

Преимущества небной цистотомии, востребованные при лечении кистозного образования у пациента с ингибиторной формой гемофилии А

А.В. ЩИПСКИЙ, д.м.н., проф.
Д.С. ШИНКЕВИЧ, к.м.н., асс.
И.В. ГОДУНОВА, асп.

Кафедра травматологии челюстно-лицевой области

ГБОУ ВПО МГМСУ Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
ФГБУ Гематологический научный центр МЗ России, Москва

Advantages of palatal cystotomy, demanded for treating cystic structures in the patient with inhibitors hemophilia A

A.V. SHCHIPSKIY, D.S. SHCINKEVICH, I.V. GODUNOVA

Резюме: Авторы апробировали небный вариант цистотомии при лечении обширного кистозного образования верхней челюсти у пациента с гемофилией. Использование данной методики у пациента с дефицитом фактора VIII было обоснованным и основывалось на имеющемся опыте хирургического лечения кистозных образований верхней челюсти, который обсуждается в данной статье.

Ключевые слова: кистозные образования челюстей, цистэктомия, цистотомия, гемофилия, заболевания крови.

Abstract: The authors tested a palatal cystotomy option in the treatment of extensive cystic formation of the maxilla in a patient with hemophilia. The use of this technique in a patient with a factor VIII deficiency were reasonable and based on existing experience of surgical treatment of cystic formations of the upper jaw, which is discussed in this article.

Key words: cystic cystictumors in jaws, cystectomy, cystotomy, hemophilia, blood diseases.

Тема кистозных образований челюстей воспринимается достаточно консервативно. Действительно, о полых образованиях в челюстях (cysts) упоминают в 1654 году Scultetus, в 1728 году — Fauchard, в 1860 году — Magitot [16, 26], а широко применяющиеся в клинической практике методы хирургического лечения, основанные на декомпрессии или удалении оболочки кисты, предложены Partsch еще в конце XIX столетия [26]. Тем более сложно объяснить высокий уровень рецидивов, количество которых может достигать 18% [27], а то и 56% [5]. Эта статистика в абстрактном выражении выглядит еще более впечатляющей, если учитывать частую встречаемость кистозных образований, которые занимают 10–12% заболеваний хирургического профиля [3, 8]. И это при том, что в связи с длительным процессом регенерации многие пациенты могут «выпадать» из-под наблюдения хирурга и скрывать от него информацию о рецидивах, поддерживая таким образом иллюзию о результативности проведенного лечения. Вряд ли причины рецидивов можно объяснить только патоморфологической сущностью кистозных образований, хотя такие данные заслуживают внимания [23, 24]. В полости рта возможны случаи инфицирования послеоперационной раны, что значительным образом изменяет характер регенерации [19]. Анализ литературы позволяет предположить, что причины рецидивов следует искать, прежде всего, в неоптимальном выборе методики лечения и отсутствии или неэффективности реабилитационных мероприятий. Это можно продемонстрировать

на примере лечебно-реабилитационного алгоритма у пациентов с кистозными образованиями во фронтальном отделе верхней челюсти. Именно при этой локализации из-за анатомо-топографических соотношений велика вероятность осложнений и рецидивов, особенно у пациентов с отягощенным анамнезом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Продemonстрировать зависимость эффективности лечения кистозных образований верхней челюсти от правильного выбора методики хирургического лечения и соблюдения лечебно-реабилитационного алгоритма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В представленной группе находились 29 пациентов с 30 кистозными образованиями значительных размеров, локализованными во фронтальном отделе верхней челюсти. Среди них преобладали радикулярные кисты (80%), реже встречались зубосодержащие кисты (20%). Выбор методики цистотомии носил дифференцированный характер. У 10 пациентов (10 небных цистотомий) орокистозное сообщение сформировали в небную сторону, у 9 пациентов (10 вестибулярных цистотомий) — в вестибулярную сторону, у 10 пациентов (10 ороназальных цистотомий) — в сторону верхнечелюстного синуса. Все операции выполняли под проводниковой и инфильтрационной анестезией с использованием: Sol. Ubistesini, Sol. Ultracaini, Sol. Septanesti. После ороназальной цистотомии швы снимали

по результатам заживления раны первичным натяжением, в других случаях — во время удаления тампона. После удаления тампона лабораторным методом изготавливали пластмассовый obturator, который пациенты использовали до максимального уменьшения полости кисты.

Изучали критерии выбора методики цистотомии в зависимости от состояния альвеолярного отростка и окружающих анатомических структур. Эффективность небного варианта цистотомии сравнили с традиционным вестибулярным вариантом цистотомии. Информативность лучевых методов исследования установили на основании информации, полученной во время операции. Достоверность результатов и обоснованность выводов данного исследования основана на статистическом анализе с использованием критерия Стьюдента и экспертной оценке.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно проведенным исследованиям, постепенное увеличение кист во фронтальном отделе верхней челюсти сопровождалось резорбцией структур альвеолярного отростка верхней челюсти и сопредельных анатомических образований (рис. 1, 2). Чаще всего наблюдали резорбцию вестибулярной (в 24 случаях, 83%) и небной (в 19 случаях, 65%) стенок альвеолярного отростка, реже — резорбцию стенки носа (в 11 случаях, 38%) и резорбцию стенки верхнечелюстного синуса (в 6 случаях, 21%). Из этого следует, что резорбция небной стенки альвеолярного отростка является распространенным структурным нарушением, которое к тому же может сочетаться с резорбцией вестибулярной стенки альвеолярного отростка и резорбцией сопредельных анатомических образований. Информация о характере данных нарушений необходима для правильного выбора методики хирургического лечения. Так, при резорбции небной стенки альвеолярного отростка сложно рассоединить оболочку кисты и слизистую оболочку неба, особенно если этому предшествовало гнойное воспаление. Цистэктомию не стоит применять при сочетании резорбции неба с резорбцией стенки носа, так как при удалении оболочки кисты может возникнуть трудноустраняемый свищ с полостью носа. В таких случаях для хирургического лечения пациентов с кистозными образованиями лучше использовать методику цистотомии [6, 8, 13]. При этом она может быть самостоятельной операцией или первым этапом так называемой «двухэтапной методики», с помощью которой можно локализовать КО и затем удалить остатки оболочки [6]. При проведении цистотомии можно воспользоваться резорбцией небной стенки альвеолярного отростка и сформировать орокистозное сообщение со стороны неба. Именно таким образом мы поступили в 9 случаях (47%) (рис. 1, 2). В остальных 10 случаях (53%) с резорбцией небной стенки альвеолярного отростка орокистозное сообщение сформировали с вестибулярной стороны, а при сочетании резорбции небной стенки альвеолярного отростка с резорбцией стенки верхнечелюстного синуса использовали методику ороназальной цистотомии.

Резорбцию небной стенки альвеолярного отростка в большинстве случаев можно обнаружить с помощью пальпации по наличию податливости десны в области неба или во время анестезии по характерному погружению иглы шприца в полость кисты. Комплексную информацию о состоянии всех анатомических структур можно получить только с помощью компьютерной томографии [2], выполнить которую у всех пациентов не позволяют обстоятельства. Ортопантомография в данных случаях по причине 2D-формата является менее информативным исследованием. На ортопантомограммах обнаружить резорбцию стенки носа или синуса можно далеко не всегда [9, 12, 17]. С ее помощью можно установить только наличие кисты и состояние зубов в ее проекции. При отсутствии объек-

тивной информации о состоянии альвеолярного отростка и сопредельных анатомических образований мы рекомендуем начинать операцию посредством отслаивания вестибулярного слизисто-надкостничного лоскута (рис. 1г). В таком случае после ревизии можно завершить операцию по любой методике: по типу цистэктомии или цистотомии с формированием орокистозного сообщения со стороны неба, с вестибулярной стороны или со стороны верхнечелюстного синуса. Таким образом следует поступить при необходимости резекции верхушек причинных зубов (рис. 1е). Такая хирургическая тактика исключает ошибку, не оказывая при этом существенного влияния на течение послеоперационного периода (рис. 1и).

В клинической практике по поводу формирования орокистозного сообщения на небе существует определенные предубеждения. Наш опыт показал, что это не вполне обосновано. Сообщение на небе имеет некоторые преимущества как для пациента, так и для ведения реабилитационного периода. Важным преимуществом небной цистотомии является отсутствие на небе подвижных мягких тканей в области орокистозного сообщения, тогда как при формировании орокистозного сообщения с вестибулярной стороны в реабилитационном периоде требуются значительные усилия для сдерживания мягких тканей. При формировании орокистозного сообщения на небе на первый план выходит гигиенический фактор. При традиционном рыхлом тампонировании полости кисты в виде «гармошки» марля быстро пропитывается пищевым детритом, с трудом очищается с помощью гигиенических процедур и требует периодической замены. Нам удалось избавиться от данного недостатка за счет усовершенствования методики тампонирования. Для этого йодоформную турунду скатывали в тугий валик, диаметр которого соответствовал диаметру сформированного орокистозного сообщения. Тугий валик, помещенный в полость кисты и зафиксированный по периферии к десне неба швами (рис. 1й), не загрязнялся пищевым детритом (рис. 1л), не требовал периодической замены и мог быть удален после заживления десны (рис. 1н). Обычно для этого достаточно было двух недель. Причем если после вестибулярной цистотомии в связи с наличием в области верхнего свода подвижных мягких тканей данные сроки имели тенденцию к увеличению (через $17,7 \pm 8,4$ дней), то после небной цистотомии, наоборот, тугий тампон можно удалить раньше (через $13,9 \pm 1,5$ дней). Небная цистотомия имеет еще одно важное преимущество перед вестибулярной цистотомией. После вестибулярной цистотомии в связи с высокой вероятностью преждевременного закрытия орокистозного сообщения мягкими тканями в реабилитационном периоде пациент должен был неукоснительно пользоваться специально изготовленным obturatorом вплоть до уменьшения полости до размеров сопоставимых с размерами орокистозного сообщения (через $131,8 \pm 55,6$ дней). После небной цистотомии десна не требовала сдерживания, что позволяло отменить использование obturatorа значительно раньше (через $31,0 \pm 14,9$ дней) (рис. 1о), а в некоторых случаях и вовсе отказаться от его использования (рис. 2н). Следовательно, после небной цистотомии количество посещений ($3,2 \pm 0,6$ посещений), необходимых для коррекции obturatorа, было меньшим, тогда как после вестибулярного варианта цистотомии пациентам пришлось осуществить для этих целей больше визитов в клинику ($4,5 \pm 1,0$ посещений). Меньшая реабилитационная нагрузка при обсуждении предстоящего варианта операции может показаться пациенту дополнительным аргументом в пользу выбора небного варианта цистотомии.

Небная цистотомия предполагает достоверно меньший активный этап реабилитационного периода. Состояние при котором дефект в области орокистозного сообщения

переставал определяться или определялся в виде незначительной деформации (прим.: данное состояние мы условно назвали клиническим выздоровлением) наступало после небной цистотомии примерно через четыре месяца (через $112,9 \pm 42,3$ дней), тогда как после вестибулярного варианта цистотомии — примерно через семь месяцев (через $206,9 \pm 58,7$ дней). Если учитывать, что на практике при возникновении такого состояния обычно прекращают динамическое наблюдение. Однако как показали наши исследования, этого не стоит делать. По данным компьютерной томографии и ортопантомографии, кистозный дефект после цистотомии в области верхней челюсти на момент закрытия орокистозного сообщения (через $167,3 \pm 65,5$ дней, или пять месяцев) был заполнен пер-

вичным регенератом полностью или хотя бы на 2/3 только в 33% случаев. При этом интенсивность образования первичного регенерата коррелировала со сроками закрытия орокистозного сообщения. Так, у пациентов после небной цистотомии клиническое выздоровление наступило через $112,9 \pm 42,3$ дней, и данный показатель составил 28%. У пациентов после вестибулярной цистотомии клиническое выздоровление наступило через $206,9 \pm 58,7$ дней и данный показатель соответствовал 89%. Несмотря на определенные различия в сроках наступления клинического выздоровления, процесс ремоделирования первичного регенерата в виде появления на рентгенограммах трабекулярного рисунка во всех представленных случаях только начинался (рис. 1р). Признаки ремоделирования в виде формирования кортикальных структур в данные сроки полностью отсутствовали. Очевидно, что регенерация является типовым процессом, который не зависит от методики цистотомии. После видимого закрытия орокистозного сообщения динамическое наблюдение за пациентом следует продолжать до полного восстановления в области кистозного дефекта архитектоники костной ткани.

Несмотря на индивидуальные различия, процесс формирования первичного регенерата в области верхней челюсти завершился только через два года после цистотомии, что произошло у 80% пациентов после вестибулярной

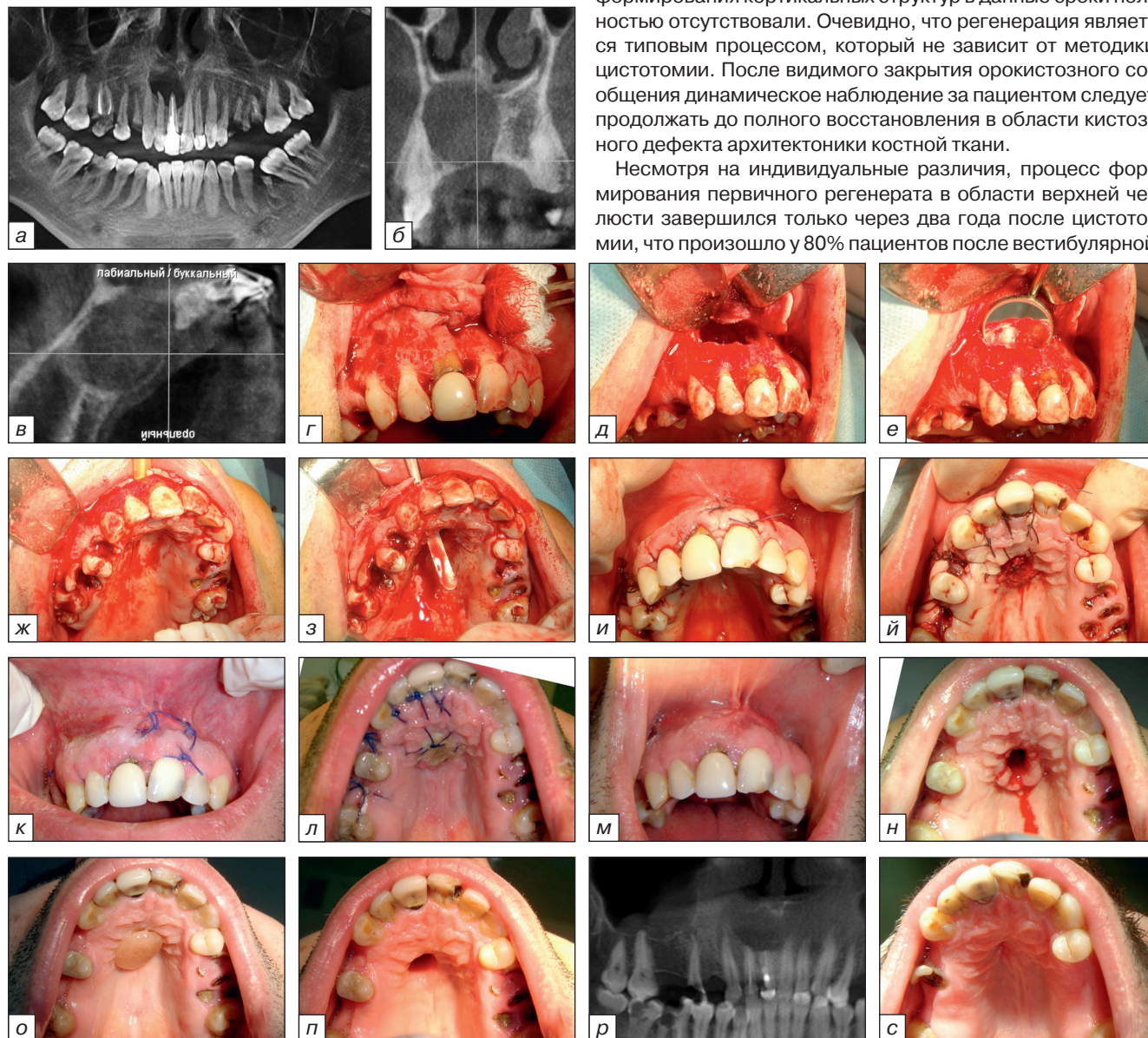


Рис. 1. Пациент 3., 38 лет. Диагноз: радикальная киста верхней челюсти во фронтальном отделе в области 1.3, 1.2, 1.1 зубов с резорбцией стенки носа, вестибулярной и небной стенок альвеолярного отростка. На рисунках: конусно-лучевые томограммы: 2D (1а), фронтальная (1б) и боковая (1в) реконструкции перед операцией; после отслаивания лоскута подтверждена узура вестибулярной (1г) и небной (1ж; 1з) альвеолярного отростка; вид после трепанации (1д) и резекции причинного 1.1 зуба (1е); после ушивания вестибулярного лоскута (1и) со стороны неба электроножом сформировано орокистозное сообщение и полость кисты заполнена тампоном в виде тугого валика (1й); вид послеоперационной области через неделю (1к; 1л), через 2 недели (1м; 1н), непосредственно после удаления тампона (1н) и через 1 месяц (1о; 1п) после цистотомии; снятие слепка размягченным воском (1м; 1н) и установка пластмассового obturатора (1о); рентгенологическая картина (1р) и вид со стороны неба (1с) через 1 год и 2 месяца после операции. Костная ткань в области кистозного дефекта восстановлена (р), орокистозное сообщение не определяется (1с)

цистотомии и у 100% — после небной цистотомии. В эти сроки были отмечен значительный прогресс и в плане ремоделирования регенерата. Если в течение первого года ремоделирование первичного регенерата только начиналось, то через два года трабекулярный рисунок у пациентов после цистотомии в области верхней челюсти уже дифференцировался в 44% случаев (в 40% случаев — после вестибулярной цистотомии; в 75% случаев — после небной цистотомии). Однако признаки ремоделирования в виде формирования кортикальных структур и через два года только обозначились. Дальнейшие наблюдения показали, что формирование трабекулярной структуры регенерата завершилось примерно в сроки около трех лет, а восстановление кортикальных структур костной ткани — в сроки около пяти лет.

Таким образом, небная цистотомия показала себя эффективной методикой хирургического лечения кистозных образований, расположенных во фронтальном отделе верхней челюсти. Ее можно применять во всех случаях у пациентов с резорбцией небной стенки альвеолярного отростка при условии, что она не сочетается с резорбцией стенки верхнечелюстного синуса. Небная цистотомия

создает равноценные с вестибулярной цистотомией условия для регенерации костной ткани. Наряду с этим, небная цистотомия за счет орокистозного сообщения на небе обладает определенными преимуществами. Отсутствует необходимость сдерживать подвижные мягкие ткани, в связи с чем сроки использования obturator можно сократить или вообще отказаться от его использования. Кроме того, небную цистотомия можно использовать как малоинвазивную методику хирургического лечения кистозных образований у пациентов с отягощенным анамнезом, что продемонстрировал случай ее применения у пациента с гемофилией.

Хирургическое лечение пациентов с гемофилией является очень сложной проблемой. Притом, что они не меньше других пациентов нуждаются в стоматологической помощи. По некоторым данным, около 60% из них имеют запущенные формы кариозных процессов, требующих хирургической санации полости рта [14]. Обильное кровотечение может возникнуть даже при легкой форме заболевания, при которой уровень факторов VIII и IX может достигать 30% от требуемой нормы. Средняя и тяжелая формы гемофилии с уровнем фактора менее 5% и без оперативных вмешательств постоянно находятся в состоянии вероятных спонтанных кровотечений, особенно в суставы. При отсутствии заместительной гемостатической терапии любые хирургические вмешательства у пациентов с гемофилией сопровождаются развитием некупируемых кровотечений и гематом [10]. Особенности риски возникают при появлении в крови больных гемофилией иммунных ингибиторов к факторам VIII или IX. Такие формы гемофилии называются ингибиторными. Причем это наблюдается достаточно

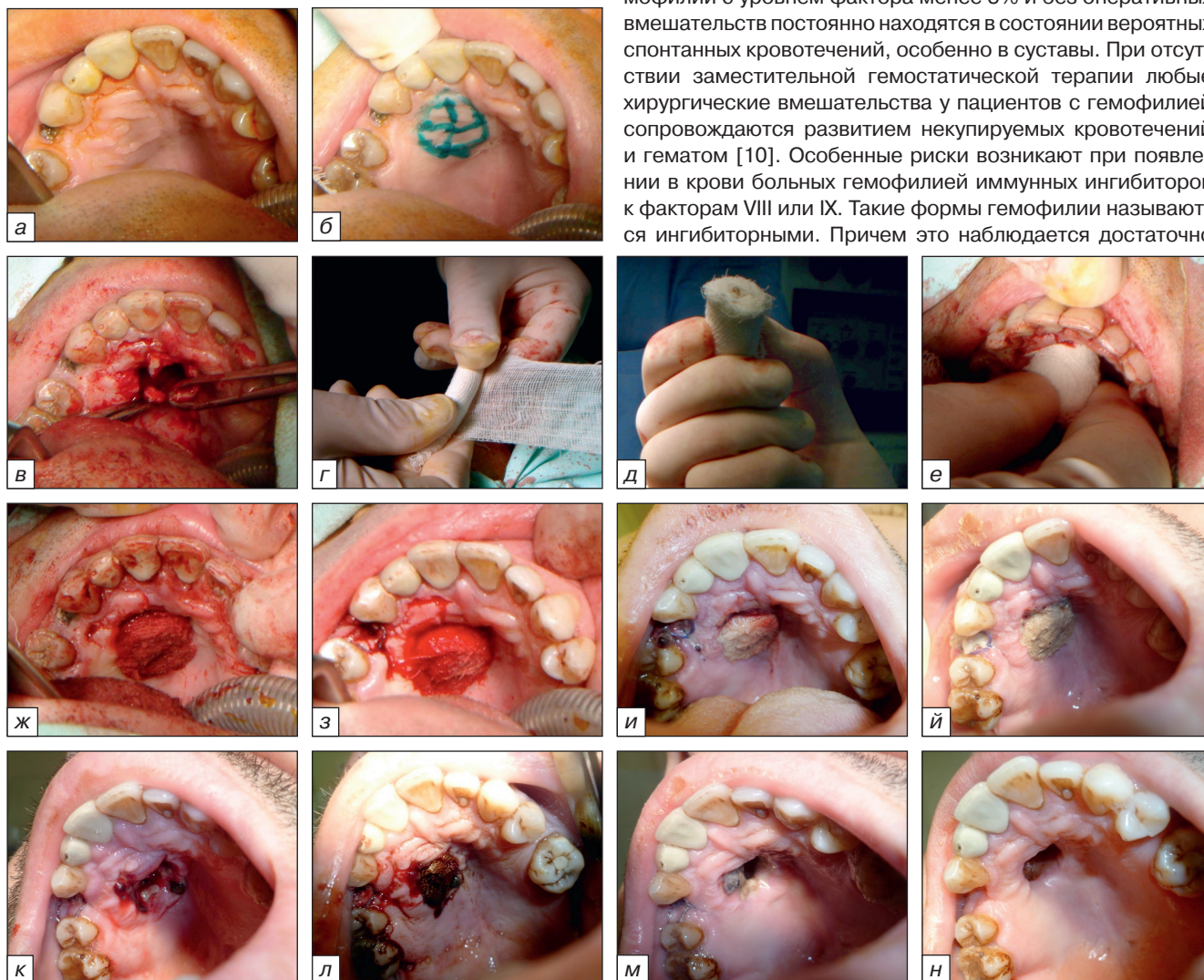


Рис. 2. Пациент В., 39 лет. Диагноз: ингибиторная форма гемофилии А. Радикулярная киста верхней челюсти в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов с резорбцией стенок верхнечелюстного синуса, носа, неба. На рисунках: вид пред операцией (2а); схема предполагаемых разрезов (2б); вид сформированных треугольных лоскутов (2в); изготовление тугого йодоформного валика (2г; 2д); тампонада полости кисты тугим валиком (2е); вид после тампонады полости кисты (2ж) и удаления 1.4 зуба (2з); вид через 2 дня (2и) и 4 дня (2й); вид на 11 день после удаления тугого валика (2к) и после повторного тампонирувания (2л); вид на 18 день, видна зона некроза на месте коагуляции (2м); вид сформированного орокистозного сообщения на 42 день после цистотомии (2н). Опасность кровотечения отсутствует

часто. Частота таких ингибиторных форм гемофилии А может достигать 20% [25, 7]. По этой причине оказание хирургической помощи пациентам с гемофилией в условиях обычной стоматологической клиники невозможно. Ее можно провести только в условиях гематологического стационара после проведения соответствующей заместительной гемостатической терапии [1, 18]. Хотя и здесь не совсем ясны сроки оказания стоматологической помощи, выбор метода обезболивания и тактика ведения таких больных [4, 11, 15, 22]. Отдельные работы по оказанию хирургической помощи в амбулаторных условиях касаются только женщин, которые являются носителями гена гемофилии [20, 21]. Серьезным фактором при планировании хирургической помощи больным гемофилией является огромная стоимость заместительной терапии, которая возможна только в условиях целевого бюджетного финансирования. Особенности оказания хирургической помощи пациентам с гемофилией представим на клиническом примере.

В гематологический научный центр (ГНЦ МЗ РФ) поступил пациент В., 39 лет, с диагнозом «ингибиторная форма гемофилии А. Радикулярная киста верхней челюсти в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов с резорбцией стенок верхнечелюстного синуса, носа, неба». Около двух месяцев назад появились боли в области верхней челюсти, обратился к стоматологу, диагностирована киста верхней челюсти. Госпитализирован в ГНЦ для хирургического лечения. Во фронтальном отделе верхнего свода в пределах 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 зубов обнаружили эластичное безболезненное выбухание. Аналогичное выбухание обнаружили и в области неба (рис. 2а, 2б). На КТ определялся дефект кости альвеолярного отростка верхней челюсти, больше справа, с ровными, четкими краями. Стенки носа, верхнечелюстного синуса и неба были резорбированы. Корни 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубов находились в полости кисты. Каналы 1.1, 1.2 зубов запломбированы до верхушки корней. Диагноз дифференцировали с гемофилической псевдоопухолью, которую желательно удалять полностью в целях профилактики кровотечения из остатков оболочки. Уровень фактора VIII до лечения — 1,1, ингибитор — 26 (БЕ). Наличие резорбции стенок альвеолярного отростка и сопредельных анатомических структур исключили применение цистэктомии. Высокий риск кровотечения с непредсказуемыми последствиями в условиях ингибиторной формы гемофилии требовал выбора наименее инвазивной методики цистотомии. Возможные в обычных случаях методики ороназальной или вестибулярной цистотомии не соответствовали данному критерию. Было принято решение использовать для этих целей небный вариант цистотомии.

Под эндотрахеальным наркозом на слизистой оболочке неба с помощью скальпеля сформировали четыре треугольных лоскута направленных вершинами к центру резорбции (рис. 2б, 2в). Электроскальпель постарались не применять из-за риска некроза формируемых лоскутов, хотя избежать применения коагулятора не удалось. Содержимое кисты с примесью холестеатомных аполицирующих масс. Глубокую часть полости кисты рыхло заполнили турундой с аквазаном, орокистозное сообщение затампонировали тугим марлевым валиком (рис. 2г, 2д), который прижал ввернутые полость кисты лоскуты, изолировав таким образом раневую поверхность по периферии сообщения (рис. 2ж). После удаления 1.4 зуба края лунки сблизил швами (рис. 2з). Благодаря заместительной терапии (Коагил 13,2 мг внутривенно перед операцией) кровопотеря во время операции составила всего 100 мл. Через 2 часа после начала операции ввели 13,2 мг Коагила, далее каждые 2 часа по 12 мг Коагила в течение 24 часов, далее каждые 3 часа по 12 мг Коагила. Давящую повязку сняли на вторые сутки. Кровотечение в послеоперационной области отсутствовало на вторые сутки (рис. 2и) и на четвертые сутки

(рис. 2й) после операции. На седьмые сутки незначительное кровотечение возле тугого валика, которое было купировано посредством введения в структуру тампона транексаминовой кислоты и обработки послеоперационной области 3% раствором перекиси водорода. На 10-е сутки кровотечение повторилось, был удален тугой валик и внутренняя турунда (рис. 2к). После обработки полости кисты 3% раствором перекиси водорода и 10% раствором аквазана кровотечение прекратилось. На 13-е сутки у больного по дежурству возникло сильное кровотечение из края раны на небе. Аррозивное кровотечение возникло из-за некроза одного из треугольных слизистых лоскутов, причем в том участке, где во время операции пришлось коагулировать кровеносный сосуд. После переливания препаратов: Коагил VII каждые два часа и Агемфил В 4000Ме два раза в сутки и электрокоагуляции сосуда кровотечение удалось остановить. На 18-е сутки кровотечение после введения Агемфил В 4000Ме отсутствовало (рис. 2м). После выписки на 20-е сутки пациент обратился на следующий день с кровотечением, которое удалось купировать введением 10.8 ед. Коагила. Осмотр после выписки на 42-е сутки показал полную стабилизацию состояния пациента. Кровотечение с момента последнего эпизода после выписки больше не возобновлялось. Края орокистозного сообщения эпителизовались (рис. 2н). Благодаря небной цистотомии необходимость в использовании obturatora отсутствовала. Пациент самостоятельно с помощью ирригатора ухаживал за полостью кисты.

Закключение

Методика небной цистотомии может быть рекомендована для более широкого использования в клинической практике. По своей эффективности она соответствует традиционно используемой в клинической практике вестибулярной цистотомии. При этом орокистозное сообщение на небе создает более благоприятные условия проведения реабилитационного периода. Из-за отсутствия подвижных тканей на небе сроки использования obturatora можно сократить или вовсе отказаться от его использования. Пациент становится менее зависим от необходимости посещения клиники. Особенности реабилитационного периода не влияют в случае необходимости на сроки ортопедического лечения и реабилитации, в том числе с использованием съемного протеза. И, самое главное, небную цистотомию можно рассматривать в качестве наименее инвазивной методики хирургического лечения кистозных образований верхней челюсти. Данное преимущество небной цистотомии может быть востребовано в наиболее сложных для этого условиях, а именно, у пациентов с гемофилией. В данном случае небная цистотомия позволяет минимизировать риски послеоперационных кровотечений и создает благоприятные условия для проведения гемостатической терапии. Учитывая высокую себестоимость подготовки гематологического пациента к хирургическому вмешательству, предсказуемая эффективность данной методики может иметь веское экономическое обоснование.

Авторы выражают благодарность доктору медицинских наук, профессору кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Наталье Сергеевне Серовой за содействие в проведении и анализе результатов лучевых методов исследования.

Поступила 23.06.2015

Координаты для связи с авторами:

127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Кафедра травматологии челюстно-лицевой области

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев Ю. Н. Многоликая гемофилия. — М.: Ньюдиамед, 2006. — 215 с.
- Andreev Yu. N. Mnogolikaya gemofiliya. — M.: Nyudiamed, 2006. — 215 s.
2. Аснина С. А., Шишкова Н. В., Аснин Б. Я. и соавт. Использование методов лучевой диагностики для изучения процессов регенерации костной ткани после цистэктомии и цистотомии // Ортодонтия. 2009. №4 (48). С. 6–9.
- Asnina S. A., Shishkova N. V., Asnin B. Ya. i soavt. Ispolzovaniye metodov luchevoy diagnostiki dlya izucheniya protsessov regeneratsii kostnoy tkani posle tsistektomii i tsistotomii // Ortodontiya. 2009. №4 (48). S. 6–9.
3. Аснина С. А. Одонтогенные кисты челюстей. — М.: Практическая медицина, 2012. — 72 с.
- Asnina S. A. Odontogennyye kisty chelyustey. — M.: Prakticheskaya meditsina, 2012. — 72 s.
4. Бернадский Ю. И., Бернадская Г. П. и др. Удаление зубов у больных гемофилией // Стоматология. 1988. №3. С. 31–33.
- Bernadsky Yu. I., Bernadskaya G. P. i dr. Udaleniye zubov u bolnykh gemofiliyey // Stomatologiya. 1988. №3. S. 31–33.
5. Галецкий Д. В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения одонтогенных кист челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003. — 19 с.
- Galetskey D. V. Otsenka effektivnosti razlichnykh metodov khirurgicheskogo lecheniya odontogennykh kist chelyustey: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — SPb., 2003. — 19 s.
6. Губайдуллина Е. Я., Цегельник Л. Н., Лузина В. В., Топленинова Д. Ю. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей // Стоматология. 2007. №3. С. 51–53.
- Gubaydullina E. Ya., Tsegelnik L. N., Luzina V. V., Topleninova D. Yu. Opyt lecheniya bolnykh s obshirnymi kistami chelyustey // Stomatologiya. 2007. №3. S. 51–53.
7. Данилов И. П., Змачинский В. А., Цвирко Д. Г. и соавт. Гемофилия // Медицинские новости. 2008. №13. С. 20–23.
- Danilov I. P., Zmachinsky V. A., Tsvirko D. G. i soavt. Gemofiliya // Meditsinskiye novosti. 2008. №13. S. 20–23.
8. Зарецкая А. С. Анализ результатов диагностики и амбулаторного лечения пациентов с обширными одонтогенными полостными образованиями в челюстных костях: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011. — 118 с.
- Zaretskaya A. S. Analiz rezultatov diagnostiki i ambulatornogo lecheniya patsiyentov s obshirnymi odontogennymi polostnymi obrazovaniyami v chelyustnykh kostyakh: Dis. ... kand. med. nauk. — M., 2011. — 118 s.
9. Камалов И. И., Ямашев И. Г., Шакирова А. Т. Современные аспекты клинко-рентгенологической и компьютерно-томографической диагностики одонтогенных кист и результатов их лечения // Казанский медицинский журнал. 2001. Т. 82. №1. С. 64–66.
- Kamalov I. I., Yamashev I. G., Shakirova A. T. Sovremennyye aspekty kliniko-rentgenologicheskoy i kompyuterno-tomograficheskoy diagnostiki odontogennykh kist i rezultatov ikh lecheniya // Kazansky meditsinsky zhurnal. 2001. T. 82. №1. S. 64–66.
10. Козлова С. И., Семанова Е. И. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Справочник. — Л.: Медицина, 1987. — 320 с.
- Kozlova S. I., Semanova E. I. i dr. Nasledstvennyye sindromy i mediko-geneticheskoye konsultirovaniye. Spravochnik. — L.: Meditsina, 1987. — 320 s.
11. Коликов С. И., Богацкий В. А. и др. Оказание стоматологической помощи больным гемофилией // Стоматология. 1984. №2. С. 77–78.
- Kolikov S. I., Bogatsky V. A. i dr. Okazaniye stomatologicheskoy pomoshchi bolnym gemofiliyey // Stomatologiya. 1984. №2. S. 77–78.
12. Кулаков А. А., Рабухина Н. А., Адонина О. В. Диагностические возможности компьютерной томографии в изучении одонтогенных кист, проросших в полость верхнечелюстных пазух // Стоматология. 2005. №1. С. 36–40.
- Kulakov A. A., Rabukhina N. A., Adonina O. V. Diagnosticheskiye vozmozhnosti kompyuternoy tomografii v izuchenii odontogennykh kist, prorosshikh v polost verkhnechelyustnykh pazukh // Stomatologiya. 2005. №1. S. 36–40.
13. Пименова А. М. Сравнительная характеристика методов хирургического лечения челюстных кист (цистэктомия и цистотомия): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1954. — 120 с.
- Pimenova A. M. Sravnitel'naya kharakteristika metodov khirurgicheskogo lecheniya chelyustnykh kist (tsistektomiya i tsistotomiya): Dis. ... kand. med. nauk. — M., 1954. — 120 s.
14. Плющ О. П., Снегирева-Давыденко И. Б. и др. Стоматологическое лечение больных гемофилией в амбулаторных условиях. Методические рекомендации. — М., 1994. — С. 4–5.
- Plyushch O. P., Snegiryova-Davydenko I. B. i dr. Stomatologicheskoye lecheniye bolnykh gemofiliyey v ambulatornykh usloviyakh. Metodicheskiye rekomendatsii. — M., 1994. — S. 4–5.
15. Соболева О. И., Федорова З. Д. и др. Особенности остановки кровотечений, возникающих после удаления зубов, у больных с врожденными коагулопатиями // Стоматология. 1989. №3. С. 30–32.
- Soboleva O. I., Fyodorova Z. D. i dr. Osobennosti ostanovki krovo-techeny, vznikayushchikh posle udaleniya zubov, u bolnykh s vrozhd-yonnymi koagulopatiyami // Stomatologiya. 1989. №3. S. 30–32.
16. Сточик А. М., Затравкин С. Н., Сточик А. А. и соавт. База исторических данных по истории медицины Западной Европы XVII века. — М.: Шико, 2013. — 200 с.
- Stochik A. M., Zatravkin S. N., Stochik A. A. i soavt. Baza istoricheskikh dannyyh po istorii meditsiny Zapadnoy Yevropy XVII veka. — M.: Shiko, 2013. — 200 s.
17. Черниговская Н. В. Кератокисты челюстных костей у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009. — 19 с.
- Chernigovskaya N. V. Keratokisty chelyustnykh kostey u detey: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M., 2009. — 19 s.
18. Шинкевич Д. С., Щипский А. В., Садыкова Н. В. Анализ особенностей хирургического лечения перфоративного верхнечелюстного синусита и пластики ороантрального сообщения у пациента с тяжелой формой гемофилии А // Пародонтология. 2015. №2 (75). С. 48–54.
- Shinkevich D. S., Shchipsky A. V., Sadykova N. V. Analiz osobennostey khirurgicheskogo lecheniya perforativnogo verkhnechelyustnogo sinusita i plastiki oroantralnogo soobshcheniya u patsiyenta s tyazheloy formoy gemofilii A // Parodontologiya. 2015. №2 (75). S. 48–54.
19. Щипский А. В., Лекомцева Ю. В., Титова И. В. Репаративная регенерация костной ткани челюстей в инфицированных и асептических условиях. Экспериментальное исследование // Пародонтология. 2014. №3 (72). С. 50–55.
- Shchipskii A. V., Lekomtseva Yu. V., Titova I. V. Reparativnaya regeneratsiya kostnoy tkani chelyustey v infitsirovannykh i asepticheskikh usloviyakh. Eksperimentalnoye issledovaniye // Parodontologiya. 2014. №3 (72). S. 50–55.
20. Щипский А. В., Билозетский И. И. Комплексное лечение и реабилитация пациентов с системными заболеваниями // Пародонтология. 2015. №1 (74). С. 10–20.
- Shchipskii A. V., Bilozetskii I. I. Kompleksnoye lecheniye i reabilitatsiya patsiyentov s sistemnymi zabolevaniyami // Parodontologiya. 2015. №1 (74). S. 10–20.
21. Щипский А. В., Шинкевич Д. С., Мухин П. Н. Пластика ороантрального сообщения, в том числе у пациентов с гемофилией, васкуляризованным субэпителиальным небным лоскутом // Дентальная имплантология и хирургия. 2015. №1 (18). С. 56–67.
- Shchipsky A. V., Shinkevich D. S., Mukhin P. N. Plastika oroantralnogo soobshcheniya, v tom chisle u patsiyentov s gemofiliyey, vaskulyarizovannym subepitelialnym nebnym loskutom // Dentalnaya implantologiya i khirurgiya. 2015. №1 (18). S. 56–67.
22. Bartlett J. A., Sweeney J. O. Exodontia in combined factor v and factor VIII. Deficiency // J. oral. maxofac. Surg. 1985. Vol. 43. №7. P. 537–539.
- Bataineh A. B., AlQudah M. A. Treatment of mandibular odontogenic keratocysts // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1998. №86. P. 42–47.
24. Blanas N., Freund B. Systematic review of the treatment and prognosis of the odontogenic keratocyst // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000. №90. P. 553–558.
25. Ironside J. // Haemophilia. 2006. Vol. 12. P. 8–12.
26. Partsch C. Образование и рост корневых кист // Зубоврачебный вестник. 1912. №2.
- Partsch S. Obrazovanie i rost kornevykh kist // Zubovrachebnyy vestnik. 1912. №2.
27. Zhao Y.-F., Wei J., Wang S. Treatment of odontogenic keratocysts: A follow-up of 255 Chinese patients // Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 2002. №94 (2). P. 151–156, 63.