



## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Список сокращений и условных обозначений</b> .....	5
<b>Введение</b> .....	6
1. Особенности клинико-морфологических проявлений и картины тканей челюстно-лицевой области у пациентов с различными заболеваниями системы крови .....	6
2. Современные концепции и принципы хирургического пособия пациентам с заболеваниями крови .....	13
<b>Глава 1.</b> Распространенность и структура различных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов с болезнями системы крови. Собственные исследования .....	23
1.1. Эпидемиология заболеваний челюстно-лицевой области у больных гематологическими заболеваниями .....	23
1.2. Вирусносительство у пациентов с заболеваниями системы крови .....	35
<b>Глава 2.</b> Методы обезболивания при проведении хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области у больных с патологией системы крови .....	38
2.1. Собственные исследования .....	42
<b>Глава 3.</b> Особенности клинической картины и хирургического стоматологического лечения различных форм хронического периодонтита у больных заболеваниями крови .....	60
3.1. Опыт использования препарата Коагил VII при удалении зубов у больного гемофилией А, осложненной ингибитором VIII фактора в высоком титре .....	86
<b>Глава 4.</b> Особенности удаления ретинированных и дистопированных зубов у пациентов с заболеваниями системы крови .....	93
<b>Глава 5.</b> Особенности хирургической стоматологической помощи больным с патологией системы крови, осложненной одонтогенными и неодонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области .....	111
5.1. Структура и особенности клинической картины одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (острый периостит челюстей, периимплантит, остеомиелит челюстей, абсцессы и флегмоны) у гематологических больных .....	111
5.2. Хирургическое лечение больных различными заболеваниями крови, осложненными одонтогенными и неодонтогенными	

воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (острый периостит челюстей, остеомиелит челюстей, абсцессы и флегмоны). Особенности клинической картины, предоперационной подготовки и лечения больных . . . . .	124
<b>Глава 6.</b> Особенности лечения больных различными заболеваниями системы крови, осложненными развитием хронического верхнечелюстного синусита . . . . .	148
<b>Глава 7.</b> Особенности лечения больных различными заболеваниями системы крови, осложненными артритом височно-нижнечелюстного сустава . . . . .	159
<b>Глава 8.</b> Особенности хирургического лечения больных с патологией системы крови, осложненной травмой мягких тканей челюстно-лицевой области и костей лицевого скелета . . . . .	161
8.1. Клиническая характеристика травм челюстно-лицевой области у пострадавших, имевших различные заболевания системы крови . . . . .	163
8.2. Особенности лечения гематологических больных с травмой челюстно-лицевой области . . . . .	169
<b>Глава 9.</b> Особенности хирургического лечения гематологических больных, имеющих опухоли, опухолеподобные заболевания и кисты челюстно-лицевой области . . . . .	186
<b>Глава 10.</b> Особенности проведения хирургической предпротезной подготовки с использованием дентальных имплантатов и альвеолэктомии у больных заболеваниями системы крови . . . . .	226
<b>Глава 11.</b> Особенности лечения пациентов с заболеваниями слюнных желез, имеющих патологию системы крови . . . . .	237
<b>Глава 12.</b> Клинические проявления заболеваний крови в челюстно-лицевой области и осложнения, связанные с лечением заболеваний челюстно-лицевой области у гематологических больных . . . . .	245
<b>Глава 13.</b> Алгоритм оказания хирургической стоматологической помощи пациентам с заболеваниями системы крови . . . . .	258
<b>Контрольные вопросы для самостоятельной подготовки . . . . .</b>	262
<b>Список литературы . . . . .</b>	273

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

♣	— торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
Ⓢ	— ЛС не зарегистрировано в РФ
АА	— апластическая анемия
АЧТВ	— активированное частичное тромбопластиновое время
ВНЧС	— височно-нижнечелюстной сустав
ГНЦ	— гематологический научный центр
ИТП	— идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
НМИЦ	— Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава России
ОЗГТ	— общая заместительная гемостатическая терапия
ПХО	— первичная хирургическая обработка
ТФ	— тромбофилия
ХМЗ	— хронические миелопролиферативные заболевания
ЧЛО	— челюстно-лицевая область
ЭТН	— эндотрахеальный наркоз

## ВВЕДЕНИЕ

### **1. Особенности клинико-морфологических проявлений и картины тканей челюстно-лицевой области у пациентов с различными заболеваниями системы крови**

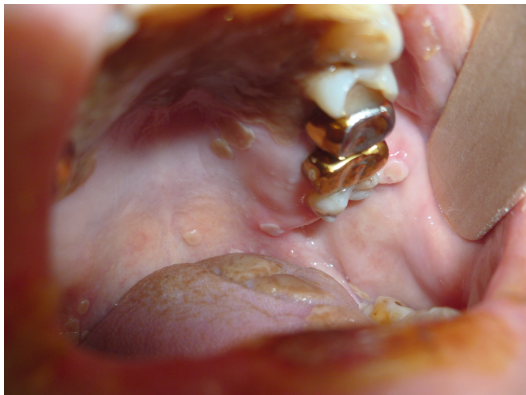
Среди системных заболеваний одними из наиболее опасных для здоровья и жизни человека являются заболевания и патологические состояния крови. Это обусловлено разнообразием их морфологических форм, клинических проявлений, распространенностью поражений тканей и органов, а также часто непрогнозируемым исходом заболеваний.

К таким заболеваниям в первую очередь относят опухоли системы крови (ранее называемые гемобластозами), возникающие из кроветворных клеток. Опухолевые заболевания крови, которые характеризуются первичным поражением костного мозга опухолевыми клетками, представляют собой гетерогенную группу лейкозов. Кроме них, в группу опухолевых заболеваний системы крови входят злокачественные лимфопролиферативные внекостномозговые разрастания гемопоэтических клеток [Воробьев А.И. и др., 2005].

Практически всегда опухоли системы крови имеют разнообразные клинические проявления в челюстно-лицевой области (ЧЛО). К настоящему времени в литературе уже описаны многие из них. Так, при миело- и монобластных лейкозах наблюдаются гиперплазия и кровоточивость десен [Deliverska E.G., Krasteva A., 2013], увеличение лимфатических узлов шеи [Рукавицын О.А., Скворцов С.В. и др., 2009], лейкемиды (багрово-синюшные уплотнения кожи, десен) [Яворковский Л.И., Рязова Л.Ю. и др., 1992; Абелев Г.И. и др., 2001]. При этом геморрагии слизистой оболочки полости рта, особенно десен, нередко являются первыми признаками злокачественного заболевания системы крови [Sprenker C. et al., 2016]. При некоторых формах хронического лейкоза, чаще, чем при других формах лейкозов, бывают изолированные поражения кожи лица и слизистых оболочек полости рта: эритродермии, опухолевидные образования, стоматиты.

Клиническое течение лейкозов может осложняться развитием одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области (ЧЛО), таких как острые и хронические периодонтиты, острые гнойные периоститы, абсцессы и флегмоны, хронические гаймориты [Веретник Г.И., 1980; Букреева Н.М., 1982; Аванесов А.М., 1984; Кабанов В.Ю., Сеницын В.Д. и др., 1985; Дмитриева В.С., Аванесов А.М., 1988; Мосейчук О.А., 2006; Rinčić N., Božić D. et al., 2016].

Современные методы лечения гемобластозов связаны с широким применением противоопухолевых препаратов. Одним из проявлений токсичности противоопухолевой терапии могут быть мукозиты в полости рта [Шиффман Ф.Д., 2009; Bowen J.M., 2017; Osakabe L., Utsumi et al., 2017; Zhang Y., Huang Y.H. et al., 2017], проявляющиеся воспалением и изъязвлением слизистой оболочки и подслизистого слоя [Epstein J.B., 2003; Brown C.G., 2004; Sonis S.T., 2004] (рис. 1, 2).



**Рис. 1.** Фото больной Е., 51 год. DS: множественная миелома. Острая фаза. Состояние во время проведения курса полихимиотерапии. На языке и верхней губе имеются первичные элементы в виде афт, покрытые фибриновой пленкой



**Рис. 2.** Та же больная. На слизистой оболочке твердого и мягкого нёба, щеки и нижней губы имеются первичные элементы в виде афт, покрытые фибриновой пленкой

В отечественной литературе вместо термина «мукозит» чаще употреблялся термин «стоматит». Его распространенность варьирует, по разным источникам, от 40 до 100% [Myers R.A., 1990; Peterson D.E., 1994; Schubert M.M., 1998; Иванова О.В., 2001; Rubenstein E.B. et al., 2004; Sonis S.T., 2004]. Ряд авторов отмечают нейротоксическое воздействие некоторых химиотерапевтических препаратов в виде пульпитных болей, гиперестезии зубов, болей в области нижней челюсти невралгического характера [Sonis S.T., 1998; Schubert M.M., Peterson D.E. et al., 1999].

Клинические проявления гемобластозов и аплазий костного мозга в ЧЛО достаточно разнообразны.

К заболеваниям, связанным с костномозговой недостаточностью, в первую очередь относят апластическую анемию и ряд врожденных аплазий костного мозга, в частности анемию Фанкони.

Апластическая анемия (АА) — заболевание, характеризующееся глубокой панцитопенией и недостаточностью костномозгового кроветворения, обусловленное развитием гипоплазии костного мозга. Апластическая анемия как нозологическая форма гетерогенна и объединяет апластические синдромы с различными этиологическими и патогенетическими механизмами, но имеющие сходные этиологические признаки, а также определенную гистологическую картину крови и костного мозга [Воробьев А.И., Андреев Ю.Н. и др., 2005]. Наиболее часто АА развивается у людей в двух возрастных группах — до 25 лет и выше 60 лет.

Клиническое проявление АА выявляется в виде геморрагических высыпаний на коже, слизистой оболочке полости рта и других локализаций, а также частых инфекционных осложнений: от локальных воспалительных процессов (отит, ангина, стоматит, гингивит и др.) до пневмоний и сепсиса различной этиологии (рис. 3).

В литературе имеются сообщения, что у пациентов с конституциональной анемией Фанкони, перенесших трансплантацию костного мозга, возрастает частота возникновения злокачественных заболеваний. Так, самой распространенной локализацией плоскоклеточного рака у больных с конституциональной анемией в порядке убывания являются: язык, аногенитальная область, глотка, гортань, слизистая оболочка полости рта, нижняя челюсть и кожа [Jansisyanont P. et al., 2000].

Ж.Р. Лустиг в 1995 г. опубликовал библиографический обзор, где среди 13 больных раком полости рта в 9 случаях первичная опухоль локализовалась в области языка. По словам исследователя, у больных анемией Фанкони рак языка развивался в 69% случаев, в то время как у больных, не имеющих анемии, рак языка встречался в 16% случаев [Lustig J.P., Lugassy G. et al., 1995].



**Рис. 3.** Фото больной К., 32 года. DS: апластическая анемия, тяжелая форма, панцитопения, агранулоцитоз. Определяется язвенно-некротический гингивит во фронтальном отделе нижней челюсти

А. Budrukkar et al. (2010) сообщили о случае применения у 27-летнего мужчины с карциномой основания языка (T2N0M0) и анемией Фанкони радикальной лучевой терапии суммарной очаговой дозой 70 Гр / 35 фракций / 51 день. Специалисты подчеркивали, что пациенты с аплазией костного мозга, раком головы и шеи нуждались в индивидуальном подходе в лечении. Решение о выборе различных методов должно основываться на сбалансированном подходе в отношении местного контроля и токсичности лечения [Budrukkar A. et al., 2010].

Нарушения свертывающей системы крови проявляются различными формами наследственных коагулопатий. К ним относятся гемофилия А, болезнь Виллебранда, болезнь Кристмаса (гемофилия В). Среди данных наследственных, сцепленных с полом коагулопатий наиболее часто встречалась гемофилия. По данным ВОЗ, частота ее распространения составляла 1 на 10 тыс. населения, встречалась во всех этнических группах мира [Андреев Ю.Н., 1988; Rodrigues-Merchan E.C., 1998; Федоров Д.В., 2000; Roberts H.R., 2001].

Гемофилия А — врожденная коагулопатия, обусловленная дефицитом VIII плазменного фактора свертывания крови, по рецессивному признаку сцепленного с X-хромосомой.

Гемофилия В (болезнь Кристмаса) — наследственная коагулопатия, обусловленная снижением активности фактора IX (плазменного компонента тромбопластина). Заболевание впервые описано и иден-



тифицировано как самостоятельное в 1952 г. Biggs. По симптоматике, тяжести и осложнениям гемофилия В идентична гемофилии А [Кадурина Т.И., 2000; Воробьев А.И., Андреев Ю.Н. и др., 2005].

По клиническому течению различают: тяжелую форму гемофилии — содержание плазменных факторов свертывания VIII и IX менее 1%, среднетяжелую (умеренную) форму — содержание факторов свертывания VIII и IX от 1% до 5% и легкую (латентную) форму, когда содержание VIII и IX факторов в плазме крови выше 5% [DiMichele D. et al., 1998; White G.C., Rosendaal F. et al., 2001].

Заболевания тканей ЧЛО у больных гемофилией встречаются довольно часто [Аванесов А.М., 1984; Аванесов А.М. и др. 1986; Андреев Ю.Н., 1988; Митронин А.В., 2009; Alpikiliç-Baskirt E. et al., 2009]. По данным разных авторов, 44–100% взрослых пациентов с гемофилией страдают кариесом и его осложнениями в виде запущенных форм, требующих хирургической санации полости рта [Плющ О.П. и др., 1994; Исмоилов А.А. и др., 2011; Шинкевич Д.С., Афанасьев В.В. и др., 2012]. Такая высокая распространенность патологии зубов обусловлена частыми кровотечениями (рис. 4), нарушающими фосфорно-кальциевый баланс, приводящими к деминерализации твердых тканей зубов и декальцинации костей лицевого скелета.

Имелись сообщения, что при травме челюстей возможно возникновение поднадкостничных гематом. В некоторых случаях возможно возникновение так называемой псевдоопухоли, которая представляет



**Рис. 4.** Больной Ш., 34 года. DS: гемофилия А, тяжелая форма. Самопроизвольное кровотечение из десен на нижней челюсти