

УДК 616. 314 - 089. 87: 616. 151

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Шинкевич Д. С., Магилевец М. В.

*ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова» Минздрава России,
кафедра травматологии
челюстно-лицевой области;*

*Всероссийский Центр заболеваний слюнных желез,
г. Москва, Российская Федерация*

Цель работы – повысить эффективность хирургического гемостаза после операции удаления зуба у пациентов с различной патологией крови за счет выбора наиболее рационального метода изоляции лунок.

Объекты и методы. В стационаре Научно-медицинского исследовательского центра гематологии Министерства здравоохранения Российской Федерации проведена операция удаления зубов у 111 пациентов, с различными заболеваниями крови, всего удалено 388 зубов. В зависимости от метода хирургического гемостаза пациентов разделили на 5 групп. В 1 группе лунки после удаления зубов изолировали гемостатической губкой (78 пациентов); во 2 группе – силиконовой мембраной (33 пациента); в 3 – тампониروвали йодсодержащей турундой (9 пациентов); в 4 группе лунки не тампониروвали, а края десны сближали кистетным швом (76 пациентов); в 5 группе лунки заживали под сгустком крови – (18 пациентов).

Результаты. Наименьшее число пациентов, у которых отметили послеоперационное кровотечение было во 2 группе 6 (из 33 – 18%) пациентов и в 4 группе 14 (из 76 – 18%) пациентов отметили развитие вторичного кровотечения, что было в два раза реже, чем у лиц 1 группы, где использовали гемостатическую губку и статистически достоверно реже ($p < 0,01$) по сравнению с представителями 3 группы, где для местного гемостаза применили йодсодержащую турунду.

Заключение. Наибольшим гемостатическим эффектом после удаления зуба у гематологических пациентов обладали методы с использованием силиконовой мембраны и кистетного шва.

Ключевые слова: удаление зуба; гемостаз; гемофилия; заболевания крови.

COMPARATIVE EVALUATION OF VARIOUS METHODS OF SURGICAL HEMOSTASIS USED FOR TOOTH EXTRACTION IN HEMATOLOGICAL PATIENTS

Shinkevich D. S., Magilevets M. V.

*Moscow State University of Medicine and Dentistry
named by A. I. Evdokimov, Moscow, Russian Federation*

Aim. To increase the effectiveness of surgical hemostasis after tooth extraction in patients with various blood pathologies by choosing the most rational method of isolation of wells.

Objects and methods. In the hospital OF the NMC of Hematology of the Ministry of health of the Russian Federation, a dental extraction operation was performed in 111 patients with various blood diseases, 388 teeth were removed in total. Depending on the method of surgical hemostasis, patients were divided into 5 groups. In group 1, the wells after tooth extraction were isolated with a hemostatic sponge (78 patients); in group 2, with a silicone membrane (33 patients); in group 3, with an iodine-containing turunda (9 patients); in group 4, the wells were not tamponed, but the gum edges were brought together with a purse-suture (76 patients); and in group 5, the wells were healed under a blood clot (18 patients).

Results. The lowest number of patients who had postextraction bleeding was in group 2, 6 (out of 33) patients (18%) and in group 4, 14 (out of 76) (18%) patients who had secondary bleeding, which was twice as rare as in group 1 patients, where we used a hemostatic sponge and statistically significantly less frequent ($p \leq 0.01$) compared to patients in group 3, where iodine-containing turunda was used for local hemostasis.

Conclusion. The greatest hemostatic effect after tooth extraction in hematological patients had methods using a silicone membrane and a purse-seam.

Keywords: tooth extraction; hemostasis; hemophilia; blood diseases.

Введение. Удаление зубов, проводимые у гематологических пациентов, может сопровождаться длительным кровотечением и образованием обширных гематом. Эти гематомы нередко преобразуются в кистозные псевдоопухоли и вызывают деструкцию челюсти [1, 2, 3]. Кроме того, они распространяются в мягкие ткани шеи, глотки и могут приводить к стеногической асфиксии [2]. Многие авторы указали, что все инвазивные манипуляции в полости рта у пациентов

с геморрагическим синдромом рекомендуется проводить в сотрудничестве стоматолога и гематолога [4]. Врач-гематолог осуществляет общий гемостаз путем введения факторов свертывания VIII и IX, свежезамороженной плазмы и т. д. Стоматолог-хирург обеспечивает местный гемостаз в послеоперационной ране и контролирует заживление лунки в динамике. Известные существующие современные способы хирургического гемостаза после удаления зубов у лиц с заболеваниями крови имеют недостатки и часто приводят к серьезным осложнениям. В этой связи проведена работа по исследованию возможностей использования некоторых из этих методов для изоляции и защиты кровяного сгустка в лунке.

Цель работы – повысить эффективность хирургического гемостаза после операции удаления зуба у пациентов с различной патологией крови за счет выбора наиболее рационального метода изоляции лунок.

Объекты и методы. В стационаре Научно-медицинского исследовательского центра гематологии Министерства здравоохранения Российской Федерации проведены операции удаления 388 зубов у 111 гематологических пациентов. Из них у 109 – по поводу хронического периодонтита и у 2 – пародонтита. У всех пациентов диагностировали различные заболевания крови: у 5 – острые лейкозы, у 3 – хронические миелопролиферативные заболевания, у 2 – различные варианты лимфом, у 1 – множественная миелома, у 2 – миелодиспластический синдром, у 3 – орфанные (редкие) заболевания крови, у 84 лиц – различные формы гемофилии, у 5 – болезнь Виллебранда, у 1 пациента – тромбофилия и у 3 человек – идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.

Удаление зубов проводили по общепринятой методике с соблюдением всех методических рекомендаций. В зависимости от способа хирургического (местного) гемостаза и способа изоляции кровяного сгустка в лунке, всех пациентов разделили на 5 групп. В 1 группу вошли 78 пациентов. У них хирургический гемостаз осуществляли следующим образом. Лунки после удаления туго тампонируют гемостатической губкой, затем на края десны вокруг лунок накладывают сближающие швы. Десну по краям лунок сводили между собой как можно плотнее: до ишемизации (побеления) слизистой оболочки. Данную методику использовали при множественном удалении зубов. 2 группа включала 33 пациентов. У данной группы лиц, страдавших гемофилией, впервые использовали в качестве раневой повязки после удаления зубов силиконовые мембраны толщиной 0,2 мм. Мембрану помещали на устье лунки и сшивали ее края с краем

десны непрерывным швом Мультановского из нерезорбируемого материала. Данный метод хирургического гемостаза использовали для изоляции больших площадей и значительных объемов раневой поверхности после удаления нескольких зубов. 3 группа включала 9 пациентов. В качестве раневой повязки использовали йодсодержащие марлевые турунды с аквазаном или йодоформом. Особенности методики хирургического гемостаза – лунку после удаления зуба туго тампонировали марлевой турундой. Края лунки сшивали нерезорбируемым шовным материалом. Десну по краям лунок сводили до ишемизации (побеления) слизистой оболочки. Эту методику применяли у пациентов с гемофилией при одиночных удалениях зубов. 4 группа включала 76 пациентов. Лунку не тампонировали, а края десны в области лунки максимально сближали кистетным швом. Данную методику местного гемостаза применяли у пациентов, у которых корни зубов были сильно резорбированы и костный компонент лунок в большинстве наблюдений отсутствовал, корни зубов находились практически в мягких тканях. 5 группа включала 18 пациентов. Лунка у них заживала «открытым» способом, путем формирования ступка. В данную группу вошли лица, у которых геморрагический синдром не отмечался и у них после удаления сформировался стабильный ступок крови. В основном в группу вошли больные с опухолевыми заболеваниями крови.

Всего провели 214 операций удаления зубов, во время которых удалили 388 зубов. Число операций не соответствовало числу пациентов, так как у 31 пациента использовали разные методы местного (хирургического) гемостаза одновременно. Пациентам 1, 2, 3 и 4 групп в пред- и послеоперационном периоде проводили заместительную гемостатическую терапию после консультации специалиста-гематолога. Общая заместительная гемостатическая терапия заключалась во внутривенном введении VIII и IX факторов свертывания крови, а также при наличии у пациента ингибиторной формы гемофилии (10 человек) вводили Коагил VII. В качестве обезболивания использовали проводниковую и инфильтрационную анестезии. Для обезболивания у пациентов с ингибиторной формой гемофилии применяли эндотрахеальный наркоз. В послеоперационном периоде оценивали общее состояние пациентов, а также местное состояние послеоперационной раны по следующим критериям: жалобы пациентов, наличие кровотечения из лунок удаленных зубов, развитие гематомы в зоне операции. Статистическую обработку проводили с использованием метода вычисления, уровня статистической достоверности различия между двумя средними по критерию Стьюдента.

Результат считали достоверным или статистически значимым при значении $p < 0,01$.

Результаты. Кровотечение после удаления зубов в группе 2 наблюдали у 6 (из 33 – 18%) пациентов. Число фактов развития вторичного луночкового кровотечения у пациентов, которым применяли силиконовую мембрану было в 2 раза меньше, чем в группе 1, где для местного гемостаза использовали гемостатическую губку. В группе 1 кровотечение после удаления зуба отметили у 27 (из 78 – 35%) пациентов. И статистически достоверно меньше, чем в группе 3 – 78%, где для местного гемостаза использовали йодсодержащую турунду.

Такое относительно малое число кровотечений у пациентов группы 2 возможно объяснить герметичным прилеганием силиконовой мембраны к краям десны, что предохраняло сгусток крови в подмембранном пространстве от его разрушения пищей и от фибринолитического воздействия ротовой жидкости. Гемостатический эффект с использованием силиконовой мембраны сопоставим с гемостатическим эффектом при применении кисетного шва в группе 4, где у 14 (из 76 – 18%) пациентов отметили развитие вторичного кровотечения, что было в два раза реже, чем у лиц группы 1, где использовали гемостатическую губку и статистически достоверно реже ($p < 0,01$) по сравнению с пациентами группы 3, где для местного гемостаза применили йодсодержащую турунду. В группе 5 у 2 (из 18 – 11%) пациентов выявили вторичное кровотечение из лунок, которое было вызвано частичным распадом кровяного сгустка. Данный клинический признак наблюдали реже, чем у лиц групп 1 и 3 ($p < 0,01$).

У пациентов группы 1 и 4 групп отметили по 2 факта формирования гематом, что составило 3% от общего числа пациентов в группах. В группе 5 образовались гематомы у 1 пациента, что составило 6% от общего числа лиц в группе. В тоже время гематомы были ограниченными, не носили деструктивный характер и располагались в области 2-3 зубов. По поводу данных гематом специальных лечебных мероприятий не проводили. Гематомы рассасывались самостоятельно к 3-4 суткам. У 1 пациента из этой группы с ингибиторной формой гемофилии А, на 6 сутки после удаления зубов 2.6 и 2.7 в результате труднокупируемого, неинтенсивного кровотечения сформировался кровяной сгусток огромных размеров, из-за которого пациент не мог закрыть рот. После удаления сгустка и замены лекарственного средства общей заместительной гемостатической терапии кровотечение удалось остановить. Однако данное осложнение удлинило сроки окончательной эпителизации лунок до 1 месяца.

Заключение. Результаты исследования показали, что наибольшим гемостатическим эффектом после удаления зуба обладают методы с использованием силиконовой мембраны и кистетного шва.

Литература.

1. Пермякова, Н. Е. Комплексная профилактика вторичных луночковых кровотечений после удаления зубов у больных гемофилией : автореф. дис. ... канд. мед. наук; 14.00.21 / Н. Е. Пермякова ; ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия». — Ижевск, 2005. — 27 с.
2. Руководство по гематологии : в 2 томах ; под ред. И. Воробьева. — М. : Медицина, 1985. — 368 с.
3. Hemophilic pseudotumor of the inferior maxilla / J. L. Marquez [et al.] // Oral Surg. — 1982. — Vol. 53, N 4. — P. 347–350.
4. Minor complications after mandibular third molar surgery: type, incidence, and possible prevention / J. C. Kim [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2006. — Vol. 102, N 2. — P. 4–11.