

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С НАРУШЕНИЕМ  
СВЁРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Д.С. Шинкевич, В.В. Афанасьев**

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова  
г. Москва, Россия

**Резюме.** Повреждения мягких и костных тканей, в частности и в челюстно-лицевой области, нередко приводят к летальному исходу у больных гемофилией из-за сильного длительного и трудно купируемого кровотечения. Авторы на основании своего опыта указали на особенности клинического течения повреждений у больных с нарушением свертываемости крови. Было указано, что гематомы данных пациентов хорошо рассасываются под воздействием гемостатической терапии, при этом использование физиотерапии, сосудорасширяющих мазей и компрессов нецелесообразно. Лечебные мероприятия должны проводиться только в гематологических стационарах под наблюдением врача-гематолога и челюстно-лицевого хирурга.

**Ключевые слова:** повреждения челюстно-лицевой области, переломы челюстей, гемофилия.

**PECULIARITIES OF ASSISTANCE TO PATIENTS WITH INFRINGEMENT  
OF BLOOD REDUCTION IN INJURY OF THE MAXILLOFACIAL AREA**

**D.S. Shinkevich, V.V. Afanasyev**

Moscow State University of Medicine and Dentistry n.a. A.I. Evdokimov  
Moscow, Russia

**Summary.** Damage to soft and bony tissues, in particular in the maxillofacial region, often leads to death in patients with hemophilia due to severe prolonged and difficult-to-stop bleeding. Based on their experience, the authors pointed out the peculiarities of the clinical course of injuries in patients with bleeding disorders. It was pointed out that the hematomas of these patients dissolve well under the influence of hemostatic therapy, while the use of physiotherapy, vasodilating ointments and compresses is inexpedient. Medical measures should be conducted only in hematological hospitals under the supervision of a doctor-hematologist and maxillofacial surgeon.

**Key words:** damage to the maxillofacial region, jaw fractures, hemophilia.

**Введение**

Посттравматические гематомы челюстно-лицевой области нередко приводят к тяжелым осложнениям, вплоть до летальных, у больных гемофилией [2,5,7] из-за возникновения последующей деструкции костей [1,6] или подслизистых обширных кровоизлияний [4]. Практические врачи стационаров редко сталкиваются с таким контингентом пациентов, в результате чего пациенты с нарушением свертываемости крови не всегда своевременно получают специализированную помощь, а установление диагноза сопутствующей патологии может значительно запаздывать по времени. Данное обстоятельство послужило основой для написания работы, посвященной разработке принципов хирургической стоматологической помощи больным гемофилией с травмами челюстно-лицевой области.

**Материал и методы исследования**

Под нашим наблюдением находилось 7 пациентов с травмами мягких тканей и костей лица в возрасте от 23 до 45 лет. У одного пациента диагностировали сочетанную черепно-челюстную

травму с наличием гематом в области черепа и лица. У второго пациента был перелом скуловой кости, а также множественные ссадины и гематомы мягких тканей лица, у двух пациентов была гематома в подъязычных областях и рвано-ушибленную рану верхней и нижней губ с переломом коронок 2.1 и 2.3 зубов.

У одного пациента диагностировали двусторонний переломом тела нижней челюсти слева и суставного отростка справа без смещения, ушибленная рана в области лба, у другого – рвано-ушибленная рана верхней губы, переломом корней 4-х верхних резцов и рвано-ушибленная рана левой брови.

Все больные страдали гемофилией: с наследственным дефицитом фибриногена и фактора XII, X. Лечебные мероприятия включали проведение первичной хирургической обработки раны и иммобилизации отломков челюстей. Остеосинтез проводили в комплексе с общей гемостатической терапией путём введения VIII и IX плазменных факторов свёртывания крови, а также свежее-

замороженной плазмы и переливали одногруппную кровь.

### Результаты и обсуждение

Гематомы наблюдали у всех больных. У 5 пациентов гематомы располагались поверхностно под кожей в различных областях лица и носили ограниченный характер. У одного – гематома локализовалась под слизистой оболочкой обеих подъязычных областей из-за травмы жёсткой пищей. Гематомы самостоятельно рассасывались к 6 суткам под воздействием назначенной общей гемостатической терапии. У пациентки с переломом верхних резцов гематома в области верхней губы держалась 22 дня. Физиопроцедуры, сосудорасширяющие мази и компрессы для лечения не применяли, так как местный разогрев тканей и расширение сосудов повышает риск распространения гематом в глубокие пространства лица и шеи и, как следствие – сдавливание гематомой верхних дыхательных путей [3]. У больного с сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмой и у больного с переломом скуловой кости и множественными ссадинами и гематомами мягких тканей лица провели только консервативную терапию: постельный режим и симптоматическая терапия, ограничение открывания рта и жидкая пища. ПХО ран провели 4-му, 5-му, 6-му и 7-му пациентам. ПХО провели под местной анестезией после предварительного назначения гемостатической терапии. Проведя ревизию раны с иссечением некротических тканей, её ушивали наглухо и оставляли резиновый выпускник на сутки. Швы снимали на 8 сутки. Вторичного кровотечения не наблюдали. У двух пациентов также удалили оставшихся корни сломанных фронтальных зубов верхней челюсти. Лунки изолировали мембраной из силиконовой резины, которую фиксировали к десне непрерывным швом. Таким образом, достигали герметизм лунок, что позволяло не только осуществить местный гемостаз, но и надёжно защитить сгусток крови от механического и химического раздражения пищей. Мембрану удаляли на 8 сутки после появления зрелых грануляций, то есть когда отсутствовала вероятность развития вторичного кровотечения. Больному с двусторонним переломом нижней челюсти произвели иммобилизацию бимаксиллярными шинами с межчелюстным вытяжением. Шины сняли на 35 сутки после консолидации

костных отломков с образованием костной мозоли. После снятия шин наблюдали ограничение открывания рта из-за изменений в области височно-нижнечелюстных суставах, вызванных длительным обездвиживанием челюсти. Лечебная гимнастика, включающая движения нижней челюсти привела к открыванию рта в полном объёме через неделю. Окончательная эпителизация ран после ПХО наступала к 18 суткам. Пребывание больных в стационаре составило в среднем 15,5 суток.

### Выводы

Таким образом, наш опыт лечения больных с повреждениями тканей лица и головы показал, что гематомы мягких тканей у больных гемофилией хорошо рассасываются при назначении общей гемостатической терапии. Использование физиолечения в виде сосудорасширяющих мазей или компрессов не рекомендуется из-за возможности быстрого распространения гематомы. Для предохранения лунки удалённых зубов рекомендуется использовать силиконовую мембрану, которая надёжно защищает кровяной сгусток от механических и химических раздражителей и не мешает эпителизации лунки. Все хирургические манипуляции необходимо проводить только в гематологическом стационаре совместно с гематологом, владеющим методами заместительной гемостатической терапии.

### Литература

1. Андреев, Ю.Н. Многоликая гемофилия / Ю.Н. Андреев. - М.: Ньюдиамед, 2006. - 232 с.
2. Беляков, Ю.А. Стоματοлогические проявления наследственных болезней и синдромов / Ю.А. Беляков. - М.: «Медицина», 1993. - С. 185-187.
3. Руководство по гематологии: В 2т. /Под ред. А.И. Воробьёва. - 2-е изд. перераб. и доп. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.
4. Гемофилия / [И.П. Данилов. и др.] // Медицинские новости. - 2008. - №13. - С. 20-23.
5. Швырков М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей / М.Б. Швырков, В.В. Афанасьев, В.С. Стародубцев. - М.: Медицина, 1999. - 334 с.
6. Hemophilic pseudotumor of the inferior maxilla / [J.L. Marquez et. al.] // Oral Surg. - 1982. - Vol. 53, №4. - P. 347-350.
7. Finucane, D. Dentoalveolar trauma in a patient with chronic idiopathic thrombocytopenic purpura: a case report / D. Finucane, P. Fleming, O. Smith // Pediatr Dent. - 2004. - Vol. 26, №4. - P. 352-354.