

Список литературы

1. Новик А.А., Ионов Т.И., Цыган Е.Н. Методология изучения качества жизни пациентов с остеопорозом // Науч.-практ. ревматология, 2001. № 3. С. 80.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний: Руководство. М.: Медицина, 2002. 752 с.
3. Делов И.И., Демидова И.Ю. Основные принципы терапии сахарного диабета 2 типа//Сахарный диабет. 1999, № 2.
4. Спрак С.В., Слетов А.А., Гандылян К.С., Дагуева М.В. Непосредственная дентальная имплантация у пациентов с включенными дефектами зубных рядов // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2011. Т. 21. № 1. С. 51-54.
5. Ortega R.M., Requejo A.M., Encinas Sotillos A. et al. Implication of calcium deficiency in the progress of periodontal diseases and osteoporosis//Nutr. Hosp. 1998. 13(6). P. 316-319.
6. Reid I.R. Glucocorticoid osteoporosis – mechanisms and management // Eur. J. Endocrinol. 1997. 137. P. 209-217

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ
БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА
(АНАЛИЗ АРХИВНЫХ ДАННЫХ)**

Мельникова С.Ю., Попович Я.А., Спёвак Е.М.,
Христофорандо Д.Ю.

*Ставропольский государственный медицинский
университет Минздрава России, Ставрополь,
symbal.elena@mail.ru*

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – грозное осложнение медикаментозной терапии злокачественных новообразований. Характеризуется омертвением и оголением участка кости, которое сохраняется более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса, при условии отсутствия в анамнезе лучевой терапии на область головы.

В литературе данная патология впервые описана Marx в 2003 году[4]. Заболевание на сегодняшний день трудноизлечимо, в некоторых случаях весьма тяжело для больного и приводят к его инвалидизации. На сегодняшний день БОНЧ – одна актуальных проблем в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, рассматриваемая с множества точек зрения [2].

Цель исследования - изучить частоту встречаемости БОНЧ, используя архивные данные в сравнении с имеющимися в доступной литературе, проанализировать половозрастную структуру контингента больных с остеонекрозом, их урбанизированность и вид первичной онкопатологии.

Материалы и методы. Выполнен анализ доступной литературы. Установлено, что частота встречаемости данного осложнения, по сведениям разных авторов, достигает от 11 до 27% [1,3,5].

Проведен ретроспективный анализ стационарных и амбулаторных карт отделения химиотерапии №1 Ставропольского клинического консультативно-диагностического онкологического диспансера и отделения челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя за 2011-2014 годы, определены две группы для сравнения. В первую отнесены все пациенты отделения химиотерапии №1, получавшие терапию различными видами бисфосфонатов. Во вторую – пациенты челюстно-лицевого отделения, у которых развился остеонекроз челюсти на фоне данной терапии. Рассчитана частота встречаемости остеонекроза среди пациентов, получавших бисфосфонаты, а также произведено распределение всех пациентов по полу, возрасту, месту жительства, онкологическому заболеванию.

Результаты и обсуждение. Из 257 больных, которых за 2011-2014 годы проводилась терапия различными группами бисфосфонатов, у 30 развился остеонекроз челюсти, что в среднем составляет 11,62%. Полученные данные соответствуют тем, которые указаны в доступной литературе по данной тематике. Отмечено увеличение абсолютного количества

больных, получавших БФ (с 45 до 77 человек в год), и заболевших БОНЧ (с 4 до 11 человек в год), а также рост частоты встречаемости остеонекроза – с 8,89% в 2011г до 15,58% в 2014г. Также установлено, что среди больных с остеонекрозом преобладают женщины (на 13,34%), городские жители (на 6,6%). Наивысшая частота встречаемости остеонекроза зафиксирована у пациентов возрастной категории от 60-65 лет (50%), с онкопатологией молочной железы (60%).

Заключение. Изучена частота встречаемости БОНЧ в Ставропольском крае за период с 2011 по 2014 годы (11,62%), зафиксирован ее рост (на 6,69% по сравнению с первоначальной), увеличение количества больных с данной патологией. На основании этого можно сделать вывод о возрастающей актуальности проблемы бисфосфонатного остеонекроза челюстей, что требует привлечения к ней внимания стоматологов, челюстно-лицевых хирургов, а также онкологов.

Список литературы

1. Мебония Т.Т. Автореферат диссертации Лечение и профилактика патологических переломов у пациентов с бисфосфонатными остеонекрозами нижней челюсти: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.Т. Мебония. Волгоград, 2015. С. 21.
2. Спёвак Е.М. Бисфосфонатный остеонекроз челюстей: разработка актуальных вопросов клиники, диагностики и лечения / Е.М. Спёвак // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия: материалы IX международной научно-практической конференции. Новосибирск: Изд-во Международного научного института EDUCATIO, 2015. С. 125-127
3. Dimopoulos M., Kastritis E., Anagnostopoulos A. et al. Osteonecrosis of the jaw in patients with multiple myeloma treated with bisphosphonates: Evidence of increased risk after treatment with zoledronic acid. Haematologica 2006; 91: 968.
4. Marx RE: Pamidronate (Aredia) and Zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 2003;61:1115-1117.
5. Pozzi S., Marcheselli R., Sacchi S. et al. Analysis of frequency and risk factors for developing bisphosphonate associated necrosis of the jaw. American Society of Hematology Annual Meeting Abstracts. Blood 2005; 106: 5057.

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
РЕВМАТИЧЕСКОГО АРТРИТА
ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

Мусаева Д.А., Бураева И.С., Саркисов А.Я.

*Ставропольский государственный медицинский
университет, Ставрополь, Россия, lina.minaeva.87@mail.ru*

Актуальность. Самые первые следы ревматоидного артрита найдены в 4500 году до н.э. Их обнаружили на остатках скелетов индейцев в Теннесси, США. Первый документ описывающий симптомы очень напоминающие симптомы ревматоидного артрита датируется 123 годом. Первое клиническое описание этой патологии в 1800 году приписывают Августин-Якобу Ландре-Бовэ. Бенджамин Броди описал медленное прогрессирование синовита путем вовлечения суставной сумки и влагалища сухожилия. А. Б. Гарро предложил термин "ревматоидный артрит" в 1858 году и дифференцировал его от подагры в 1892 году, заболевание получило своё настоящее имя. В настоящее время приблизительно 30% населения земного шара имеют симптомы артрита. Только у 2/3 пациентов проявления достаточно выражены, что заставляет их обращаться за медицинской помощью. Частота встречаемости костно-мышечных нарушений с возрастом увеличивается. Распространенность РА на территории России в среднем составляет 0,61%. И в других странах мира эти показатели приблизительно также высоки.

Одной из самых распространенных патологий височно-нижнечелюстного сустава являются хронические ревматические артриты.

Для выбора тактики комплексного лечения хронических ревматических артритов височно-нижнече-

люстного сустава требуется всесторонний подход к изучению этой патологии. В терапии применяют локальную, общую медикаментозную и физиотерапию (электрофорез, ультрафонофорез, парафинотерапия, индуктотермия, фонофорез, магнитотерапия и др.). В настоящее время наблюдается снижение эффективности традиционных методов лечения.

Цель исследования. Оценить применение новых методов в патогенетическом комплексном лечении больных с хроническим ревматическим артритом височно-нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. В исследование было включено 10 больных с хроническим ревматическим артритом височно-нижнечелюстного сустава, которые получали комплексное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии МУЗ СМП ГКБ г. Ставрополя за последние два года.

Все больные предъявляли жалобы на локальные боли, ограничение движения нижней челюсти по утрам, ограничение открывания рта, снижение жевательной эффективности челюстей, болезненность движений нижней челюсти при речи, иррадиацию болей в височную, околоушную области и ткани, нижнюю челюсть, вторичную адентию, карнес, общее беспокойство и психоэмоциональное напряжение.

Динамика этих жалоб оценивалась на протяжении курса лечения, который составил в среднем 14-17 дней.

Принимая за основу принципы современного патогенетического лечения, мы применили два новых лечения – селективный ингибитор циклооксигеназы-2 нимесулид и ультразвуковую терапию с гормональным препаратом кортоспан.

Из НПВП мы использовали преимущественно селективный препарат нимесулид. Кортоспан, являясь глюкокортикостероидным препаратом, имеет минералокортикоидные свойства и высокую глюкокортикоидную активность. Глюкокортикостероидная терапия дает стойкий клинический эффект. Ультразвуковая терапия обладает противовоспалительным, анальгетическим, резорбтивным и гипосенсибилизирующим свойствами. Больным была назначена физиотерапия с кортоспаном в течение 15 дней.

Результаты и обсуждения. После комплексного лечения у больных с ревматическим артритом отметились позитивные клинические и лабораторные результаты. У больных в 83% случаев наблюдалось прекращение болей, а в 17% – их уменьшение. Расстояние между центральными резцами при открывании рта увеличилось, движение нижней челюсти стало более свободным. Функция жевания у 94% больных нормализовалась. Выполнение функций разговорной речи и функций приема пищи стало безболезненным. Все эти показатели свидетельствуют о правильности и рациональности проведенной комплексной лечебной программы.

В итоге исследование в нашем ЧЛО прошло успешно. Обобщая вышеуказанное, надо отметить, что применение современных лечебных принципов в патогенетическом лечении хронических ревматических артритов височно-нижнечелюстного сустава привело к улучшению внутрисуставных метаболических процессов и восстановлению функций сустава, быстрому выздоровлению больных, предотвращению осложнений хронических воспалительных процессов. Тем самым доказывается эффективность и рациональность проведенного патогенетического лечения.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, височно-нижнечелюстной сустав, нимесулид, ультразвуковая терапия, кортоспан.

Список литературы

1. Насонов Е.Л., Насонова В.А. «Ревматология», 2008.
2. Мазуров В.И. «Болезни суставов», 2008.
3. Реуцкий И.А., Маринин В.Ф., Глотов А.В. «Диагностика ревматических заболеваний»
4. Симонова О.В. Ревматоидный артрит: учебное пособие.
5. Семенов Р.Р., Гандылян К.С., Караков К.Г., Карпов А.С., Карпов С.М. Качество жизни при синдроме болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава // Кубанский научный медицинский вестник. 2012. № 2. С. 160-163.

АНАЛИЗ РАЗЛИЧИЙ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БИСФОСФОНАТНОГО ОСТЕОНЕКРОЗА С ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Петренко Ю.М., Мерзжоева А.У., Спесак Е.М., Христофорандо Д.Ю.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, symbal.elena@mail.ru

Бисфосфонатный остеонекроз челюстей (БОНЧ) – осложнение паллиативной терапии злокачественных новообразований при условии отсутствия в анамнезе лучевого лечения на область головы и шеи, которое характеризуется омертвением и оголением участка кости в течение более 8 недель, с последующим прогрессированием процесса [3].

Цель исследования – анализ клинического течения заболевания на основе полученных патогистологических данных.

Материалы и методы. В исследованной литературе по данной тематике установлено определенное расхождение гистологических данных: от асептического некроза [1] до изменений выраженного воспалительного характера в тканях челюсти [2]. В имеющихся источниках нами не обнаружено соответствие анализа операционного материала и особенностей клинического течения заболевания.

В отделение ЧЛХ ГБУЗ СК «ГКБ СМП» г. Ставрополя за 2011г-2014г обследовано 30 больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей, из них прооперировано 20 человек: кюретаж (10), секвестрэктомия (6), частичная резекция челюсти (4). После анализа операционного материала полученные данные разделены на 3 группы, в соответствии со сложностью гистологической картины.

Результаты и обсуждения. В первую группу были отнесены образцы (11), в которых был выявлен тотальный некроз костной ткани, с различной степенью выраженности перифокального гнойного воспаления. Из них 10 получено при кюретаже, 1 – при выполнении секвестрэктомии. В данной группе не удалось ликвидировать участок оголения костной ткани.

Во вторую группу были отнесены препараты (4), полученные при частичной резекции челюсти, в которых имелась картина некробиотических изменений костной ткани разной стадийности: от афункциональных костных структур с неравномерным чередованием компактной и губчатой ткани до наличия единичных костных балок с глубокими дистрофическими изменениями вплоть до некроза. Данная картина указывает на асептическую природу некротического и воспалительного процесса. У двух пациентов хирургическое лечение завершилось заживлением послеоперационных дефектов.

В 5 образцах третьей группы после секвестрэктомии указывается на наличие вокруг некротизированного костного вещества грануляционной ткани, единичных остеокластов. У всех произошло постепенное закрытие послеоперационных дефектов грануляционной тканью с последующей эпителизацией. Отмечено, что у пациентов данной группы течения БОНЧ было наиболее благоприятным как со стороны клинических проявлений, так и по срокам заживления.