

УДК 616.31-085

## СПЕЦИФИКА УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ, ЗУБОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ И ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ КОАГУЛОПАТИЯМИ

Чой П., Угурчиев Ю. С., Шинкевич Д. С.

*ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,  
кафедра челюстно-лицевой хирургии и травматологии,  
г. Москва, Российская Федерация*

**Введение.** Стоматологические операции у пациентов с коагулопатиями имеют риск развития геморрагических осложнений.

**Цель работы** — повышение медицинской безопасности проведения хирургических стоматологических процедур у пациентов с гемофилией, путем разработки принципов местного гемостаза.

**Объекты и методы.** Проведено хирургическое лечение 17 гематологическим пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области. Одному пациенту выполнили цистэктомию, 2 — резекцию верхушки корня, 2 — удаление третьих моляров. У 12 — была осуществлена дентальная имплантация.

**Результаты.** У 2 пациентов после операции раны заживали вторичным натяжением. У 42 % (5) из 12 человек, которым установили 4 и более дентальных имплантатов в 2 и более челюстных сегментах одномоментно, имелись геморрагические и воспалительные осложнения.

**Заключение.** 1) У пациентов с гемофилией, болезнью Виллебранда и сочетанным дефицитом V, VII, VIII факторов свертывания крови возможно безопасно проводить сложное удаление третьих моляров, цистэктомию и дентальную имплантацию при условии осуществления у них местного и общего гемостаза. 2) Риск развития периимплантита повышается у лиц с гемофилией перенесших установку 4 и более имплантатов в 2 и более сегмента челюсти одномоментно, и имеющих в послеоперационном периоде длительные отеки тканей, прилежающих к формирователям десны с образованием патологических полоостей вокруг них, а также длительное кровотечение из послеоперационной раны.

**Ключевые слова:** гемофилия; дентальная имплантация; послеоперационный период.

## SPECIFICS OF TOOTH EXTRACTION, TOOTH-PRESERVING OPERATIONS AND DENTAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH CONGENITAL COAGULOPATHIES

Choj P., Ugurchiev Y. S., Shinkevich D. S.

*Russian University of Medicine, Department of Maxillofacial Surgery and Traumatology, Moscow, Russian Federation*

**Introduction.** Dental surgeries in patients with coagulopathies carry a risk of developing hemorrhagic complications.

**The aim.** To improve the safety of dental surgical procedures in patients with hemophilia by developing principles of local hemostasis.

**Objects and methods.** We performed surgical treatments on 17 hematological patients with pathologies in maxillofacial area. 1 patient underwent cystectomy, 2 had root apex resection, and 2 had wisdom teeth extraction. Dental implantation was carried out in 12 patients.

**Results.** 2 patients experienced secondary intention wound healing after the surgery. 42% (5) out of 12 patients who received 4 or more implants in 2 or more jaw sextants simultaneously, experienced hemorrhagic and inflammatory complications.

**Conclusions.** 1) Surgical wisdom teeth extractions, cystectomy, and dental implantation can be safely performed in patients with hemophilia, von Willebrand disease, and combined deficiency of V, VII, VIII coagulation factors, provided that local and general hemostasis is achieved in these patients. 2) The risk of developing peri-implantitis increases in patients with hemophilia who have received 4 or more implants in 2 or more sextants simultaneously and have prolonged tissue swelling around the healing abutments with the formation of pathological pockets around them, and prolonged external bleeding from the postoperative wound.

**Keywords:** hemophilia; dental implantation; postoperative period.

**Введение.** Многие стоматологические вмешательства у пациентов с гемофилией и другими коагулопатиями имеют высокий риск развития фатальных геморрагических осложнений [1, 2] и остаются, как, например, дентальная имплантация абсолютно противопоказанными. Считаем, что современные методы местного гемостаза, а также возможность общей заместительной гемостатической терапии позволяют безопасно и прогнозировано осуществлять у гематологических пациентов хирургические вмешательства любой сложности, в том числе сложное атипичное удаление третьих моляров, резекцию верхушки корня, цистэктомии, дентальную имплантацию.

**Цель работы** — повышение медицинской безопасности проведения хирургических стоматологических процедур у пациентов с гемофилией, путем разработки принципов местного гемостаза.

**Объекты и методы.** За период с 2017 по 2022 годы проведено хирургическое лечение 17 пациентам с врожденными коагулопатиями, которые имели различные заболевания челюстно-лицевой области. Из них: 1 пациенту с тяжелой гемофилией и радикулярной кистой нижней челюсти в области зубов 3.2, 3.3, 3.4 была выполнена цистэктомия; у 2 человек с легкой и среднетяжелой гемофилией осуществили резекцию верхушек корней зубов 4.6 и 2.6, соответственно по поводу хронического периодонтита; у 2 пациентов с тяжелой формой гемофилии диагностировали хронический периодонтит и дистопию зуба 3.8 и выполнили атипичное сложное удаление 3.8. У остальных 12 человек из которых: 6 пациентов с тяжелой формой гемофилии, 3 — с легкой формой гемофилии, 2 пациента — с болезнью Виллебранда, 1 — с сочетанным дефицитом V, VII, VIII факторов свертывания крови была диагностирована адентия челюстей, была осуществлена дентальная имплантация. Всего было произведено 26 операций дентальной имплантации и установлено 64 имплантата. Хирургические вмешательства выполняли общепринятым методом. При проведении операции цистэктомия на нижней челюсти у пациента с тяжелой формой гемофилии удалили три зуба, произвели трапециевидный разрез слизистой оболочки десны во фронтальном отделе нижней челюсти. Далее отслоили слизисто-надкостничный лоскут, трепанировали компактную пластинку альвеолярной кости и расширили перфорационное отверстие. Удалили единым блоком оболочку кисты, слизисто-надкостничный лоскут уложили на место и фиксировали его отдельными узловыми швами. Во время операции интенсивного кровотечения не было.

Резекцию верхушки корня у пациентов с хроническим гранулематозным периодонтитом и различными формами гемофилии также проводили по общепринятой методике. Однако для уменьшения длины и соответственно площади отслаиваемого лоскута и минимизации интраоперационного кровотечения выполняли L-образный разрез слизистой оболочки десны. Уменьшение площади лоскута не мешало хорошо открыть костную рану и проводить хирургические манипуляции. В костный дефект не закладывали osteoconductive материал, с целью минимизации воспаления в послеоперационной ране. С целью местного гемостаза, рану зашивали наглухо.

При атипичном сложном удалении третьих моляров на нижней челюсти у пациентов с гемофилией отказались от дополнительного вертикального разреза к переходной складке, а делали линейный разрез до середины коронки второго моляра, это позволило уменьшить длину и площадь кровотокающей поверхности слизисто-надкостничного лоскута. Кроме того, сильное натяжение лоскута при удержании его крючком Фарабефа, позволило уменьшить интраоперационное кровотечение. С целью местного гемостаза рану зашивали наглухо, причем швы располагали, стараясь захватить больший объем тканей с деформацией тканей ретромолярной области и заднего отдела преддверия полости рта для обеспечения его ишемии.

При выполнении дентальной имплантации устанавливали только винтовые имплантаты. Для обеспечения местного гемостаза лоскуты широко не отслаивали, только на ширину калибра инструмента. Швы накладывали, сильно стягивая края раны между собой до ее ишемии. Чтобы сократить число операций у всех 12 пациентов сразу установили формирователи десны. Всего было произведено 26 операций дентальной имплантации и установлено 64 имплантата. С целью уменьшения числа этапов операций у 3 человек с гемофилией установили 19 имплантатов в лунки зубов, которые удаляли по поводу хронического периодонтита и/или пародонтита. С целью общего гемостаза всем 17 пациентам в пред- и постоперационном периоде вплоть до заживления ран проводили общую заместительную гемостатическую терапию. Лицам с различными формами гемофилии вводили рекомбинантный VIII или IX фактор свертывания крови. Пациентам с болезнью Виллебранда вводили VIII фактор свертывания крови. Пациентке с сочетанным дефицитом свертывания крови вводили свежезамороженную плазму. Хирургические операции проводили в гематологическом стационаре. После операции назначали антибиотики.

**Результаты.** Послеоперационный период у всех наблюдаемых лиц протекал относительно гладко. У пациента с тяжелой гемофилией после цистэктомии рана заживала частично вторичным натяжением в результате расхождения швов. Несостоятельность швов была обусловлена гематомой с напряжением краев раны. Рану тампонируют йодсодержащей марлевой турундой, которую подрезали, постепенно вытягивая ее по мере созревания грануляций. Гематома резорбировалась самостоятельно на 14 сутки после операции под воздействием общей заместительной гемостатической терапии. У другого пациента с тяжелой гемофилией после удаления зуба 3.8 сняли швы на 7 сутки

после операции и края раны разошлись. Однако рана была выполнена зрелыми грануляциями и в дальнейшем кровотечения из раны не было. Через 2 недели отметили контракцию раны.

Наиболее благоприятно послеоперационный период протекал у 58% (7) из 12 пациентов, которым установили от 1 до 3 имплантатов в один сегмент челюсти в течение одного вмешательства. У них не было наружного кровотечения, распространенных гематом, длительно существующих отеков, а также развития периимплантита. У 42% (5) из 12 пациентов, которым установили 4 и более имплантатов в 2 и более челюстных сегментов одновременно, а также у лиц после множественного удаления зубов с одномоментной дентальной имплантацией имелись геморрагические и воспалительные осложнения: периимплантит у 25% (3) из 12 человек и очаговый остеомиелит челюсти — у 8% (1) пациента. Причинами развития периимплантита у наблюдаемых лиц были длительные отеки ( $20,0 \pm 10,0$  суток) тканей, прилегающих к формирователям десны с образованием патологических полостей вокруг них, а также длительное наружное кровотечение из послеоперационной раны. Такие явления чаще отмечали у лиц, с большим объемом операций. У пациента с болезнью Виллебранда и адентией верхней челюсти, которому были установлены 7 имплантатов одновременно в два челюстных сегмента, имело место тяжелое течение периимплантита, приведшего к утрате имплантата в результате длительного кровотечения. Само по себе кровотечение из раны даже длительное и рецидивирующее, не может привести к потере имплантата. Но оно может привести к деминерализации кости ложа имплантата, особенно в тех местах, где кость наиболее тонкая, где ее питание нарушено, а в сочетании с воспалением окружающей десны может обусловить развитие остеомиелита челюсти. В данной ситуации этот процесс стал необратимым и привел к потере имплантата. Другой причиной развития остеомиелита могла стать техническая погрешность в ходе инсталляции имплантата, например, чрезмерное механическое истончение стенки костного ложа сверлом, о чем косвенно свидетельствует хорошая стабильность оставшихся 6 имплантатов, которые также подверглись агрессивному воздействию окружающих их тканей.

**Заключение.** 1) У пациентов с гемофилией, болезнью Виллебранда и сочетанным дефицитом V, VII, VIII факторов свертывания крови, возможно безопасно проводить сложное удаление третьих моляров, цистэктомия и дентальную имплантацию при условии осуществления у них местного и общего гемостаза. 2) Риск развития периимплантит-

та повышается у лиц с гемофилией перенесших установку 4 и более имплантатов в 2 и более сегмента челюсти одномоментно и имеющих в послеоперационном периоде длительные отеки тканей, прилегающих к формироваателям десны с образованием патологических полоостей вокруг них, а также длительное кровотечение из послеоперационной раны.

### **Литература.**

1. Пермякова, Н. Е. Препараты аллоплаценты в профилактике луночковых кровотечений после удаления зубов у больных гемофилией / Н. Е. Пермякова, Е. И. Дерябин, Ю. Л. Лысак // Эффективная иммунокорректирующая и интенсивная терапия в клинической практике: материалы Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участ. — Ижевск: Ижевская ГМА, 2004. — С. 140–142.

2. Трансфузионная терапия наследственных нарушений свёртывания крови / В. Е. Мамонов [и др.] // Очерки по производственной и клинической трансфузиологии: сб. статей. — М.: ООО Медико-технологическое предприятие «Ньюдиамед», 2006. — С. 398–914.