоизлияния в серозные оболочки, сетчатку и другие отделы глаза. Опасными для жизни являются кровоизлияния в головной мозг, желудочно-кишечные кровотечения. У пациентов, как правило, отмечается выраженная тромбоцитопения (до  $20 \cdot 10^9/\text{л}$  и менее), вследствие чего нарушается ретракция кровяного сгустка и



удлиняется время кровотечения до 10 минут и более (в норме 3-4 минуты). В результате массивных кровотечений может развиваться железодефицитная анемия.



**Рисунок 4. – Тромбоцитопения**

Диагноз ИТП устанавливают на основании данных анамнеза (выявление контакта с различными химическими веществами, бесконтрольный прием анальгетиков, снотворных препаратов и др.), клинической картины и анализа крови.

Дифференцируют заболевание с геморрагическим синдромом при гемофилии, геморрагическом васкулите, вторичной тромбоцитопении.

*Лечение.* Общее лечение (глюкокортикостероиды) проводит врач-гематолог в условиях стационара. Стоматологические вмешательства следует проводить с особой осторожностью после консультации с гематологом.

Важна оценка уровня тромбоцитов, так как любое инвазивное стоматологическое вмешательство при значительном их снижении опасно развитием кровотечения из ротовой полости. Для большинства манипуляций рекомендуется наличие у пациента уровня тромбоцитов крови не ниже  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ .

В профилактических целях пациентам с тромбоцитопенией возможно введение этамзилата (дицинона) внутривенно или внутримышечно за 30 минут до операции (удаление зуба) в дозе 2-4 мл или дают внутрь 2 таблетки (по 0,25 г) за 2 часа до операции. При опасности послеоперационного кровотечения

вводят профилактически от 4 до 8 мл в сутки или дают 6 таблеток (по 2 таблетки 3 раза) в сутки (равномерно в течение суток).

Местный гемостаз осуществляют путем тампонады лунки удаленного зуба тампоном, смоченным аминокaproновой кислотой или этамзилатом.

В связи с высоким риском развития кровотечений при хирургических вмешательствах у данной группы пациентов плановые стоматологические манипуляции проводятся после предварительной подготовки пациента в условиях гематологического стационара (гематологического отделения многопрофильной больницы). При экстренном обращении такого пациента за стоматологической помощью в ночное время (острая боль, ранние или поздние осложнения после удаления зуба) пациент направляется в стационар челюстно-лицевой хирургии (экстренной стоматологии), где после предварительной консультации терапевтом или гематологом, оценки результата общего анализа крови (уровень тромбоцитов визуальным способом) проводится требуемое вмешательство с соблюдением принципов щадящей хирургии и тщательного гемостаза (использование местных гемостатических препаратов таких как колларгол, аминокaproновая кислота, этамзилат, гемостатическая губка и др., а также ушивание раны).

При наличии геморрагического синдрома (кровоточивость, кровотечение, петехии или экхимозы на коже) при уровнях тромбоцитов менее  $20-30 \cdot 10^9/\text{л}$  возможно проведение трансфузии тромбоконцентрата в день перед оперативным вмешательством и на следующий день после его (желательный уровень тромбоцитов не менее  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

### **3.3. Анемии**

Это группа разнообразных патологических состояний, характеризующихся уменьшением содержания гемоглобина и/или количества эритроцитов в единице объема крови. Анемии бывают наследственные и приобретенные. Согласно современной классификации, анемии могут

развиваться вследствие кровопотерь (постгеморрагические), усиленного разрушения эритроцитов (гемолитические) и вследствие нарушения образования эритроцитов.

Некоторые формы анемий наряду с общими проявлениями характеризуются типичной симптоматикой *в полости рта*. Это прежде всего анемии, развивающиеся вследствие нарушения образования эритроцитов – дефицитные анемии, связанные с недостаточностью таких факторов кроветворения, как железо (железодефицитные анемии), а также витамин В<sub>12</sub> и фолиевая кислота (мегалобластные анемии).

*Анемия железодефицитная.* Причины возникновения заболевания связаны с недостаточным поступлением железа в организм или его повышенным расходом (в период роста, беременности, лактации, при повышенном потоотделении), а также с эндогенными нарушениями, приводящими к недостаточному усвоению железа (при резекции желудка, кишечника, ахилическом гастрите, гастроэнтерите, хроническом колите, эндокринных нарушениях и др.). Общее состояние пациентов характеризуется бледностью кожных покровов, слабостью, головокружением, одышкой при физической нагрузке, шумом в ушах, холодным липким потом, повышенной склонностью к обморочным состояниям.

Наряду с общими симптомами отмечаются и изменения *в полости рта*, которые имеют определенную диагностическую ценность. Так, парестезии и нарушения вкуса могут появляться задолго до развития явной анемии. При осмотре слизистая оболочка рта бледная, атрофичная, недостаточно увлажнена. Пациентов беспокоят сухость во рту, затруднение при глотании пищи, жжение и боли в языке, губах, усиливающиеся во время еды, извращение вкуса (сидеропенический синдром). Пациенты употребляют в пищу мел, зубной порошок, сырую крупу. Часто появляются трещины в углах рта и на губах (особенно у пациентов с анацидным гастритом и после резекции желудка). Спинка языка гиперемированная, блестящая. Сосочки языка атрофичны. Язык очень чувствителен ко всем механическим и химическим раздражителям.

Возникает болезненность при приеме пряной, кислой, горячей пищи. Отмечается некоторая отечность языка, что определяется по отпечаткам зубов на его боковых поверхностях. У ряда пациентов наблюдается потеря естественного блеска эмали, повышенная стираемость зубов.

Диагноз ставится на основании данных анамнеза, клинических проявлений, но решающим моментом является картина крови. Она характеризуется гипохромной анемией – снижением содержания гемоглобина и низким цветным показателем, МСН, микроанизоцитозом (уменьшение MCV), а также снижением содержания железа и ферритина в сыворотке крови.

*Лечение.* Общее направлено на устранение причин, вызвавших анемию, и ликвидацию дефицита железа. Назначают внутрь препараты железа ( $\text{Fe}^{2+}$ ). Рекомендуют рациональное питание.

Местное лечение направлено, прежде всего, на устранение травмирующих факторов. Проводят санацию полости рта. По показаниям назначают симптоматическую терапию, направленную на ликвидацию трещин красной каймы губ, нормализацию саливации, устранение жжения, парестезий и прочие.

*Анемия  $\text{B}_{12}$  – дефицитная и/или фолиеводефицитная* характеризуется нарушением эритропоэза ввиду дефицита витамина  $\text{B}_{12}$  и/или фолиевой кислоты, которые являются необходимыми факторами нормального гемопоэза. Дефицит витамина  $\text{B}_{12}$  нарушает процесс созревания эритробластов в костном мозге, в результате чего образуются незрелые клетки – мегалобласты, мегалоциты, которые быстро гибнут. Причинами дефицита витамина  $\text{B}_{12}$  могут быть атрофические процессы в слизистой оболочке желудка, резекция желудка, воспалительные заболевания кишечника или резекция его определенных участков, недостаточность витамина  $\text{B}_{12}$  в пищевых продуктах. Фолиеводефицитные анемии возникают при нарушении всасывания фолиевой кислоты (у пациентов с алкоголизмом, спру и др.), при недостаточном поступлении фолиевой кислоты с пищей, при назначении некоторых противосудорожных препаратов, а также у беременных. Внешний вид

пациентов характерен: бледное лицо, кожа с желтоватым оттенком, тонкая, атрофичная, волосы рано седеют. Страдает общее состояние, развиваются слабость, повышенная утомляемость. Клиническая картина характеризуется поражением кроветворной ткани, нервной и пищеварительной систем.

Жалобы пациентов на боль и жжение кончика или краев языка, парестезии, в большинстве случаев являются первыми, опережая дальнейшее развитие симптомов анемии. При осмотре *полости рта* выявляется бледная, атрофичная с желтушным оттенком слизистая оболочка, иногда наблюдаются точечные кровоизлияния на щеках, кровоточивость десен. Характерными являются изменения языка: он становится гладким, блестящим, полированным вследствие атрофии сосочков, истончения эпителия и атрофии мышц. На языке могут появиться ярко-красные пятна, при слиянии которых весь язык становится ярко-красным (глоссит гюнтеровский, Гентера-Меллера). Он резко контрастирует с бледной слизистой оболочкой в остальных отделах полости рта.



**Рисунок 5 – Гюнтеровский глоссит**

Диагноз ставят на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания и результатов анализа крови. В крови наблюдается гиперхромная анемия – высокий цветной показатель(1,1-1,3), МСН; эритроциты имеют большие размеры (увеличение MCV). Встречаются эритроциты с остатками

ядер и гигантские гиперсегментированные нейтрофилы. При исследовании пунктата костного мозга (что необходимо в данном случае для дифференциальной диагностики с онкогематологическими заболеваниями) выявляются в большом количестве мегалобласты.

*Лечение.* Назначают витамин В<sub>12</sub> внутривенно или внутримышечно и фолиевую кислоту внутрь. В тяжелых случаях введение витаминов сочетают с переливаниями крови и эритроцитной массы. Проводится санация полости рта, по показаниям назначают средства для местного обезболивания слизистой оболочки рта (2% раствор тримекаина, 1-2% раствор пиромекаина и др.). Изменения *в полости рта* быстро проходят после общего лечения.

### 3.4. Гемофилия

Существует два вида гемофилии: гемофилия А и гемофилия В.

Гемофилия А – наследственная геморрагическая коагулопатия, обусловленная генетически детерминированным дефицитом фактора VIII свертывания крови.

Гемофилия В – наследственная геморрагическая коагулопатия, обусловленная генетически детерминированным дефицитом фактора IX свертывания крови.

Главная опасность любого хирургического вмешательства у данной группы пациентов – высокий риск развития кровотечений как во время операции, так в раннем и позднем послеоперационном периоде. В связи с этим стоматологические манипуляции проводятся после предварительной подготовки пациентов в условиях гематологического стационара (гематологического отделения многопрофильной больницы). При экстренном обращении пациентов за стоматологической помощью в ночное время (острая боль, ранние или поздние осложнения после удаления зуба) пациенты направляются в стационар челюстно-лицевой хирургии, где после предварительной консультации терапевтом или гематологом проводится

требуемое вмешательство с соблюдением принципов щадящей хирургии и тщательного гемостаза (использование местных гемостатических препаратов, таких как колларгол, аминокaproновая кислота, гемостатическая губка и др., а также ушивание раны).

При оказании стоматологической помощи пациентам с *гемофилией А* непосредственно перед удалением зубов вводят **КФСК VIII** в начальной дозе 30-40 МЕ/кг однократно и продолжают введение по 20 МЕ/кг каждые 12 часов до эпителизации раневой поверхности (48-72 часа после удаления).

При гемофилии легкой и средней степени тяжести допустимо применение десмопрессина назального спрея: по 300 мкг интраназально (150 мкг в каждый носовой ход) за 30 минут до врачебной манипуляции или при кровотечении, повторное введение через 12 часов в течение 3 суток.

*Особенности лечения пациентов детского возраста:* непосредственно перед удалением подлежащих возрастной смене резцов, клыков вводят КФСК VII в начальной дозе 15 МЕ/кг однократно. Перед удалением моляров вводят КФСК VIII в начальной дозе 20 МЕ/кг. В случае кровотечения КФСК вводят однократно в дозе 20 МЕ/кг. Перед удалением постоянных моляров КФСК VIII вводят в начальной дозе 30 МЕ/кг, затем в дозе 15-20 МЕ/кг до остановки кровотечения (2-3 суток).

При кровотечении из слизистой полости рта КФСК VIII вводят в дозе 20-40 МЕ/кг каждые 8-12 часов до остановки кровотечения, внутрь назначают транексановую кислоту в дозе 25мг/кг на один прием каждые 8 часов.

При оказании стоматологической помощи пациентам с *гемофилией В* непосредственно перед удалением зубов и до полной эпителизации раневой поверхности (48-72 часа после удаления) вводят КФСК IX в начальной дозе 60-80 МЕ/кг однократно, затем по 40 МЕ/кг каждые 18 часов.

*Особенности лечения пациентов детского возраста:* перед лечением кариозного зуба, предусматривающим вскрытие канала, вводят КФСК IX в дозе 30МЕ/кг однократно. Непосредственно перед удалением зубов, подлежащих возрастной смене (резцы, клыки) КФСК IX вводят в дозе 30 МЕ/кг однократно,

при удалении моляров – 40 МЕ/кг. В случае кровотечения КФСК вводят в дозе 40 МЕ/кг каждые 18 часов в течение 2-3 суток. При удалении постоянных моляров КФСК IX назначают в дозе 60-80 МЕ/кг однократно, затем в дозе 40 МЕ/кг через 18 часов в течение 2-3 суток.

### **3.5. Болезнь Виллебранда**

Болезнь Виллебранда (БВ) представляет собой наследственное заболевание системы свертывания крови, характеризующееся количественным или качественным нарушением синтеза фактора Виллебранда.

Основным принципом лечения БВ является проведение своевременной адекватной заместительной гемостатической терапии лекарственными средствами, содержащими фактор Виллебранда и фактор свертывания крови VIII. При десневых кровотечениях, малых хирургических вмешательствах уровень факторов свертывания, в частности уровень фактора свертывания VIII, должен быть восполнен до 50%. При обильных и продолжительных кровотечениях из полости рта, стоматологических хирургических вмешательствах – до 60-80%. При удалении зубов лекарственное средство, содержащее фактор Виллебранда и фактор свертывания крови VIII, вводят за 30 минут до манипуляции и далее в течение 2-3 суток каждые 12-24 часов до прекращения кровотечения. Более продолжительная гемостатическая терапия назначается индивидуально в зависимости от клинической ситуации.

При кровотечениях из слизистой оболочки полости рта использование местных гемостатических средств, а также назначение антифибринолитических лекарственных средств является методом выбора в случаях активации фибринолиза.

### **4. Заключение**

В поликлинической стоматологической практике встречаются пациенты, у которых патология челюстно-лицевой области сочетается с заболеваниями



крови. Тактика ведения таких пациентов будет зависеть от времени обращения к стоматологу и объема проведенного обследования:

- при имеющемся упорном кровотечении и отсутствии в анамнезе данных о заболевании крови, при безуспешных попытках остановки кровотечения в амбулаторных условиях пациентов целесообразно транспортировать в челюстно-лицевой стационар, где хирург совместно с терапевтом проводят необходимые обследования и лечебные мероприятия с последующей консультацией врача-гематолога;

- при установленном заболевании крови у пациентов при необходимости оказания срочной амбулаторной стоматологической помощи тактика должна быть следующей: в дневное время пациентов направляют в гематологическое отделение, где врач-стоматолог, находящийся в штате стационара, после соответствующей подготовки проводит хирургическое вмешательство в присутствии врача-гематолога; в ночное время пациент направляется в стационар челюстно-лицевой хирургии, где после предварительной консультации терапевтом или гематологом проводится требуемое вмешательство с соблюдением принципов щадящей хирургии и тщательного гемостаза;

- при проведении плановой операции пациенты с патологией системы крови госпитализируются в отделение гематологии. По завершении подготовки в этом же стационаре, либо в отделении челюстно-лицевой хирургии осуществляется оперативное вмешательство с последующим ведением пациентов совместно с врачом-гематологом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по гематологии в 3 томах/ Воробьев, А.И.. – М.: Ньюдиамед, 2005.
2. Клиническая онкогематология. Издание второе переработанное и дополненное / М.А. Волкова. – М., 2007.
3. Стоматологическая помощь больным с гематологическими заболеваниями / А.А. Агаджинян [и др.] // Стоматология. –1998.– № 4.– С. 42–48.
4. Баркаган, З.С., Буевич, Е.И. Современные методы терапии и реабилитации больных гемофилией с иммунными ингибиторами антигемофильных факторов/ З.С. Баркаган, Е.И.Буевич // Гематол. и трансфузиол. – 1996. – № 5. – С. 8–11.
5. Бережной, В.П., Елин, В.А. Особенности санации полости рта у больных наследственных с заболеваниями системы крови / В.П.Бережной, В.А. Елин //Актуальные вопросы современной стоматологии. – Самара.– 2000.– С.53–55.
6. Дерябин, Е.И., Пермякова, Н.Е. Предупреждение луночковых кровотечений у больных гемофилией после удаления зубов / Е.И.Дерябин, Н.Е.Пермякова // Сб.тезисов док. Всеросс. научно-практич. конф.: М., 2003. – С. 4041.
7. Каргин, В.Д. Патогенетические особенности течения гемофилии / В.Д. Каргини др. // Гематология и трансфузиология. –1997. – № 3. – С.29–32.
8. Максимовский, Ю.М.Стоматологическое лечение больных гемофилией в амбулаторных условиях:метод. Рекомендации / Ю.М. Максимовский [и др.]– М., 1994. – С. 20.
9. Попов, С.А., Саркисян, А.П., Чабрава, Л.А. Особенности санации полости рта у больных с гематологическими заболеваниями / С.А.Попов, А.П.Саркисян, Л.А.Чабрава // Стоматология. –1999. – №4. – С. 14–16.
- 10.Румянцев А.Г., Аграненко В.А. Клиническая трансфузиология. – М.: ТЭОТАР «Медицина», 1997. – С.419–430.
- 11.Соболева, О.И. Стоматологическая помощь больным наследственными коагулопатиями в амбулаторных условиях гемофильного центра / О.И. Соболева // Гематология и трансфузиология. – 1992. – №4. – С. 10–13.

- 12.Соболева, О.И. Профилактика основных стоматологических заболеваний и геморрагических осложнений у больных гемофилией и болезнью Виллебранда: метод. Рекомендации / О.И.Соболева [и др.] – Л., 1999.– С. 16.
- 13.Справочник по стоматологии. Под редакцией А.И.Рыбакова. М.; Медицина, 1993. –С. 550–552.
- 14.Оказание стоматологической помощи больным первичными коагулопатиями: Ушаков Р.В. [и др.] – Учебное пособие. М.: РМАПО, 2002. –25 с.
- 15.Ушаков, Р.В., Павлов, О.А., Саркисян, М.С. Подготовка к протезированию несъемными конструкциями больных коагулопатиями / Р.В.Ушаков, О.А.Павлов, М.С. Саркисян // Новое в стоматологии. –2002. – №1. – С. 12.
- 16.Федорова, З.Д., Ханина, Т.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний и геморрагических осложнений у больных гемофилией и болезнью Виллебранда:метод. Рекоменд / З.Д. Федорова, Т.М. Ханина – Л., 1997. – С. 16.