

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Русакова Ирина Владимировна

канд. мед. наук, начальник отдела клинико-экспертной и методической работы

ГАОУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника»

г. Екатеринбург, Свердловская область

Харитоновна Марина Павловна

главный врач

ГАОУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника»

главный стоматолог

Министерство здравоохранения РФ

г. Екатеринбург, Свердловская область

Авхадыева Екатерина Валерьевна

стоматолог-хирург

ГАОУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника»

г. Екатеринбург, Свердловская область

Зобнина Анна Александровна

врач-интерн

ГАОУЗ СО «Свердловская областная стоматологическая поликлиника»

г. Екатеринбург, Свердловская область

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕМОФИЛИЕЙ И БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЛЕБРАНДА НА АМБУЛАТОРНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Аннотация: в работе проанализированы и сформулированы принципы оказания стоматологической хирургической помощи пациентам с коагулопатиями в условиях амбулаторного приема. Авторы заключают, что данные исследования позволят практикующим врачам не только избежать возможных осложнений, но и сделать оказываемую помощь более качественной.

Ключевые слова: гемофилия, болезнь Виллебранда, стоматологическая помощь.

Гемофилии и болезнь Виллебранда – это разновидность геморрагических диатезов, проявляющаяся в виде коагулопатий [7; 8].

Гемофилии А и В обусловлены нарушением синтеза (реже аномалиями) соответственно коагуляционной части III и IX факторов свертывания крови. Заболевание передается женщинами по наследству, а болеют лица мужского пола [8].

Гемофилия С – наследственный дефицит XI фактора свертывания крови, часто бессимптомно протекающий процесс. Болезнь впервые может быть обнаружена случайно. Спонтанная кровоточивость отмечается редко, проявляется преимущественно в виде синяков [9].

Чем легче степень гемофилии, тем позднее проявляется выраженный геморрагический синдром, хотя случайные порезы и травмы вызывают сильные кровотечения даже при легких формах заболевания [6].

Болезнь Виллебранда (ангиогемофилия) – наследственное нарушение синтеза в эндотелии или аномалиями крупномолекулярного белкового кофактора VIII фактора свертывания крови (фактор Виллебранда). Болеют лица обоего пола. Не является типичным примером дисфункции коагуляции, поскольку отсутствие этого плазменного компонента системы гемостаза обусловлено, прежде всего, нарушением агрегационной функции тромбоцитов. Однако многие варианты этого геморрагического заболевания сопровождаются дисфункцией коагуляции вследствие уменьшения уровня антигеморрагического глобулина [5].

На сегодняшний день в Свердловской области насчитывается около 200 больных гемофилией, большинство из которых живет в Екатеринбурге [10].

В Уральском Федеральном Округе зарегистрировано 319 пациентов, страдающих гемофилией А и 115 – с гемофилией В [5]. С ингибиторной формой гемофилии зарегистрировано 18 больных [6]. Пациентов с болезнью Виллебранда около 53 человек в области и 33 человека в Екатеринбурге [1].

Таким образом, пациенты с данными видами коагулопатий – недостаточно редкое явление, что бы врач хирург-стоматолог мог встретиться с ними на амбулаторном приеме, но достаточно редкое, чтобы врач был реально готов учесть все особенности лечения таких больных. Таким образом, с целью расставления

акцентов при оказания стоматологической помощи таким больным, необходимо учитывать особенности приема таких пациентов.

Цель исследования – систематизировать имеющиеся в литературе данные об особенностях приема пациентов с коагулопатиями и представить их в виде клинических рекомендаций для стоматологов-хирургов, работающих на амбулаторно-поликлиническом приеме.

Задачи:

1. Обобщить и систематизировать имеющуюся информацию по лечению пациентов с коагулопатиями.
2. Выработать схему ведения данных больных на стоматологическом приеме.
3. Представить данную информацию в виде клинических рекомендаций.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено на кафедре стоматологии общей практики Уральского государственного медицинского университета, на базе Свердловской областной стоматологической поликлиники.

Результаты исследования и их обсуждение.

За период с 2010 по 2015 год на кафедре стоматологии общей практики было принято 18 пациентов с коагулопатиями. В возрасте от 18 до 40 лет, преимущественно мужского пола.

Для определения тактики ведения таких пациентов стоматологу необходимо определить со степень риска приема в условиях поликлиники. Следовательно, должны быть четкие показания для амбулаторного лечения, а именно: в амбулаторно-поликлинических условиях возможно проведение плановой экстирпации *одного зуба, исключая фазу обострения одонтогенной инфекции*, на фоне адекватной заместительной терапии. Плановые хирургические вмешательства, помимо вышеописанной клинической ситуации, данной группе пациентов необходимо осуществлять в стационарах совместно с гематологом [5].

Удаление 2–3 зубов, а также третьего моляра, обязательно осуществляется только в условиях стационара с привлечением гематолога для уточнения дозировок гемостатических препаратов и кратности их применения [9].

Все манипуляции в условиях амбулаторно-поликлинического приема у данной группы пациентов выполняются только в присутствии специализированной гематологической бригады «Скорой медицинской помощи», осуществляющей лекарственное сопровождение стоматологических манипуляций.

Удаление зуба в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо производить после назначения концентратов коагуляционного фактора в средней дозе 40 МЕ/кг, при этом следует максимально уменьшить возможность травмирования кости и мягких тканей пациента. Важно также принимать меры профилактики развития альвеолита ввиду того, что при данном заболевании могут развиваться поздние кровотечения [5].

После экстракции зуба пациентам с коагулопатиями, следует назначение антибактериальных препаратов как для профилактики пероральной инфекции, так и в качестве этиотропной терапии. Также антибактериальную профилактику следует назначать пациентам с протезами суставов.

Препаратами выбора в данном случае являются антибиотики группы пенициллинов широкого спектра действия (Амоксиклав, Амоксициллин, Флемоксин – солютаб, Амосин), группы макролидов (Азитромицин, Азитрокс, Сумамад, Вильпрофен), фторхинолонов (Цифран, Ципрофлоксацин).

Также для остановки кровотечения из лунки зуба можно использовать фибриновый клей (Тисукол Кит, «Бакстер», Австрия), раствор капрофера, гемостатическую губку с гентамицином/канамицином.

Кровотечение может усиливаться в случаях применения ацетилсалициловой кислоты или других анальгетиков типа индометацина, следовательно, безопасными болеутоляющими средствами являются парацетамол, ацетаминофен, нурофен, ибупрофен, напроксен [6].

После удаления зуба необходимо в течение 5–10 дней следовать диете, состоящей из холодной жидкости и измельченных твердых продуктов.

Актуальные направления научных исследований: от теории к практике

При необходимости любых инъекций, в том числе при оказании терапевтической стоматологической помощи, также обязательна заместительная терапия [6].

Врачу-стоматологу, оказывающему помощь пациентам с коагулопатиями, необходимо помнить ряд общих правил:

1. Перед любой инвазивной манипуляцией обязательная заместительная терапия (препараты факторов крови).
2. Выбор максимально щадящей тактики.
3. Использование местных гемостатических препаратов (губки, клей).
4. Не пытаться остановить кровотечение хирургическим путем – необходима адекватная гемостатическая терапия!!!

При отсутствии данных о виде гемофилии лечение должно проводиться как при гемофилии А [8], т. е. введение недостающих факторов свёртывания крови специализированной бригадой.

Препараты витамина К для лечения болезни Виллебранда совершенно бесполезны [5]. Эффективны повторные орошения кровоточащего участка 10% раствором аминокaproновой кислоты и предварительный прием внутрь 5% раствора аминокaproновой кислоты по две столовых ложки 4–6 раз/сутки [4]. Альтернативным вариантом является полоскание рта десятью миллилитрами 5% раствора транексамовой кислоты в течение двух минут ежедневно четыре раза в день на протяжении семи дней. Оно может применяться в сочетании с пероральными таблетками транексамовой кислоты не более пяти дней [9].

При гематурии нельзя использовать транексамовую и аминокaproновую кислоты – повышается риск возникновения почечной колики вследствие образования сгустков внутри мочеточников за счет подавления действия урокиназы [5].

Учитывая всю сложность оказания стоматологической помощи данной категории пациентов, особое внимание следует уделять профилактическим мероприятиям, а именно:

Профилактические стоматологические программы должны включать:

1. Плановые осмотры стоматолога два раза в год, с обязательным проведением щадящей профессиональной гигиены полости рта с подбором средств ухода с минимальной возможностью травматизации мягких тканей.

2. Плановую санацию полости рта.

3. Тщательную индивидуальную гигиену.

4. Рациональное питание с назначением курсов поливитаминов и микроэлементов (фтор, кальций, железо) [6].

5. С такими пациентами необходимо особенно аргументировано проводить беседы о недопустимости курения [9].

При проведении плановых осмотров в возрасте 12–13 лет необходимо провести более тщательное комплексное стоматологическое обследование, позволяющее планировать будущее и решить, как наилучшим образом предупредить возникновение трудностей, вызываемых скученностью зубов или неправильным положением зубов мудрости и других зубов [9].

Также практикующему стоматологу необходимо помнить симптомы, обнаружение которых при сборе анамнеза и проведении обследования может насторожить врача о возможном заболевании крови у рядового пациента, проходящего стоматологическое лечение, а именно:

1. Склонность к образованию подкожных геморрагии и кровотечениям из слизистых оболочек (12–24%).

2. Меноррагии более 10 дней (65–70%).

3. Послеродовые кровотечения (6–23%).

4. Кровотечения из ЖКТ (4,2%).

5. Носовые (45–60%), десневые кровотечения (51%) (2 и более раз в месяц).

6. Кровотечения после удаления зубов (15%).

7. Семейный анамнез, а именно наличие заболеваний крови у ближайших родственников.

Выводы: Прием всех пациентов, с выявленными коагулопатиями с учетом предложенных схем оказания стоматологической помощи в условиях амбулаторного хирургического приема, не вызвал осложнений, время реабилитации после

проведенных вмешательств сравнимо с таковым у пациентов, без соматической патологии.

Использование данных алгоритмов лечения у пациентов с гемофилиями и болезнью Виллебранда позволит практикующим врачам не только избежать возможных осложнений, но и сделать оказываемую помощь более качественной.

Кроме того, знание симптомов проявления заболеваний крови, поможет выявлению данной патологии у пациентов, обратившихся за стоматологической помощью.

Список литературы

1. Бражников А.Ю. Болезнь Виллебранда. Беременность и роды. Представление клинических рекомендаций. – Екатеринбург, 2013. – 45 с.
2. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. – М., 2005.
3. Всемирная ассоциация гемофилии / Руководство по лечению гемофилии (перевод В. Змачинского). – Монреаль, 2008.
4. Давыдкин И.Л. Болезни крови в амбулаторной практике / И.Л. Давыдкин, И.В. Куртов, Р.К. Хайретдинов, Т.Ю. Степанова, Т.А. Гриценко, С.П. Кривова. – М., 2011.
5. Мамаев А.Н. Коагулопатии: руководство / А.Н. Мамаев. – М., 2012.
6. Румянцев А.Г. Гемофилия в практике врачей различных специальностей: руководство / А.Г. Румянцев, С.А. Румянцев, В.М. Чернов, М., 2013.
7. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.knigamedika.ru/bolezni-kozhi/dermekz/gemorragicheskij-diatez.html>
8. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/7956/
9. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.24farm.ru/gematologiya/gemofiliya/>
10. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ekbnews.tv/2007/04/17/7028.shtml>