Инструментально-технологическое обеспечение лечения кариеса зубов у больных гемофилией

Ю.А. ПЛЕНКИНА, проф. О.С. ГИЛЕВА, к.м.н. И.Н. ХАЛЯВИНА*, Т.В. ЛИБИК, А.Б. КОБУС, Е.А. ГОРОДИЛОВА

Dental decay treatment in hemophilia patients

YU.A. PLENKINA, O.S. GILEVA, I.N. KHALYAVINA, T.V. LIBIK, A.B. KOBUZ, E.A. GORODILOVA

Кировская государственная медицинская академия; Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера; Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Патологические изменения в полости рта являются постоянным синдромом при гемофилии. Оказание стоматологической помощи больным гемофилией — сложная задача. Многочисленные исследования показали, что практически все такие больные нуждаются в лечении зубов и пародонта с использованием эффективных и атравматичных методик. Для решения этой проблемы необходимо разработать рациональное и безопасное инструментально-технологическое обеспечение терапевтической санации полости рта у больных гемофилией.

Ключевые слова: гемофилия, санация полости рта, инструментально-технологическое обеспечение.

Intensive dental decay is a constant symptom in hemophilia patients while its treatment may be challenging because of need for effective but sparing techniques. Rational and safe techniques for dental decay treatment in hemophilia patients are discussed in the study.

Key words: hemophilia, dental decay treatment, rational techniques.

Патологические изменения в полости рта — значимый клинический симптом многих форм наследственных коагулопатий, в том числе гемофилии [1, 3, 7]. Больные гемофилией относятся к категории тяжелых пациентов, страдающих частыми и длительными кровотечениями, нередко возникающими спонтанно или под действием незначительных травм. Несмотря на очевидный прогресс современной факторзаместительной терапии, оказание стоматологической помощи этой категории пациентов попрежнему представляет собой сложную задачу современной стоматологии. Это связано с тем, что больные, а порой и врачи испытывают опасения в связи с проведением стоматологических вмешательств ввиду риска тяжелого кровотечения. Многочисленные исследования по оценке состояния стоматологического здоровья больных гемофилией [2, 8, 10] указывают на высокий уровень распространенности среди них основных стоматологических заболеваний, развивающихся на фоне неудовлетворительного гигиенического статуса полости рта. Практически в 100% случаев больные гемофилией нуждаются в лечении зубов и пародонта. По мнению специалистов [6, 9], высокая интенсивность поражения твердых тканей зубов у больных гемофилией связана с нарушениями минерального обмена, снижением общего и местного иммунитета, а также с комплексом специфических мотивационно-психологических причин. Врачи-стоматологи указывают на необходимость использования рациональных — максимально безопасных и эффективных — методик стоматологического лечения больных с тяжелыми формами коагулопатий, выделяют конкретные особенности их ортопедического и хирургического лечения [4—6]. Вопросы эффективного и безопасного инструментально-технологического обеспечения терапевтической санации полости рта у больных гемофилией изучены недостаточно.

В связи с этим мы поставили перед собой цель — изучить структуру и клинические особенности поражений твердых тканей зубов у больных гемофилией, определить их нуждаемость в стоматологическом лечении и предложить варианты эффективного инструментально-технологического обеспечения терапевтической санации полости рта.

Материал и методы

В исследование были включены 43 больных гемофилией (лица мужского пола в возрасте от 12 до 58 лет), проходивших лечение в ФГУ «Кировский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи». У 34 больных была диагностирована гемофилия А, у 9 — гемофилия В; 19,5% больных имели легкую степень гемофилии, 25,5% — среднюю; у 55% — определялась тяжелая форма заболевания. Все пациенты прошли комплексное стоматологическое обследование в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001). Выбор оптимальных программ консервативной санации

© Коллектив авторов, 2012

*Тел.: +7 (912) 734-1133

Stomatologiia (Mosk) 2012; 2: 20

полости рта обоснован исходными индексами КПУ, РМА (в модификации Parma, 1960), индексом гигиены (ИГ) по Федорову—Володкиной и данными анализа основных характеристик современных инструментов и методов терапевтической санации полости рта.

Результаты и обсуждение

Анализ стоматологической заболеваемости по индексам КПУ, ИГ и РМА у больных гемофилией проведен дифференцированно, с учетом типа и тяжести заболевания. У больных гемофилией А индекс КПУ в среднем равнялся 14,6±2,9 и был достоверно ниже (p<0,01), чем у больных гемофилией В (18,3±3,64). Интенсивность поражения зубов кариесом также возрастала по мере утяжеления заболевания: при легкой форме КПУ составила 12,7±2,4, при средней — 14,8±3,2, при тяжелой — 19,7±3,5. Таким образом, у всех больных с гемофилией индекс КПУ был оценен как высокий.

Анализ структуры индекса КПУ показал, что на долю компонента «У» пришлось около 56%, на долю пораженных кариесом зубов (компонент «К») и пломбированных (компонент «П») — 36 и 8% соответственно. У больных гемофилией легкой степени ИГ в среднем равнялся 1,81±0,35 и возрастал (p<0,01) до 2,78 ±0,4 при средней степени заболевания и до 3,3±0,25 — при тяжелой. Таким образом, у подавляющего большинства больных гемофилией уровень гигиены был оценен как неудовлетворительный, требующий коррекции и контроля. Индекс РМА у больных гемофилией равнялся в среднем 72,3±4,8%, что указывало на интенсивность воспалительного процесса в тканях десны, нарастающего по мере утяжеления заболевания. Так, тяжелое течение гемофилии сопровождалось наиболее выраженным поражением пародонта. В структуре кариеса зубов у больных гемофилией преобладали его осложненные формы, чаще — с локализацией по II и V классам Блека.

При оценке состояния запломбированных в связи с кариесом зубов выявлена несостоятельность реставраций. Так, нарушение краевого прилегания определялось в 95% случаев, анатомической формы зуба и контактных пунктов — в 87% наблюдений, наличие нависающих краев пломб с травмированием маргинальной десны — в 69%, а несоответствие цвета пломбы цвету эмали зуба — в 98%. Перечисленные недостатки предшествующих реставраций создавали условия для травматизации прилегающей слизистой оболочки полости рта (СОПР). Результаты анализа гигиенического, пародонтологического статуса, состояния твердых тканей зубов полости рта у больных гемофилией свидетельствуют о необходимости поиска рациональных средств и методов терапевтической санации.

К санации полости рта, предусматривающей профессиональную гигиену и лечение заболеваний твердых тканей зубов, приступали на фоне общего лечения «под прикрытием» факторзаместительной терапии. Профессиональная гигиена проводилась с помощью атравматичной системы Vector («Dürr Dental»), позволяющей, относясь щадяще к тканям пародонта, эффективно удалять над- и поддесневые зубные отложения. Считали необходимым проводить терапевтическое лечение «в 4 руки», что обеспечивало атравматичное и эффективное удаление пломб, подлежащих замене, эвакуацию ротовой жидкости. Во время лечения зубов ассистент врача-стоматолога старался по возможности минимально контактировать с СОПР, избегая ее травматизации, для чего предварительно смазывал губы пациента вазелиновым маслом, а СОПР — увлажняющим гелем Биотин; кроме того, инструменты тщательно проверялись на наличие дефектов поверхности. Актуальным представлялась изоляция слизистой от воздействия химических и механических санационных факторов, для чего мы использовали OptraDam («Ivoclar Vivadent»), обеспечивавший надежную и безболезненную изоляцию СОПР на время санационных мероприятий.

При одонтопрепарировании глубоких кариозных дефектов считали важным сохранить слой интактного неповрежденного дентина на дне полости, чтобы избежать вскрытия полости зуба и травмирования пульпы. Профилактика случайного вскрытия пульпы наиболее актуальна для многих больных с наследственными коагулопатиями, так как травмирование обильно васкуляризованной ткани пульпы может приводить к кровотечению, внутрипульпарным кровоизлияниям и необходимости эндодонтических вмешательств. Использование для одонтопрепарирования особых атравматичных боров «SmartBurs II» позволяло избегать случайного травмирования пульпы и соответственно — незапланированного эндодонтического лечения. Принимали во внимание, что боры «SmartBurs II» не похожи на обычные твердосплавные, алмазные или керамические боры; управление процессом одонтопрепарирования с их помощью основано на детекции твердости дентина, а не на его окрашивании с помощью особых красителей (кариесдетекторов), которые, по нашему мнению, весьма приблизительно характеризуют степень поражения кариесом. При использовании боров «SmartBurs II» для одонтопрепарирования в большинстве клинических ситуаций удавалось сохранить пласт здорового дентина, снизить постоперационную чувствительность, избегать вынужденного эндодонтического лечения при травматическом пульпите. При одонтопрепарировании у больных с системными нарушениями гемостаза боры «SmartBurs II» фиксировали на угловом наконечнике, работая на низкой скорости (до 10 000 об/мин). Начинали удаление пораженного кариесом дентина легкими круговыми движениями от центральной части дна кариозной полости к периферии. Идеальная центровка бора, отсутствие вибраций и минимальный нагрев бора в процессе работы давали возможность проводить некрэктомию и препарирование кариозной полости легко и наименее травматично как для твердых тканей зуба, так и для пораженной СОПР.

При локализации кариозных полостей в пришеечной области актуализировался выбор безопасной и одновременно эффективной методики ретракции десны. Контроль за десневым капиллярным кровотечением и образованием десневой жидкости, состоянием мягкотканного компонента пародонтального комплекса важен для обеспечения герметизма краев реставраций, прилегающих к тканям десны, с этой целью нами предложены хлопчатобумажная непропитанная нить Gingi-Plain («Gingi-Pak») и прозрачный вязкий 25% гель хлорида алюминия ViscoStat Clear («Ultradent»).

Выбор лекарственной формы геля ViscoStat Clear был обоснован его способностью останавливать профузное капиллярное кровотечение, нередко возникающее при стоматологическом лечении больных с коагулопатиями; кроме того, прозрачный гель не вызывает окрашивания десны и пломб, что делает его идеальным для проведения

фронтальных реставраций в эстетически значимых зонах. Благодаря его прозрачности можно было эффективно контролировать степень остановки десневого кровотечения. Механизм гемостатического действия геля связан с тем, что хлорид алюминия, входящий в состав «ViscoStat Clear», способен стимулировать образование коллагеновых «пробок» в окончаниях капилляров. Это обеспечивало его очевидные преимущества при работе в эстетически значимых зонах, так как препятствовало образованию и прилипанию кровяного сгустка к твердым и мягким тканям в зоне препарирования, а также возникновению дисколорита фронтальных зубов, окрашиванию десны в пришеечной области. Для максимально атравматичного, более упрощенного, а стало быть, оптимально удобного погружения ретракционных нитей мы использовали специальный инструмент для их упаковки Fischer's Ultrapak Packers («Ultradent»). Пакер-инструмент имеет очень тонкие головки и слегка зазубренные края, которые позволяли без усилий упаковывать нить в десневую борозду. Тонкие края инструмента обеспечивают атравматичное погружение ретракционной нити в десневую борозду, предупреждая возникновение обильного десневого кровотечения. Они проникают в серединную часть нити, а маленькие зубчики не дают ей ускользнуть и предупреждают повреждение десневого прикрепления. Закругленный конец исключал необходимость поворота и ротации инструмента в десневой зоне, предупреждая тем самым нежелательные последствия процедуры: разрыв тканей пародонта и десневые кровотечения. Указанные свойства инструмента обеспечивали возможность щадящей ретракции десны у стоматологических пациентов, страдающих заболеваниями системы крови и нарушениями кроветворения.

Пломбировочные материалы, используемые у больных гемофилией, должны обладать низкой усадкой, хорошими прочностными и эстетическими характеристиками. У больных гемофилией практически не использовали цементы ввиду их несоответствия предъявляемым требованиям. Материалами выбора являлись композиционные пломбировочные материалы EcuSphere-Shine («DMG»), EcuSphere-Carat («DMG»), EcuSphere-Shape («DMG»). Тщательно отполированная поверхность пломб обеспечивала долгосрочность реставрации и препятствовала образованию зубной бляшки, что крайне важно для больных гемофилией, у которых в периоды обострения основного заболевания очищение полости рта затруднено, что составляет важнейший патогенетический фактор прогрессирования воспалительного процесса в пародонте.

На сегодня в арсенале врача-стоматолога достаточно разнообразных средств для окончательной обработки реставраций, но особое место среди них занимают новые 10- и 20-гранные твердосплавные боры Safe-End (компания «SS White»). Так, 10-гранные боры Safe-End без особых усилий позволяли снимать излишки композита с поверхности реставраций, определяя ее окончательные размеры и форму. С помощью 20-гранных боров Safe-End завершали процесс полировкой поверхности пломбы, снимая лишь незначительные неровности. После полноценной ретракции десны наличие безопасного окончания на вершине финиров способствовало корректному снятию композита в поддесневой области без травмы маргинального края десны и круговой связки.

Эффективная окончательная обработка реставрации проводилась полировочными дисками и полосками с пастами Sof-Lex™ «Finishing & Polishing System» (3M™, ESPE™).

Соблюдение приведенных методик и рекомендаций позволяло решить задачу безопасности и эффективности терапевтической санации — важной части комплексного стоматологического лечения больных гемофилией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агаджанян А.А., Алимский А.В., Серова Л.Д. и др.* Стоматологическая помощь больным с гематологическим заболеваниями. Стоматология 1998; 4: 42—48.
2. *Гилева О.С., Халявина И.Н., Слободчиков Ю.В.* Эффективность стоматологической лечебно-профилактической программы для больных гемофилией. «Здоровье семьи — XXI век». Материалы международной научно-практической конференции. Мальта 2003; 69.
3. *Колесников С.А.* Особенности поражения и лечения зубочелюстной системы у больных гемофилией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул 2009.
4. *Либик Т.В.* Инструментально-технологическое обеспечение терапевтической санации полости рта у пациентов с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки полости рта. Материалы VI Всероссийской конференции «Стоматология детского возраста», Второго Сибирского конгресса «Челюстно-лицевая хирургия и стоматология», Всероссийского симпозиума «Новые технологии в стоматологии». Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ 2007; 76—80.
5. *Макеева И.М., Воронкова В.В.* Выбор метода изоляции при лечении дефектов твердых тканей зубов в придесневой области. Клиническая стоматология 2010; 4: 82—85.
6. *Пермякова Н.Е.* Комплексная профилактика вторичных луночковых кровотечений после удаления зубов у больных гемофилией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2005.
7. *Пермякова Н.Е.* Состояние полости рта у больных гемофилией. Нижегородский медицинский журнал. Стоматология 2003; 32—33.
8. *Слободчиков Ю.В., Халявина И.Н.* Стоматологическое лечение больных гемофилией: состояние вопроса и перспективы. Материалы докладов Первой межрегиональной научно-практической конференции Приволжского федерального округа по проблемам гемофилии. Киров 2001; 11—12.
9. *Халявина И.Н., Гилева О.С.* Динамика гигиенического состояния полости рта у больных гемофилией. Нижегородский медицинский журнал. Стоматология 2003; 33—34.
10. *Халявина И.Н.* Организация и эффективность оказания комплексной стоматологической помощи больным гемофилией А в условиях специализированного центра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 2004.