



Теремов Д. Д., Муц К. Ю.
**К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНО-АССОЦИИРОВАННЫХ
ОСТЕОНЕКРОЗОВ ЧЕЛЮСТЕЙ**

Научный руководитель ассист. Шилкина В. Е.
*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск*

Актуальность. Статья посвящена вопросам профилактики остеонекрозов челюстей, возникновение которых связано с применением бисфосфонатных препаратов, частота встречаемости которых, по данным различных источников, составляет от 12 до 27%. В связи с ростом числа онкологических больных возрастает значимость своевременной диагностики и профилактики БОНЧ.

Цель: изучить и разработать принципы профилактики медикаментозно-ассоциированных остеонекрозов челюстей.

Материалы и методы. При выполнении работы использованы основные и дополнительные клинические методы исследования и метод динамического наблюдения.

Результаты и их обсуждение. Бисфосфонаты - класс антирезорбтивных препаратов, которые повсеместно применяются при лечении метастатического поражения костей скелета, остеолитических очагов при множественной миеломе, гиперкальциемии у онкологических больных. На фоне приема бисфосфонатов увеличивается риск возникновения такого осложнения как остеонекроз челюстей, который характеризуется омертвением и оголением участка кости, сохраняющегося более 8 недель с последующим прогрессированием процесса при условии отсутствия проведения лучевой терапии на область головы в анамнезе. В настоящее время в стационаре челюстно-лицевого отделения ОГБУЗ «Смоленская областная клиническая больница» наблюдаются четыре больных с остеонекрозами, возникшими на фоне приема препарата золедроновой кислоты. У всех пациентов в анамнезе имеются онкологические заболевания с образованием метастазов в костную ткань, в связи с чем им была назначена терапия бисфосфонатным препаратом III поколения («Зомета»). Хронический диффузный остеомиелит верхней челюсти развился в ответ на удаление зуба на фоне приема золедроновой кислоты. На мультиспиральных компьютерных томограммах определяются очаги деструкции костной ткани. В настоящее время пациентам проводится симптоматическое консервативное лечение, направленное на контроль воспалительного процесса и профилактику осложнений. На фоне стабилизации общего состояния наблюдается относительная стабилизация течения заболевания: отмечается частичная эпителизация дефекта слизистой оболочки, снижение интенсивности воспалительного процесса с сохранением гнойных выделений из ороантральных свищей.

Выводы. Во избежание развития данного осложнения при проведении оперативных вмешательств у больных, получающих терапию бисфосфонатами, необходимо соблюдать следующие методы профилактики. При отсутствии противопоказаний за сутки перед удалением зуба пациентам необходимо применение антибактериального препарата широкого спектра действия «Линкомицин». По возможности во время операции удаления зуба необходимо использовать наиболее атравматичные методики, с минимальным повреждением костной ткани. После формирования сгустка лунку ушивают наглухо. Также возможно применение озонотерапии непосредственно после удаления зуба с целью повышения местного иммунитета и снижения риска возникновения осложнений. В послеоперационном периоде пациентам рекомендуется прием антибиотиков, противовоспалительных и антигистаминных препаратов.