

УДК 616.31–005.1.–08

Методи гемостазу в ротовій порожнині

О. А. Стародубова, З. В. Золочевська

Дорожня клінічна лікарня на станції Харків Південної залізниці

Ключові слова: гемостаз, кровотеча, лікування, тампонада, загоєння лунки, мікроангіопатії, судинна мембрана, діатези.

До стоматологічних відділень лікувальних установ звертаються хворі з кровотечами, що виникли з різних причин. За нашими даними, 20 % хворих, які звертаються задля санації ротової порожнини до стоматологічних відділень поліклінік, потребують хірургічної санації.

За всіх видів кровотечі основну загрозу становить не брак маси переносника кисню — гемоглобіну, а гіповолемія — втрата маси циркулюючої крові як у цілому, так і її плазми, що призводить до «централізації» кровообігу, спустошення дрібних судин, мікротромбування артерій і венул [5].

Випадки постекстракційних кровотеч при цьому є рідкісними, але в гематологічних хворих, що потребують хірургічної санації ротової порожнини, постекстракційні кровотечі — як первинні, так і вторинні випадки — спостерігали у 40 %.

Проблема гемостазу після видалення зуба не втратила актуальності попри існування достатньої кількості засобів для зупинення кровотечі. Здебільшого кровотеча виникає після складного видалення зуба або атипичних коренів, що спричиняють травму кісткової тканини. За наявності рясної кровотечі з лунки зуба доцільно ввести в кровоточиву лунку оксидодекс, гегевін, хонсурид або стоматологічний штафт «Траумоцел». Для зближення м'яких тканин країв лунки можна накладати 1–2 шви. Це дає змогу зупинити кровотечу з лунки зуба. При цьому загоєння лунки після застосування гемостатичних препаратів відбувається у звичайні строки і без ускладнень. Очевидно, міцне «пломбування» лунки лікувальними препаратами, які містять у собі гемостатичні й антимікробні складові, є головним чинником профілактики, усунення вторинних кровотеч з лунки зуба.

Кровотечу в ротовій порожнині зумовлюють як різноманітні хвороби (кровотворних органів і крові — геморагічна форма, пухлинна форма гострого лейкозу, хронічного лейкозу, лімфоградулезу, геморагічні діатези, захворювання печінки, підшлункової залози, цукровий діабет,

гіпертонічна хвороба), так і травми. Нерідко кровотечі пов'язані з гнійно-некротичними запальними процесами, пухлинами, що розпадаються, кровоточивими гемангіомами ротової порожнини, коли кровотеча виникає спонтанно [5].

Відсутність або сповільнене зсідання крові можуть бути зумовлені такими чинниками: зниженням вмісту фібриногену, тромбоцитів, різкою гемодилуцією, підвищенням гепаринової активності, фібринолізом. Якщо кровотеча пов'язана з ушкодженням судинного складника гемостазу або судинних стінок, лікувальні заходи спрямовують на запобігання розвитку гіпертензії, запалення. Для лікування таких кровотеч застосовують аскорутинову кислоту (200–400 мг на добу), препарати вітамінів Р та Е. За підвищеної судинної проникності вводять кальцію хлорид, рутин, антигістамінні засоби. За наявності гіпертензивного синдрому, що посилює кровотечу, призначають гіпотензивні засоби («Дибазол», папаверин, магнію сульфат, препарати раувольфії), у тяжких випадках — гангліоблокатори (пентамін, бензогексоній, арфонад).

У жінок у період менструації спостерігається підвищення ламкості тромбоцитів, що може посилювати кровотечу під час будь-якого хірургічного втручання.

Причиною кровотечі можуть бути захворювання печінки, які супроводжуються порушенням її функції. У цьому разі зростає тривалість кровотечі та знижується вміст фібриногену. Основні лікувальні заходи спрямовують на відновлення функцій печінки, застосовують вітамін К.

Кровотечі виникають також у разі хвороб крові та кровотворних органів. За наявності гострого лейкозу (хворобу іноді виявляють випадково за результатами аналізу крові в разі звернення до лікаря з приводу травми, перелому, під час профілактичних оглядів, у зв'язку з тривалою кровотечею після екстракції зуба) під час первинного огляду звертаємо увагу на блідість шкіри та слизової оболонки, легке її ураження, кровоточивість, збільшення лімфовузлів.

Геморагічна форма гострого лейкозу — типова картина геморагічного діатезу у вигляді безлічі крововиливів на слизовій оболонці ротової порожнини, дихальних шляхів, на шкірі, підшкірній клітковині. Причини розвитку геморагічного синдрому можуть бути різноманітними: порушення утворення тромбоцитів, недостатнє відтворення факторів зсідання крові. Із подальшим прогресуванням процесу виникають некротичні ушкодження (виразково-некротичний синдром), некроз ясенних сосочків, мигдаликів (некротична ангіна). Некротичний процес за гострого лейкозу має тенденцію поширюватися на сусідні ділянки слизової оболонки. При цьому можуть виникати виразки з неправильними контурами, вкриті сірим некротичним нальотом, після видалення якого оголюється кровоточиве дно.

У разі хронічних лейкозів зміни слизової оболонки ротової порожнини в період розпалу захворювання і в термінальній його стадії можна спостерігати всі види ушкодження, що виникають у хворих на гострий лейкоз. Провідними в клінічній картині ускладнень у ротовій порожнині є геморагічні прояви — виникають постекстракційні кровотечі всупереч вагомій попередній підготовці, кровотечі з ясен часто пов'язані із збільшенням кількості гепарину в крові, що знижує тромбоутворення. Для хворих на хронічний мієлолейкоз характерним є некротичний синдром, котрий може спричинити гангрену пульпи зуба, що становить значну небезпеку як осередок «латентної інфекції».

Вагому роль у боротьбі з кровотечею відіграє загальне лікування. Це підвищення дози кортикостероїдів, переливання еритроцитарної маси, свіжоцитратної крові, призначення аскорбінової кислоти, рутину, вікасолу тощо. Місцево застосовують тампонаду з використанням гемостатиків: кровоспинна губка, фібринова плівка, розчини та порошок тромбіну, вітамін К, адреналін.

За лімфогранулематозу спостерігаються виразково-некротичні стоматит і гінгівіт. Ці ушкодження виявляються за значного лейкоцитозу. Тромбоцитопенія супроводжується носовими, матковими, а також невеликими кровотечами з ясен у разі їхнього механічного травмування.

Геморагічні діатези — захворювання, за яких характерною є схильність до кровотеч. Більшість їх пов'язана з дефіцитом або спадковою схильністю до дефіциту плазмових факторів зсідання крові, з патологією тромбоцитарного гемостазу. Менша частина — з набутими вадами під впливом приймання ліків, захворюванням печінки, наслідком автоагресії та пригніченням нормального гемопоезу в разі лейкозів та апластичних станів кровотворення. Лікування — патогенетичне, його

проводить гематолог. Симптоматичне лікування передбачає, зокрема, місцеву терапію — лікування тріщин у кутках рота, виразково-некротичного гінгіво-стоматиту Венсана, пародонтитів, глосалгії, стоматалгії [2].

Цукровий діабет — це ендокринне обмінне захворювання, в основі якого лежить абсолютний або відносний брак інсуліну, зумовлений порушенням усіх видів обміну речовин. Одночасно з порушенням вуглеводного обміну розгортається порушення жирового обміну та ушкодження низки органів і систем, передусім серцево-судинної та нервової. Діабетична ангіопатія — це генералізоване ушкодження судин, що поширюється як на дрібні судини, так і на судини середнього та великого калібру. Зміни у дрібних судинах мають специфічний характер. Патогномнічним для мікроангіопатії є зменшення кількості або повне зникнення перичитів (муральних клітин), які регулюють метаболізм і товщину базальної мембрани, тонус судин, швидкість кровообігу. Порушення функцій цих клітин (зменшення або зникнення) спричиняє розширення калібру капілярів, порушення проникності судинної мембрани. Основне лікування проводить лікар-ендокринолог.

Нерідко ефективним засобом гемостазу є тампонада (механічний та хімічний методи гемостазу). Для тампонади використовують тампони з 3% розчином перексиду водню, феракрил, тромбін, фібринну плівку, гемостатичну губку, капромін, віскозу, гемостатичну марлю, желатин медичний, гемофобін, оксицелоденс, гелевін, хонсурид [1].

Попередньо проводять старанний огляд ротової порожнини, вилучають кров'яний згусток, виявляють кровоточиву ділянку. І тільки правильна, локалізована в ділянці кровотечі тампонада дає змогу досягти гемостазу [4].

В умовах поліклініки застосовують також і фізичні методи зупинення кровотечі. Термічні засоби засновані на властивості високих температур зсідати білок і властивості низьких температур спричиняти спазм судин. Діатермокоагуляція (застосування струму високої частоти) — основний термічний засіб зупинити кровотечу. Його широко застосовують, щоб зупинити кровотечі з ушкоджених судин підшкірної жирової клітковини і м'язів, із дрібних судин. Основна умова застосування діатермокоагуляції — сухість рани, а під час її проведення не слід доводити тканини до опіку, бо це також може спричинити кровотечу. Лазер — сфокусоване у вигляді пучка електронне випромінювання. Кріохірургія — місцево застосування холоду. Локально заморозити тканини можна без будь-якого ушкодження здорових клітин, що оточують ділянку кріонекрозу [3].

Усі групи захворювань, різних за етіологією і патогенезом, мають важливе значення в стоматології і створюють певну клінічну картину в ротовій порожнині.

У разі підвищеної кровоточивості ясна часто можуть видаватися здоровими на перший погляд, але легкий доторк може спричинити кровотечу. Найчастіше кровоточать ясенні сосочки.

Отже, лікар завжди має пам'ятати про небезпеку тяжкої кровотечі в разі екстракції зуба, проведення розрізу, видалення зубних відкладень, екстирпації пульпи. Лікаря слід запитати в хворого про стан системи зсідання крові, за потреби провести дослідження. Виконуючи навіть невелике втручання, треба підготувати хворого, за потре-

би місцево застосувати засоби проти кровотечі. Загальне лікування хворого проводять, як правило, лікарі іншого фаху: терапевти, гематологи, ендокринологи, онкологи. Завданням лікування є підвищення зсідання крові — загальними і місцевими засобами, полегшення закриття кровоточивих судин.

Висновок

Ефективність зупинення кровотечі в ротовій порожнині залежить від застосування як місцевих, так і загальних методів гемостазу. Оптимальним є врахування причини виникнення кровотечі, у відповідності з якою потрібно обирати певну тактику лікування.

Цитована література

1. *Воробьев Л. И.* Справочник практического врача.— М.: Медицина, 1990.— 527 с.
2. *Гостищев В. К.* Руководство к практическим занятиям по общей хирургии.— М.: Медицина, 1999.— 323 с.
3. *Козлов В. А.* Неотложная стационарная стоматологическая помощь.— Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1998.— 436 с.
4. *Левицкий А. П.* Итоги и перспективы научных исследований в стоматологии / А. П. Левицкий, К. Н. Косенко // Вісник стоматології.— 1997.— № 1.— С. 19–23.
5. *Леонтьев В. К.* Оценка основных направлений развития стоматологии / В. К. Леонтьев, В. Т. Шестаков, В. Ф. Воронин.— М.: Медкнига, 2003.— 279 с.

Методы гемостаза в полости рта

Е. А. Стародубова, З. В. Золочевская

Проведен обзор причин возникновения кровотечений в полости рта и способов их устранения.

Methods of oral cavity hemostasis

O. A. Starodubova, Z. V. Zolochyvs'ka

The causes of oral cavity hemorrhage onset and methods of their removing have been reviewed.