

Теремов Д.Д.

ЛЕКАРСТВЕННО-АССОЦИИРОВАННЫЕ ОСТЕОНЕКРОЗЫ ЧЕЛЮСТИ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Румянцев В.А.

Кафедра пародонтологии

Тверской государственный медицинский университет, г. Тверь

Актуальность. Онкологические заболевания в качестве причины занимают второе место по смертности после сердечно-сосудистой патологии. Злокачественные опухоли сопровождаются образованием метастазов, для предупреждения их распространения в костных структурах применяются антирезорбтивные препараты (в т.ч. бисфосфонаты). На фоне приема препаратов этой группы у пациентов после проведения стоматологических хирургических вмешательств может возникнуть грозное осложнение – лекарственно-ассоциированный остеонекроз челюстных костей (ЛОНЧК).

Цель: изучение клинической картины ЛОНЧК, возникшего у онкологических пациентов, определение тактики ведения таких пациентов и разработка принципов профилактики у них стоматологических осложнений.

Материалы и методы. Основу исследования составил анализ амбулаторных карт стоматологических больных, состоящих на учёте у врача-онколога и получающих или получавших антирезорбтивную терапию; применялись как основные, так и дополнительные клинические методы исследования, а также метод динамического наблюдения.

Результаты и их обсуждение. По данным отечественных ученых частота возникновения ЛОНЧК у пациентов со злокачественными новообразованиями и приемом антирезорбтивных препаратов в анамнезе составляет от 8 до 27%. Патогенез этого заболевания в настоящее время изучен не полностью, существуют лишь предположения о механизме его возникновения. Как правило, пациенты с ЛОНЧК обращаются к врачам-стоматологам с жалобами на наличие длительно незаживающего участка костной ткани, боли, неприятный запах, гноетечение, возникшие после удаления зуба, либо проведения пародонтологических вмешательств. При внешнем осмотре, как правило, состояние больного оценивается как удовлетворительное, температура тела субфебрильная, конфигурация лица может быть изменена за счет отека мягких тканей лица, открывание рта в норме. При осмотре полости рта в позиции проведенного хирургического вмешательства определяется участок оголенной костной ткани грязно-серого цвета, порозный, покрытый налетом. Лунки удаленных зубов, как правило, без признаков эпителизации и заживления, заполнены пищевыми остатками. Отмечается выраженный ихорозный запах. Лечение пациентов этой группы – симптоматическое, направлено на устранение болевых ощущений, уменьшение местной воспалительной реакции.

Выводы. Онкологическим пациентам, получающим антирезорбтивную терапию, важно отсрочить стоматологические инвазивные вмешательства на самый длительный срок и взять лекарственные каникулы. При острой необходимости удаления зуба рекомендуется делать это минимально травматично, с контролем формирования кровяного сгустка и ушиванием лунки удаленного зуба наглухо. В качестве профилактики осложнений стоматологического лечения необходимо своевременно проводить санацию полости рта перед началом лечения у врача-онколога: удалять зубы с сомнительным прогнозом, лечить кариес и его осложнения, внимательно следить за состоянием гигиены полости рта и тканей пародонта, рационально протезировать таких больных.