Clinical and functional changes in hard tissues of teeth in patients with hemophilia

Alisher NORBUTAIEV¹, Mukhiddin SHAMSIEV², Nodira NAZAROVA³

Samarkand State Medical Institute

ARTICLE INFO

Article history:

Received January 2021

Received in revised form

15 January 2021

Accepted 20 January 2021

Available online

10 February 2021

Keywords:

hemophilia

hard and soft tissues

oral cavity

Von Willebrand disease

orthopedic treatment

measures

dental status.

ABSTRACT

Hereditary coagulopathies characterized by reduced blood clotting occupy a special place among diseases of the blood system. The most common of these are hemophilia and Willebrand's disease. Hemophilia-the disease of "royals" - is an old, but still relevant disease.

Hereditary coagulopathies, characterized by reduced blood clotting, occupy a special place among diseases of the blood system. Based on who data and the likely frequency of research on these diseases, the prevalence of hemophilia ranges from 3 to 25 patients per 10,000 population.

Few studies of the oral cavity in patients with hemophilia have shown a high level of dental diseases, poor hygiene of the oral cavity. This is due to the lack of proper oral care, and dispensary monitoring, fear of prolonged bleeding after dental manipulations. For this reason, dentists try to avoid treating dental diseases in this category of patients.

At the same time, modern achievements of medical science in the field of Hematology and the development of effective replacement therapy allow to prevent almost all types of bleeding.

However, this group of patients is still unable to receive timely and high-quality dental treatment and prevention, which largely determines the high prevalence of inflammatory diseases of the maxillofacial region.

All of the above is evidence of the presence of many predisposing factors of damage to the dental system in patients with hemophilia, as well as the need for preventive, therapeutic,

¹ Head of Department 1 of dentistry, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

E-mail: norbutayev@mail.ru

² master of dental faculty of the Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

E-mail: muchiddin@gmail.com

³ Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Dentistry of the Faculty of Postgraduate Education, Samarkand state medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

E-mail: nazarova.uzb@gmail.com

including orthopedic dental measures for this category of patients.

2181-1415/© 2021 in Science LLC.

This is an open access article under the Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ru>)

Гемофилия билан чалинган беморлар тишларнинг қаттиқ тўқималарида клиник ва функционал ўзгаришлар

АННОТАЦИЯ

Калит сўзлар:

гемофилия
қаттиқ ва юмшоқ
тўқималар
оғиз бўшлиғи
Вон Виллебранд
касаллиги
ортопедик даволаш
чоралари
тиш ҳолати.

Қон ивишининг пасайиши билан характерланадиган ирсий коагулопатиялар қон тизими касалликлари орасида алоҳида ўрин тутати. Булардан энг кўп тарқалгани гемофилия ва Виллебранд касаллигидир. Гемофилия-роялти касаллиги - эски, аммо ҳали ҳам долзарб касалликларга киради.

Қон ивишининг пасайиши билан характерланадиган ирсий коагулопатиялар қон тизими касалликлари орасида алоҳида ўрин тутати. ЖССТ маълумотларига ва ушбу касалликларнинг тадқиқотларининг эҳтимолий частотасига асосланиб, гемофилия тарқалиши 3дан 25гача бўлган 10,000 беморларига тўғри келади.

Гемофилия билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи ҳолатининг бир қанча тадқиқотлари тиш касалликларининг юқори даражасини, оғиз гигиенасининг ёмонлигини кўрсатди. Бу тўғри оғиз бўшлиғини парваришlash ва диспансер назоратнинг йўқлиги, ва тиш парваришlash, кузатиш сўнг узок вақт қон кетиши кўрқиб ҳам туфайлидир. Шунинг учун стоматологлар ушбу тоифадаги беморларда тиш касалликларини даволашдан қочишга ҳаракат қилишади.

Шу билан бирга, гематология соҳасида тиббиёт фанининг замонавий ютуқлари, самарали алмашинув даволашни ривожлантириш деярли барча турдаги қон кетишларни олдини олиш мумкин.

Бироқ, ҳозирги кунга қадар беморларнинг ушбу контингенти ўз вақтида ва юқори сифатли тиш даволаш ва олдини олиш имкониятидан маҳрум бўлди, бу асосан юз-жағ соҳасининг яллиғланиш касалликларининг юқори тарқалишини белгилайди.

Юқоридагиларнинг барчаси гемофилия билан оғриган беморларда тиш тизимига зарар етказадиган кўплаб омиллар мавжудлигини, шунингдек, ушбу тоифадаги беморларда профилактика, терапевтик, шу жумладан ортопедик тиш тадбирларига бўлган эҳтиёжни кўрсатади.

Гемофилия билан касалланган беморлар тиш қаттиқ тўқималарининг клиник-функционал ўзгаришлари.

Клинико-функциональные изменения твердых тканей зубов у больных гемофилией

АННОТАЦИЯ

Ключевые слова:

гемофилия
твердые и мягкие ткани
полости рта
болезнь Виллебранда
ортопедические лечебные
мероприятия
стоматологический статус.

Наследственные коагулопатии, характеризующиеся пониженной свертываемостью крови, занимают особое место среди заболеваний системы крови. Наиболее распространенными из них являются гемофилия и болезнь Виллебранда. Гемофилия – болезнь «королевских особ» – старое, но по-прежнему актуальное заболевание.

Наследственные коагулопатии, характеризующиеся пониженной свертываемостью крови, занимают особое место среди заболеваний системы крови. Исходя из данных ВОЗ и вероятной частоты исследования этих заболеваний, распространенность гемофилии колеблется населения от 3 до 25 больных на 10 000 населения.

Немногочисленные исследования состояния полости рта у больных гемофилией показали высокий уровень стоматологических заболеваний, плохое гигиеническое состояние полости рта. Это объясняется отсутствием правильного ухода за полостью рта, и диспансерного наблюдения, боязни длительных кровотечений после стоматологических манипуляций. Врачи-стоматологи по этой причине стараются избегать лечения заболеваний зубов у данной категории больных.

В то же время современные достижения медицинской науки в области гематологии, развитие эффективной заместительной терапии позволяют предотвращать практически все виды кровотечений.

Однако до сих пор данный контингент пациентов лишен возможности получения своевременной и качественной стоматологической лечебно-профилактической помощи, что в значительной степени обуславливает высокую распространенность воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Все вышесказанное является доказательством наличия многих предрасполагающих факторов поражения зубочелюстной системы у больных гемофилией, а также необходимостью профилактических, лечебных, в том числе и ортопедических стоматологических мероприятий для данной категории больных.

Главным и практически единственным признаком гемофилии является склонность к кровотечениям. У лиц с тяжелой формой заболевания часты спонтанные кровотечения, а тесты свертываемости крови всегда выявляют патологию. При среднетяжелой форме возможны спонтанные кровотечения после незначительных травм, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) всегда увеличено. Легкая форма проявляется склонностью к кровоточивости после травм и операций, спонтанных кровотечений не бывает,

тесты свертываемости крови могут быть в пределах нормы. При легкой форме заболевания диагноз обычно ставится уже в зрелом возрасте.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинико-функциональные изменения органов полости рта у больных гемофилией и разработать особенности зубного протезирования.

ОБЪЕКТ И ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами обследованы 30 больных с гемофилией в НИИ гематологии и переливании крови Республики Узбекистан (директор профессор Каримов Х.Я.) в возрасте от 15 до 45 лет. Контролем служили практический здоровые пациенты, обратившиеся в стоматологическую поликлинику кафедры 1 стоматологии СамМИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Мы определяли нуждаемость больных гемофилией в стоматологической помощи, оценивали состояние слизистой оболочки полости рта, кровоточивость десен, состояние имеющихся зубных протезов, также оценивали состояние микроциркуляции слизистой оболочки полости рта.

Жалобы больных отличались в зависимости от проведения специфической терапии и от объема стоматологической помощи. При поступлении в клинику больные больше жалуются на кровоточивость десен, боли при приеме пищи. После санации полости рта и специфической терапии жалобы больных увеличиваются, на фоне увеличения кровоточивости появляется подвижность зубов.

Если кровоточивость была связана с побочными механическими действиями зубных протезов, после коррекции или удаления протезов она уменьшалась. Больные жаловались на гиперестезию зубов и нарушению вкусовой чувствительности, на зловонный запах из полости рта и отсутствие аппетита. При осмотре органов полости рта практически у всех больных отмечается изменения. Изменения слизистой в виде язвенных, язвенно-некротических, геморрагии, атрофии или гипертрофии, как правило, отражала тяжесть основного заболевания.

Стоматоскопическое изучение слизистой оболочки десны, губ и щек проводили как в контрольной группе, так и в основной группе. При осмотре слизистой альвеолярного гребня практически здоровых людей хорошо видны капиллярные сети на фоне розовой окраске. Капилляры состоят из артериальной и венозной части. Венозная часть более темного цвета и значительно шире артериальной. Субкапиллярная часть не просматривается. Ближе к переходной складке цвет слизистой более темный с отчетливым рисунком венозной сети, где отчетливо просматривается субкапиллярная сеть. В этой зоне отчетливо просматриваются: артериолы, прекапилляры, капилляры, посткапиллярные венулы и магистральные вены.

Поверхностное кровоснабжение богато прямыми артериолами, слегка извилистыми капиллярами и умеренно извитыми венулами. Равномерный кровоток наблюдается как в артериолах так в венулах. В последних иногда отмечается агрегация эритроцитов с мелкозернистым характером.

Стоматологическая картина слизистой альвеолярного гребня у больных гемофилией отличается от контрольной высокой степенью вариабельности как сосудистых, так не сосудистых изменений.

При гемофилии слизистая альвеолярного гребня бледная, часто отсутствуют признаки гингивита. Правильно расположенные капилляры имеют почти одинаковый диаметр, как в артериальном, так и в венозном отделе. Окраска капилляров розовая. Отчетливо просматривается капиллярная сеть, как в области переходной складки, так, и в области слизистой верхней губы. Слизистая оболочка нижней губы более темного цвета с признаками застоя.

На поверхности слизистой десны отмечается гиперплазия с явлениями кровоточивости, окраска фона бледная с синюшным оттенком, иногда багровая.

Капилляры короткие и утолщенные. Субкапиллярная сеть не просматривается. Как выше указывалось, наблюдается стаз крови в капиллярах, переваскулярный отёк и множество микрогеморрагий.

Часто гепертрофический гингивит сопровождается мутной окраской слизистой в области переходной складки. Капиллярная сеть нечеткая с выраженным перекапиллярным отеком, субкапиллярная сеть плохо просматривается, большое количество кровоизлияний.

У некоторых больных наблюдаются атрофированная слизистая оболочка десны с бледно желтым оттенком. Капилляры плохо просматриваются, они тонки, короткие и извилистые.

Сосочки между зубами отечны с темно-синей, а иногда багровой окраской. Наблюдается серо-желтое выделение из-под сосочков со зловонным запахом. На поверхности сосочков капилляры, извитые с признаками стаза. Часто встречаются точечные геморрагии.

На поверхности слизистой оболочки переходных складок сосудистая сеть хорошо просматривается, однако трудно идентифицировать все звенья микроциркуляторного русла. Наблюдается переваскулярный отек. Больше наблюдаются очаги кровоизлияния. Незначительные механические повреждения способствовали кровотечению.

У больных, пользующихся съемными протезами, на слизистой протезного ложа наблюдается отпечаток базиса протеза, часто в области переходных складок отмечается незаживающая язва, которая постоянно кровоточит.

Как правило, у одного больного было несколько жалоб. Сухость во рту отмечали 9 (30%) больных. На кровоточивость десен предъявляли жалобы 27 (90%) больных, чаще кровоточивость носила причинный характер. В 30% случаях жалобы были на боли, которые чаще всего обуславливались наличием патологических изменений на слизистой оболочке и в тканях пародонта. Иногда изменения слизистой отсутствовали, однако больные жаловались на парестезии, а так же нарушение вкусовой чувствительности.

Язвенно-некротические поражения имели место у 3 (10%) больных. Некроз десны чаще отмечался в области мостовидных протезов и коронок. Язвы в области щек, языка и губ развивались на месте кровоизлияний или в результате травмы слизистой острыми краями разрушенных зубов. Язвы были покрыты грязно-серым налётом, который затем пропитался кровью и принимал темно-коричневый или

даже черный цвет. Налеты с трудом снимались пинцетом и при снятии их обнажались кровоточащие поверхности, резко болезненные.

Из полости рта исходил неприятный запах. Воспалительная реакция окружающих тканей, как правило, отсутствовала. В отдельных случаях в окружности язвы определялась легкая гиперемия и отек слизистой.

Кровоточивость десен в основном носила причинный характер и проявлялась во всех стадиях болезни. Интенсивность геморрагического синдрома была различной: от незначительных локальных геморрагий до диффузной кровоточивости со всей краевой поверхности десны.

Нередко больных беспокоят не столько обильные кровотечения из зубных лунок, сколько образование прикрепленных к этим лункам сгустков крови, провисающих в полость рта и мешающих больному принимать пищу и разговаривать. После сталкивания таких сгустков языком или пальцем кровотечения возобновляются с повторным образованием провисающих сгустков. Кровоточивость десен сопровождалась кровоизлиянием в слизистую оболочку полости рта различной локализации: на губах, щеках, языке, нёбе.

Таким образом, при заболеваниях гемофилией наблюдаются значительные клинко-стоматоскопические изменения в полости рта, заключающиеся в наличии гипертрофии и отека десен, атрофии ткани альвеолярного гребня, кровоточивость слизистой оболочки на всех участках полости рта. Выявленные клинические особенности течения заболевания обуславливают дифференцированные подходы к диагностике, определению степени тяжести и лечебной тактики при гемофилии.

Обследование полости рта у больных гемофилией показало, что у всех пациентов имеется кариозное поражение зубов. Распространенность кариеса во всех возрастных группах составила 100 %.

В качестве контроля стоматологическое исследование было проведено у 20 соматически здоровых лиц, возрастные группы соответствовали больными гемофилией. Сравнительный анализ показал, что распространенность кариеса в контрольной группе колебалась от 86,7% до 95,3%. Средний показатель у соматически здоровых лиц равен 91,6%.

Таким образом, с увеличением возраста в контрольной группе распространенность кариеса зубов возрастает, а у больных, страдающих гемофилией она оставалась одинаковой и была равна 100%.

Интенсивность кариозного поражения зубов у больных зависела от степени тяжести гемофилии. Анализ показал, что среднее число кариозных зубов у больных гемофилией было в 6 раз больше, чем у практически здоровых лиц. Степень тяжести гемофилии отражается на величине этого показателя. Среднее число запломбированных зубов у пациентов, страдающих гемофилией, было достоверно выше по сравнению с контрольной группой.

Независимо от степени тяжести гемофилии, число удаленных зубов было меньше, чем у контрольных. Интенсивность кариозного поражения зубов зависит от возраста обследуемых с увеличением возраста возрастает как в группе больных гемофилией, так и у практически здоровых лиц.

Таким образом, обследование состояния полости рта у 30 больных гемофилией и 20 здоровых лиц (контроль) показало, что у всех больных диагностировано кариозное поражение зубов. С увеличением возраста и степени

тяжести гемофилии интенсивность кариеса значительно возрастала. У пациентов, страдающих гемофилией, высокая и очень высокая степень активности кариеса почти в 2,5 раза превышала контрольные показатели.

ВЫВОДЫ

У всех больных гемофилией имелись поражения зубочелюстной системы, степень которых зависела от тяжести и продолжительности основного заболевания.

При гемофилии в 100% случаев отмечался кариес зубов, интенсивность которого связана со степенью тяжести гемофилии. У больных с тяжелой формой гемофилии кариес встречается в 2 раза выше, чем в группе больных с легкой степенью. С увеличением возраста интенсивность кариозного поражения зубов возрастала.

Больные гемофилией имеют низкий уровень гигиены полости рта: индекс Федорова-Володкиной был в 2,5 раза выше, чем у соматически здоровых лиц, УИГР дали неудовлетворительную оценку гигиены полости рта у 90% больных.

Распространенность болезней пародонта при гемофилии оказалась высокая и составила 82%. Показатели пародонтальных индексов РМА, превышали в 3 и более раз контрольные величины, что указывает на тяжелые поражения тканей пародонта.

Комплексный анализ ЛДФ грамм свидетельствуют о первичном поражении сосудов микрогемодикуляторного русла, и подтверждает его роль в возникновении язвенно-некротических изменений и геморрагии слизистой оболочки полости рта у больных гемофилией.

Библиографические ссылки

1. Бабушкин И.Е. Медико-психологический статус больных гемофилией в сравнительном аспекте: автореф. дис. канд. мед. наук. Барнаул, -2001.-238 с.
2. Волокитина Н.В., Андреева Т.А. Оказание стоматологической помощи больным врожденными коагулопатиями // Пробл. гематол. 2004. - N 1. - С. 29-30.
3. Дерябин Е.И., Пермякова Н.Е. Предупреждение луночковых кровотечений у больных гемофилией после удаления зубов // Сб. тезисов док. Всеросс. научно-практич. конф.: М.: 2003. - С. 40-41.
4. Елизарова В.М., Петрович Ю.А. Нарушение гомеостаза кальция при множественном кариесе зубов // Стоматология. - 2002. N 1. - С. 67-71.
5. Зоренко В.Ю. Реконструктивно- восстановительное лечение больных гемофилией; Барнаул, 2007 (докт.).
6. Каргин В.Д., Егорова Л.В., Назарова Н.С. и др. Патогенетические особенности течения гемофилии.//Гематология и трансфузиология. -1997. N 3. - С.29-32.
7. Климова Е.Е., Федоров Д.В., Бишевский К.Н. и др. Изменение метаболизма костной ткани при системном остеопорозе у больных гемофилией // Актуальные вопросы лучевой диагностики заболеваний костно-суставной системы. Материалы Всероссийской конференции. - Барнаул, 2007. - С. 76-78.
8. Князев С.В., Максимовский Ю.М., Воложин А.И. и др. Опыт применения препарата «Колапол» для остановки десневых кровотечений у больных гемофилией // Врач. - 1993. - N 9. - С. 24-25.

9. Лобанова Е.В., Чернов В.М., Румянцев А.Г. Заболеваемость детей гемофилией в 17 регионах Российской Федерации в период с 1991 по 1994г.//Гематология и трансфузиология. 1999. - № 6. - С. 63.

10. Мазырко М.А. Сравнительные аспекты лучевой диагностики гемофилических артропатий: дис. .. канд. мед. наук. — Барнаул, 2001. — 167 с.

11. Махмудов А.Д., Бобоев К.Т., Азларова А.Т. Гемофилия: диагностика, клиника, профилактика и лечение. Мет.рекомендации. Ташкент. 2007, стр.25.

12. Момот А.П., Мамаев А.Н., Елыкомов В.А., Зайцев В.И., Белых В.И., Распопова Е.А., Розум В.Е. Опыт индукции иммунной толерантности у пациентов с ингибиторной формы гемофилии А, проживающих в Алтайском крае // В кн.: Клиническая фармакология и рациональная фармакотерапия. Материалы второго съезда клинических фармакологов Сибирского Федерального округа с международным участием. 21-22 мая, Барнаул 2009. с. 311-314.

13. Папаян Л.П. Современная модель гемостаза и механизм действия препарата НовоСэвен // Проблемы гематологии и переливания крови. - 2004.-N 1.-С. 11-17.