

**Влияние онкологии и ее терапии на зубочелюстную систему
стоматологического пациента, медикаментозный остеонекроз**

Подъяченко Дарья Алексеевна

Студент (бакалавр)

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

E-mail: podyachenkovad@mail.ru

Подъяченко Д.А.1

Научные руководители- к.м.н., доц. Шарафутдинов М.Г1

., к.м.н., доц. Китаева

В.Н.1

Ульяновский государственный университет, г.Ульяновск

Некоторые виды онкологических заболеваний склонны к метастазированию в кости, включая рак молочной железы, простаты, легкого, почечно-клеточный и щитовидной железы. Это ведет к осложнениям: патологическим переломам, деформации костей, болевому синдрому, гиперкальциемии. Для их профилактики назначается антирезорбтивная терапия, однако она также может вызывать осложнения.

Одним из наиболее серьезных осложнений является остеонекроз челюсти (ОНЧ). По данным некоторых авторов, в Российской Федерации его частота достигает 10% и имеет тенденцию к росту [1, 2]. ОНЧ чаще развивается при приеме препаратов бисфосфонатов и деносуема, сопровождается некрозом кости, воспалением, болевым синдромом и нарушением функций зубочелюстной системы [3].

Главный механизм ОНЧ – подавление остеокластов, приводящее к нарушению костного ремоделирования. Снижение неоангиогенеза вызывает гипоксию тканей, а микробиота ротовой полости усугубляет воспаление, особенно при экстракции зубов или протезировании. Бисфосфонаты также угнетают иммунные клетки, усиливая остеонекроз [4, 5]. Челюсть наиболее подвержена поражению из-за высокой механической нагрузки, кровоснабжения и контакта с микрофлорой.

Факторы риска ОНЧ: длительный прием бисфосфонатов и деносуема в высоких дозах, инвазивные стоматологические процедуры, плохая гигиена, сопутствующие заболевания (остеопороз, анемия, диабет) [6, 7].

Течение ОНЧ постепенное, выделяют 4 стадии. Стадия 0 – неспецифические жалобы на боли, отек слизистой. Стадия 1 – обнаженная кость или свищ без воспаления. Стадия 2 – воспаление и инфицирование. Стадия 3 – тяжелое течение с патологическими переломами, экстраоральными свищами, массивным остеолитом [8].

Лечение направлено на борьбу с инфекцией, воспалением, болью и предотвращение новых очагов поражения. Консервативная терапия включает антибиотики, антисептики, строгую гигиену [9]. Хирургическое лечение – кюретаж, дренирование гнойных очагов, секвестрэктомия в пределах здоровых тканей [10].

Профилактика ОНЧ начинается до антирезорбтивной терапии: санация полости рта, своевременные стоматологические процедуры. Важны также рекомендации пациентам по гигиене, отказу от курения [11].

Таким образом, ОНЧ – серьезное осложнение терапии онкологических заболеваний, требующее профилактики, комплексного подхода и индивидуального лечения для снижения риска и улучшения прогноза пациента.

Таким образом, ОНЧ является серьезным осложнением терапии онкологических заболеваний, требующее особого внимания со стороны врачей и пациентов. Своевременная профилактика, междисциплинарный подход и индивидуальная тактика лечения позволяют значительно снизить риск развития данного состояния и улучшить прогноз для пациента.

Источники и литература

- 1) 1. Виноградова Н.Г., Львов К.В., Харитонов М.П. Распространенность и клинические особенности медикаментозно ассоциированных остеонекрозов челюстей. Проблемы стоматологии. 2017;13(4):38-42.
- 2) 2. Журавлёва М.В., Журавлёв Л.В., Фирсова И.В. Современный взгляд на проблему бисфосфонатного остеонекроза челюстей (обзорная статья). Здоровье и образование в XXI веке. 2018;20(5):88-92
- 3) 3. Согачева В.В., Семкин В.А. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей. Стоматология. 2022;101(6):85-90.
- 4) 4. Kikuri T, Kim I, Yamaza T, et al. Cell-based immunotherapy with mesenchymal stem cells cures bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw-like disease in mice. J Bone Miner Res. 2010;25(7):1668- 1679. <https://doi.org/10.1002/jbmr.37>
- 5) 5. Kuroshima S, Al-Omari FA, Sasaki M, Sawase T. Medication-related osteonecrosis of the jaw: A literature review and update. Genesis. 2022;60(8- 9):e23500. <https://doi.org/10.1002/dvg.23500>
- 6) 6. Kawahara M, Kuroshima S, Sawase T. Clinical considerations for medicationrelated osteonecrosis of the jaw: a comprehensive literature review. Int J Implant Dent. 2021;7(1):47. <https://doi.org/10.1186/s40729-021-00323-0>
- 7) 7. Campisi G, Fedele S, Fusco V, Pizzo G, Di Fede O, Bedogni A. Epidemiology, clinical manifestations, risk reduction and treatment strategies of jaw osteonecrosis in cancer patients exposed to antiresorptive agents. Future Oncol. 2014;10(2):257-275
- 8) 8. Ruggiero SL, Dodson TB, Aghaloo T, et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaws- 2022 Update. J Oral Maxillofac Surg. 2022;80(5):920- 943. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2022.02.008>
- 9) 9. Zirk M, Kreppel M, Buller J, Pristup J, Peters F, Dreiseidler T, Zinser M, Zöller JE, The impact of surgical intervention and antibiotics on MRONJ stage II and III — retrospective study. J Cranio-Maxillofac Surg. 2017;45(8): 1183-1189. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2017.05.027>
- 10) 10. Lopes RN, Rabelo GD, Rocha AC, Carvalho PAG, Alves F.A. Surgical therapy for bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw: six-year experience of a single institution. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73:1288-1295. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2015.01.008>
- 11) 11. Dimopoulos MA, Kastiris E, Bamia C, et al. Reduction of osteonecrosis of the jaw (ONJ) after implementation of preventive measures in patients with multiple myeloma treated with zoledronic acid. Ann Oncol. 2009;20(1):117- 120. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdn554>