



DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-10

Л.В. Шевченко,
Ю.И. Журавлев,
А.В. ИONOва,
В.Н. Шамборский,
А.Ю. Шевченко,
Д.А. Ложкин,
С.Г. Пахлеваян,
С.С. Беляева

Хронический остеомиелит челюсти как проявление онкогематологической патологии в пожилом возрасте

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (НИУ «БелГУ»),
ул. Победы, д. 85, г. Белгород, 308015, Российская Федерация
Автор для переписки: Ю.И. Журавлев (zhuravlev@bsu.edu.ru)

Аннотация

Онкогематологические заболевания нередко дебютируют различными воспалительными процессами, локализуясь, в том числе, – в челюстно-лицевой области. Миелодиспластический синдром у пациентки 77 лет, длительно проявлявшийся кровоизлияниями на коже, был распознан лишь специалистами хирургического стационара после появления остеомиелита нижней челюсти. Пациентка поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на острую боль и подвижность зубов в нижней челюсти справа, наличие свища там же, головокружение, тошноту и общую слабость. Заболела за 10 дней до поступления. Отмечалась асимметрия лица в связи с отеком тканей справа. Там же определялся свищ и болезненность при пальпации. Выявлена патологическая подвижность 43-46 зубов 4 степени. Слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти справа некротизирована. На рентгенограмме – разрежение костных структур в области корней 4.4-4.6 зубов. В крови – лейкопения, анемия, ускорение СОЭ; пунктат костного мозга крайне беден клеточными элементами. Тип кроветворения нормобластический, большое количество каплевидных эритроцитов. Гранулоцитарный росток сужен. Мегакариоцитарный росток представлен единичными свободно лежащими тромбоцитами. Мегакариоциты в препарате отсутствуют. Увеличено количество бластных клеток (10,4%). Назначена комплексная антибактериальная терапия, в том числе – местно. Переведена в гематологическое отделение, где поставлен диагноз: Миелодиспластический синдром, рефрактерная анемия с избытком бластов. Хронический остеомиелит нижней челюсти справа, обострение. На фоне симптоматической терапии отмечена некоторая клинико-лабораторная положительная динамика: число бластных клеток снизилось до 1%. Состояние пациентки оставалось тяжелым из-за интоксикации, явлений сердечной недостаточности, анемии. На девятые сутки пребывания от предложенной специфической терапии отказалась, выписана на амбулаторное наблюдение. Врачам всех специальностей, особенно практикующим в условиях первичной медицинской помощи, необходимо сохранять высокую настороженность в

отношении онкогематологических заболеваний среди пожилых пациентов и своевременно направлять их на лабораторные исследования.

Ключевые слова: остеомиелит челюсти; онкогематологические заболевания, пожилой возраст

Для цитирования: Шевченко ЛВ, Журавлев ЮИ, Ионова АВ, и др. Хронический остеомиелит челюсти как проявление онкогематологической патологии в пожилом возрасте. Научные результаты биомедицинских исследований. 2019;5(2):96-103. DOI: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-10

Lina V. Shevchenko,
Yuriy I. Zhuravlev,
Anastasiya V. Ionova,
Victor N. Shamborskiy,
Aleksandra Yu. Shevchenko,
Denis A. Lozhkin,
Smbat G. Pakhlevanyan,
Svetlana S. Belyaeva

**Chronic osteomyelitis of the jaw as a manifestation
of oncohematological pathology in old age**

Belgorod State National Research University,
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia
Corresponding author: Yuri I. Zhuravlev (zhuravlev@bsu.edu.ru)

Abstract

Oncohematological diseases often debut with various inflammatory processes localized in different regions, including the maxillofacial region. Myelodysplastic syndrome in a 77-year-old patient with long-lasting hemorrhaging on the skin was recognized only by specialists of the surgical hospital after the onset of osteomyelitis of the mandible. The patient was admitted to the department of maxillofacial surgery with complaints of acute pain and mobility of the teeth in the mandible on the right, the presence of a fistula there, dizziness, nausea and general weakness. The symptoms appeared 10 days before admission. There was asymmetry of the face due to swelling of the tissues on the right. The fistula and tenderness on palpation were also determined there. There was identified pathological mobility of 43-46 teeth of the 4th degree. The mucous membrane of the alveolar process of the mandible was necrotized on the right. Radiography showed rarefaction of bone structures in the root area of teeth 4.4-4.6. The blood test revealed leukopenia, anemia, accelerated ESR; the bone marrow punctate was extremely poor in cellular elements. The type of hematopoiesis was normoblastic with a large number of drop-shaped erythrocytes. The granulocyte lineage was narrowed. The megakaryocytic lineage was represented by single loose platelets. Megakaryocytes in the preparation were negative. The number of blast cells was increased (10.4%). The patient was prescribed a complex antibiotic therapy, including topical. The patient was transferred to the hematology department, where the following diagnosis was made: myelodysplastic syndrome, refractory anemia with excessive blasts. Acute chronic osteomyelitis of the mandible on the right. Against the background of symptomatic therapy, some clinical and laboratory positive dynamics were noted: the number of blast cells decreased to 1%. The patient's condition remained severe due to intoxication, symptoms of heart failure, anemia. On the ninth day of hospital stay, the patient refused the proposed specific therapy, and was discharged for outpatient follow-up care. Doctors

of all specialties, especially practitioners specialized in primary medical care, need to maintain high alertness regarding oncohematological diseases in elderly patients and refer them to laboratory tests in a timely manner.

Keywords: osteomyelitis of the jaw; oncohematological diseases; old age

For citation: Shevchenko LV, Zhuravlev YuI, Ionova AV, et al. Chronic osteomyelitis of the jaw as a manifestation of oncohematological pathology in old age. Research Results in Biomedicine. 2019;5(2):96-103. (In Russian) DOI: 10.18413/2313-8955-2019-5-2-0-10

Онкогематологические заболевания (ОГЗ) представляют в настоящее время крупную медико-социальную проблему в связи с высокой заболеваемостью, снижением качества жизни, утратой трудоспособности, высокими затратами на лечение и реабилитацию и летальностью населения всех возрастов и обоих полов [1, 2].

ОГЗ отличаются высокой территориальной неравномерностью распространения [3, 4, 5] и широким клиническим и морфологическим разнообразием [6], нередко затрудняющим своевременную диагностику и лечение. Своевременное выявление ОГЗ во многом зависит от раннего обращения за медицинской помощью и постоянная онкологическая настороженность врачей, в том числе и первичного звена. Между тем, даже своевременное обращение пациента к врачу не всегда завершается правильным диагнозом в связи с тем, что злокачественный процесс на ранних этапах может нивелироваться масками самых разных заболеваний [7].

Одной из масок ОГЗ являются гнойно-воспалительные заболевания (ГВЗ) различной локализации. При этом ОГЗ могут, как дебютировать, так и осложниться ими в процессе лечения [8, 9]. Среди ГВЗ, которыми могут дебютировать ОГЗ, встречаются деструктивная пневмония [10], различные поражения стенки анального канала [11], флегмоны и абсцессы различной локализации, маститы [12].

Порой ОГЗ дебютируют лихорадкой неясного генеза приводящей пациента на койку инфекционного стационара, что существенно затрудняет постановку правильного диагноза [13]. Сочетание лихорадки с болями в костях, необъяснимой гепато- и/или спленомегалией, лимфадено-

патией, изменением клеточного состава крови, повышением концентрации ЛДГ должно служить поводом для исключения злокачественного заболевания [14].

Встречаются офтальмологические проявления лейкоза, выражающиеся в лейкоцитарной инфильтрации оболочек глаза и гемодинамических нарушениях в сосудах сетчатки. При этом лейкоцитарную инфильтрацию сетчатки необходимо отличать от воспалительного процесса – ретинита, хориоретинита вирусной или грибковой этиологии, также, нередко, развивающихся у гематологических больных [15].

Описан гемофагоцитарный синдром (ГФС), представляющий собой опасный гипервоспалительный синдром, причиной которого наиболее часто служит инфекция. Он является следствием избыточной активации клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров, что проявляется цитопенией, системной воспалительной реакцией, повреждением печени, селезенки. В связи с редкостью заболевания, сложностью диагностики этот синдром является малоизученным и часто остается нераспознанным. Потапенко В.Г. с соавт. (2015) описано 15 случаев ГФС, среди которых вторичные ГФС были диагностированы у больных злокачественными лимфопролиферативными и инфекционными заболеваниями, в том числе – при аллогенной трансплантации стволовых клеток крови, острым лейкозе, множественной миеломе [16].

Стоматологические и оториноларингологические маски ОГЗ не редки. Для них характерно появление на слизистой оболочке полости рта и миндалин афт, в дальнейшем превращающихся в язвы [17].

Кроме того пародонтопатия может быть ранним проявлением не только ОГЗ, но и

циклической нейтропении, наследующейся по аутосомно-доминантному типу. Для нее не характерна злокачественная трансформация в миелодиспластический синдром и/или острый миелобластный лейкоз. Тем не менее, это заболевание требует осуществления серьезных мероприятий по дифференциально-диагностическому поиску [18].

В то же время доказано, что поддержание высокого уровня гигиены у больных с острыми и хроническими лейкозами позволяет предотвратить развитие осложнений в полости рта, благодаря чему облегчается течение основного заболевания и улучшается общее состояние пациентов [19].

В практической деятельности диагноз ОГЗ, порой, ставится специалистами, не связанными непосредственно со злокачественными заболеваниями крови, что иллюстрирует следующий клинический случай.

Больная Т., 77 лет поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии (ОЧЛХ) с жалобами на острую боль и подвижность зубов в области нижней челюсти справа, наличие свища в подчелюстной области справа, головокружение, тошноту и общую слабость. morbi. Заболела за 10 дней до поступления, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные симптомы. Обратилась в ОЧЛХ, осмотрена лечащим врачом совместно с зав. отделением и госпитализирована для определения дальнейшей тактики. vitae. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. В анамнезе хронический панкреатит. Гемотрансфузий не получала. Вирусный гепатит, туберкулез, заболевания передающиеся половым путем, ВИЧ отрицает. Аллергический анамнез спокоен. Наследственный анамнез не отягощен. За последние полгода никуда не выезжала. praesens. Общее состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие, отмечаются множественные мелкие кровоизлияния на верхних и нижних конечностях, существующие, по словам пациентки, длительное время. Температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД в покое – 28 в 1 мин. Перкуторно – легочный звук. Относительные

границы сердца расширены влево на 1,5 см, тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в 1 мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Край ее сложен, умеренно уплотнен. Стул и диурез не нарушены.

localis. Лицо асимметрично за счет воспалительного отека мягких тканей в области нижней челюсти справа. Там же определяется свищ. Пальпация нижней челюсти справа резко болезненна. Открывание рта не ограничено. В полости рта наблюдается патологическая подвижность 4 степени 43, 44, 45, 46 зубов. Слизистая оболочка в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа некротизирована.

На основании жалоб и клинических данных поставлен диагноз: Хронический остеомиелит нижней челюсти справа, обострение? Хронический лейкоз?

В анализе крови: Эр. – $1,78 \times 10^{12}/\text{л}$; гематокрит – 0,176; Hb – 62 г/л; СОЭ – 75 мм/час; тромбоциты – $26 \times 10^9/\text{л}$; лейкоциты – $1,9 \times 10^9/\text{л}$; миелоциты – 1%; палочкоядерные нейтрофилы – 1%; сегментоядерные нейтрофилы – 73%; лимфоциты – 22%; моноциты – 3%; палочкоядерные нейтрофилы – $0,02 \times 10^9/\text{л}$; сегментоядерные нейтрофилы – $1,39 \times 10^9/\text{л}$; лимф. – $0,42 \times 10^9/\text{л}$; моноциты – $0,06 \times 10^9/\text{л}$.

БАК: Общий белок – 58,6 г/л; мочевины – 30,3 ммоль/л; креатинин – 188 мкмоль/л; АСТ – 24,7 Ед/л; АЛТ – 18,8 – Ед/л; креатинфосфокиназа общ. – 54,2 Ед/л.

Коагулологический анализ: ПТИ – 83%; МНО – 1,24; АЧТВ – 31 сек; тромбиновое время – 15 сек; фибриноген – 5,2 г/л.

В день поступления выполнена миелограмма: миелокарициты – $4 \times 10^9/\text{л}$; мегакарициты – $0 \times 10^9/\text{л}$; бласты – $10,4 \times 10^9/\text{л}$; промиелоциты $0 \times 10^9/\text{л}$; миелоциты нейтрофильные – 1%; метамиелоциты нейтрофильные – 1,4%; палочкоядерные нейтрофилы – 0,2%; сегментоядерные нейтрофилы – 33%; миелоциты эозинофильные – 0%; метамиелоциты эозинофильные – 0%; эозинофилы палочкоядерные – 0%; эозинофилы сегментоядерные – 0%; базофилы – 0%; сумма гранулоцитов – 35,6%; индекс

созревания нейтрофилов – 0,07; моноциты – 4%; пролимфоциты – 0%; лимфоциты – 26%; лимфоидные клетки – 0%; волосатоклеточные лимфоциты – 0%; плазматические клетки – 3,8%; пронормобласты – 0%; нормобласты – 20,2%; мегалобласты – 0%; бластные клетки – 10,4%; сумма клеток эритроидного ряда –

Пунктат костного мозга крайне беден клеточными элементами. Тип кроветворения нормобластический, отмечается большое количество каплевидных эритроцитов. Гранулоцитарный росток сужен.

Мегакариоцитарный росток представлен единичными свободно лежащими тромбоцитами. Мегакариоциты в препарате отсутствуют. Увеличено количество бластных клеток (10,4%).

В моче в динамике определялась протеинурия (0,1-0,3-0,5 г/л), умеренное количество плоского эпителия, лейкоциты – 10-20 в п/з, эритроциты – 2-4-6 в п/з.

На рентгенограмме черепа (рисунок) выявлено разрежение костной ткани в области 4.4, 4.5, 4.6 зубов.



Рис. Рентгенограмма черепа и нижней челюсти больной Т., 77 лет. Разрежение костных структур в области корней 4.4, 4.5, 4.6 зубов

Fig. X-ray image of the patient's (77 years) skull and lower jaw bone. Osteomyelitis is in the root of teeth 44-46

ЭХО-КГ исследование: Атеросклероз аорты с умеренным расширением на уровне восходящего отдела. АН II степени с ТАР (+2). Снижение глобальной сократимости миокарда ЛЖ. МН III степени с ТМР (+3). Нарушение диастолической функции миокарда ЛЖ. ТН III степени с ТТР (+3). Легочная гипертензия. Жидкость в полости перикарда.

УЗИ органов брюшной полости: ПЗР –

повышена, однородная, сосудистый рисунок не изменен, внутривенные желчные протоки не расширены. Воротная вена – 10 мм. Холедох – 0,6мм. Желчный пузырь не увеличен, стенки его – 2-3 мм, в просвете определяется группа разнокалиберных конкрементов размером до 20 мм. Поджелудочная железа не увеличена, контур ровный, эхогенность повышена, структура неоднородная, вирсунгов проток не расширен. Селезенка не увеличена, структура

однородная, размер 165x62 мм. В нижнем полюсе левой почки определяется киста 35x17 мм.

Пациентке было проведено лечение, включающее антибактериальные препараты (лефлобакт, цефтриаксон), этацизин, фуросемид, однократное переливание эритроцитарной массы (60 мл) и плазмы крови (400 мл).

Полость рта и свищевой ход обрабатывались растворами антибиотиков и антисептиков с последующим наложением асептической повязки.

Пациентка на третьи сутки от поступления переведена в гематологическое отделение, где поставлен диагноз: миелодиспластический синдром (МДС), рефрактерная анемия с избытком бластов 2. Назначена симптоматическая терапия в качестве подготовки к проведению специфического лечения. На ее фоне отмечена некоторая клинико-лабораторная положительная динамика. Уже на 5 сутки от начала симптоматического лечения число бластных клеток снизилось до 1%, палочкоядерных нейтрофилов выросло до 9%, а лимфоцитов – до 38%. СОЭ снизилась до 49 мм/час. Повысился уровень Hb до 62 г/л. Уменьшилась протеинурия до 0,1 г/л. Несмотря на положительные сдвиги в миелограмме они расценены как проявление болезни. Тем не менее, состояние пациентки оставалось тяжелым из-за интоксикации, явлений сердечной недостаточности, анемии. На девятые сутки пребывания в гематологическом отделении пациентке было предложено специфическое лечение малыми дозами цитозара, однако она отказалась от предложенной тактики и была выписана на амбулаторное наблюдение.

Этот клинический случай демонстрирует, что МДС, как одна из форм ОГЗ, может достаточно продолжительное время протекать не вызывая беспокойства у больного. Несмотря на длительное существование множественных кровоизлияний на верхних и нижних конечностях пациентка не обращалась за медицинской помощью. И только в связи с возникновением воспалительного процесса челюстно-лицевой области она попала в поле зрения

специалистов ОЧЛХ, которые заподозрили ОГЗ на основании кожных проявлений и выраженных сдвигов в формуле крови. Длительное игнорирование пациенткой кожных проявлений МДС привело к поздней диагностике заболевания. Можно полагать, что в случае более мягкого течения воспалительного процесса пациентка могла обратиться за амбулаторной стоматологической помощью, при оказании которой далеко не всегда осуществляется лабораторное обследование и практически не проводится объективное исследование пациента, за исключением полости рта.

Таким образом, врачам всех специальностей, особенно практикующим в условиях первичной медицинской помощи, необходимо сохранять высокую настороженность в отношении ОГЗ и своевременно направлять пациентов на лабораторные исследования, позволяющие их подтвердить. Повышению выявляемости хронических социально обусловленных заболеваний будет способствовать и переход к институту семейного врача, у которого, в процессе внедрения новой модели работы, высвободится существенная доля времени на диагностическую, диспансерную и профилактическую работу.

В отношении данной статьи не было зарегистрировано конфликта интересов.

Список литературы

1. Приоритетные направления исследований по проблеме гемобластозов / А.И. Воробьев [и др.] // Вестник РАМН. 1999. N 11. С. 56-59.
2. Ременник Л.В., Петрова Г.В., Старинский В.В. Дескриптивная эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России // Российский онкологический журнал. N 2. С. 39-46.
3. Гичев Ю.П. Загрязнение окружающей среды и здоровье человека. Новосибирск: СО РАМН, 2002. 230 с.
4. Заболеваемость гемобластомами населения Красноярского края / Л.Ф. Писарева [и др.] // Сибирский онкологический журнал. N 3. С. 48-53.
5. Смулевич Б.Ф. Профессия и рак. М.: Медицина, 2000. 384 с.
6. Файнштейн Ф.Э., Хохлова М.П., Козинец Г.И. Гемобласты. Болезни системы

крови. Ташкент, 1980. С. 110-299.

7. Проблемы поздней диагностики онкогематологических заболеваний и пути их разрешения / В.В. Лебедев [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. N 6. С. 48-50.

8. Анализ инфекционных осложнений гемобластозов в Амурской области / В.В. Войцеховский [и др.] // Бюл. физ. и пат. дых. N 46. С. 64-68.

9. Дополнительные факторы риска развития тяжелых инфекционных осложнений у пациентов с онкогематологическими заболеваниями / В.Н. Тимофеева [и др.] // Онкогематология. 2008. N 4. С. 76.

10. Швецова Е.А., Аснер Т.В., Калягин А.Н. Деструктивная пневмония как клинический дебют хронического лимфолейкоза // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2016. N 7. С. 34-36.

11. Хирургическое лечение перианальных инфекционных осложнений в онкогематологической клинике / С.В. Штыркова [и др.] // Клиническая онкогематология. 2015. N 3. С. 337-342.

12. Тимофеев Ю.М., Червонобаб Ю.В. Особенности хирургического лечения гнойно-воспалительных заболеваний при гематобластазах // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 1. С. 26-28.

13. Богадельников И.В., Крюгер Е.А., Бездольная Т.Н. Гемобластоз под маской инфекционного процесса // Здоровье ребенка. N 6. С. 134-136.

14. Септические маски онкологических заболеваний у детей / В.М. Делягин [и др.] // Мед. совет. 2015. N 8. С. 36-39.

15. Гришина Е.Е., Мамонтов А.О. Офтальмологические проявления лейкоза // Альманах клинической медицины. 2016. N 5. С. 587-591.

16. Вторичный гемофагоцитарный синдром у взрослых в клинической практике гематолога: обзор литературы и собственные данные / В.Г. Потапенко [и др.] // Клиническая онкогематология. 2015. N 2. С. 169-184.

17. Рахымбеков К.К. Воспалительные заболевания полости рта: современные подходы к профилактике и лечению // Вестник хирургии хстана. 2012. N 2(30). С. 121-122.

18. Еловицова Т.М., Уварова Л.В. Клинические проявления пародонтального синдрома при циклической нейтропении // Проблемы стоматологии. 2013. N 1. С. 16-19.

19. Соколова О.А. Этиологическое и патогенетическое обоснование значимости

гигиенических мероприятий у больных с патологией системы крови // Здоровье и образование в XXI веке. 2012. N 3. С. 261-262.

References

1. Vorob'ev AI, Frank GA, Kochemasov VV, et al. [Priority areas of research on the problem of hemoblastoses]. Vestnik RAMN. 1999;11:56-59. Russian.

2. Remennik LV, Petrova GV, Starinskij VV. [Descriptive epidemiology of malignant neoplasms in children in Russia]. Rossijskij onkologicheskij zhurnal. 1998;2:39-46. Russian.

3. Gichev YuP. [Environmental pollution and 2002:230. Russian.

4. Pisareva LF, Boyarkina AP, Detcel AE, et al. [Hemoblastosis incidence in population of Krasnoyarsk region]. Sibirskij onkologicheskij zhurnal. 2006;3:48-53. Russian.

5. Smulevich BF. [Profession and cancer]. M.: Medicina; 2000. 384 p. Russian.

6. Faynshteyn FE, Khokhlova MP, Kozinec GI. [Gemoblastozy. Diseases of the blood system]. Tashkent; 1980:110-299. Russian.

7. Lebedev VV, Boykov SA, Asekretova TV, et al. [The problem of late diagnosis of blood oncology diseases and ways to solve them]. Kubanskij nauchnyj medicinskij vestnik. 2012;6:48-50. Russian.

8. Voycekhovskiy VV, Gruzдова AV, Filatova EA, et al. [The analysis of infectious complications of hemoblastosis in the amur region]. Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya. 2012;46:64-68. Russian.

9. Timofeeva VN, Romyanceva YuV, Mansurova EG, et al. [Additional risk factors for the development of severe infectious complications in patients with oncohematological diseases]. Onkogematologiya. 2008;4:76. Russian.

10. Shveczova EA, Asner TV, Kalyagin AN. [Destructive pneumonia as the debut of chronic lymphocyte leukemia]. Sibirskij nauchno-meditsinskij zhurnal. 2016;7:34-36. Russian.

11. Shtyrkova SV, Karagyulyan SR, Danishyan KI, et al. [Surgical treatment of perianal infectious complications in oncohematological clinic]. Klinicheskaya onkogematologiya. 2015;8(3):337-342. Russian.

12. Timofeev YuM, Chervonobab YuV. [Peculiarities of surgery for suppurative inflammations in hematology malignancies]. Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina. 1997;1:26-28. Russian.

13. Bogadelnikov IV, Kryuger EA, Bezdolnaya TN. [Hemoblastosis that mimics infectious process]. Zdorov'e rebenka. 2011;6:134-

135. Russian.

14. Delyagin VM, Kachanov DYu, Urazbagambetov A, et al. [Septic masks of oncological diseases in children]. Med. sovet. 2015;8:36-39. Russian.

15. Grishina EE, Mamontov AO. [Ophthalmic manifestations of leukemia], Al'manax klinicheskoy mediciny. 2018;5:587-591. Russian.

16. Potapenko VG, Potikhonova NA, Baikov VV, et al. [Secondary Hemophagocytic Syndrome in the Adult Patients. Literature Review and Authors' Experience]. Klinicheskaya onkogematologiya. 2015;8(2):169-184. Russian.

17. Rakhymbekov KK. [The phlogistic diseases of the oral cavity: modern approaches to prevention and treatment]. Vestnik Khirurgii Kazakhstana. 2012;2(30):121-122. Russian.

18. Elovikova TM, Uvarova LV. [Case report of the patient with cyclic neutropenia and periodontal sindrom]. Problemy stomatologii. 2013;1:16-19. Russian.

19. Sokolova OA. [Etiological and pathogenetic justification of the importance of hygienic measures in patients with blood system pathology]. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke. 2012;3:261-262. Russian.

Информация об авторах

Лина Викторовна Шевченко, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой хирургической стоматологии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,

Юрий Иванович Журавлев, кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры госпитальной терапии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», E-mail:

Анастасия Викторовна Ионов, ассистент кафедры хирургической стоматологии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,

Виктор Николаевич Шамборский, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры хирургической стоматологии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет».

Александра Юрьевна Шевченко, ассистент кафедры хирургической стоматологии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,

Денис Александрович Ложкин, ассистент кафедры хирургической стоматологии, ФГАОУ

ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,

Смбат Гнелович Пахлеваян, ассистент кафедры хирургической стоматологии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,

Светлана Сергеевна Беляева, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры госпитальной терапии, ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», E-mail: s-

Information about the authors

Lina V. Shevchenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Stomatology, Belgorod State National Research University, E-mail: lin1377@yandex.ru.

Yuriy I. Zhuravlev, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Professor of the Department of Hospital Therapy, Belgorod State National Research University, E-mail: zhuravlev@bsu.edu.ru.

Anastasiya V. Ionova, Assistant of the Department of Surgical Dentistry, Belgorod State National Research University, E-mail: novikova_087@mail.ru.

Victor N. Shamborskiy, Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer of the Department of Surgical Dentistry, Belgorod State National Research University.

Aleksandra Yu. Shevchenko, Assistant of the Department of Surgical Dentistry, Belgorod State National Research University, E-mail: shevchenko_ay@bsu.edu.ru.

Denis A. Lozhkin, Assistant of the Department of Surgical Dentistry, Belgorod State National Research University, E-mail: lozhkin@bsu.edu.ru.

Smbat G. Pakhlevanyan, Assistant of the Department of Surgical Dentistry, Belgorod State National Research University, E-mail: 513715@bsu.edu.ru.

Svetlana S. Belyaeva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Hospital Therapy, Belgorod State National Research University, E-mail: s-belyaeva@yandex.ru.

Статья поступила в редакцию 19 декабря 2018 г.
Receipt date 2018 December 19.

Статья принята к публикации 2 апреля 2019 г.
Accepted for publication 2019 April 2.