

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЭДЖЕТА

Рузин Г. П., Василенко В. М., Василенко И. В.

г. Харьков

Причины развития описанного в 1877 году Пэджетом системного поражения костной ткани, названного "деформирующим оститом", остаются неизученными. Воспалительная природа заболевания была опровергнута (Шморль, 1928г.), и оно рассматривается как остеодистрофический процесс.

Наиболее распространенным мнением в настоящее время является положение о нарушениях регенерации остеокластов, что приводит к постоянным процессам разрушения кости и созданию новых несовершенных костных структур. Причем поражения могут захватывать ряд костей скелета (полиоссальная форма) или одну-две кости (монооссальная форма), в том числе и челюсти.

Учитывая, что заболевание в практике стоматологов встречается очень редко, **целью работы** является анализ результатов лечения трех больных с диагнозом – "болезнь Пэджета" со сроками наблюдения от 17 до 0,5 года.

Материалы и методы. Проведено клинико-морфологическое исследование 3 больных (2 женщины в возрасте 57 и 66 лет, и 1 мужчина 70 лет) с морфологическим изучением материала.

Результаты исследования. У всех больных поводом к обращению явились боли в области пораженной челюсти, деформация и обнажение участков костной ткани, наличие гнойного отделяемого. Диагноз установлен до операции на основании характерных рентгенологических признаков заболевания: наличие "разрыхленных комков ваты", захватывающих значительную часть верхней и нижней челюсти. На основании этих данных был исключен первоначальный диагноз – хронический одонтогенный остеомиелит. Рентгенологических изменений других костей скелета и нарушений эндокринной системы не выявлено.

Несмотря на обширные поражения костных структур верхней и нижней челюсти, больным было проведено удаление только обнаженных патологических костных структур, часто уже на значительном протяжении, отделенных от "материнской" кости. Зубы в зоне процесса были полностью включены в патологическую ткань, периодонтальные щели не просматривались. Измененные структуры кости, покрытые ин-

тактною слизистою, не удалялись. В послеопераціонному періоді рани епітелізувались під йодоформним тампоном, костні дефекти замещались необхідними ортопедическими конструкціями. Наблюдение за пацієнтами на протязенні багатьох років не установило наростання процесу і формування нових очагов, що і послужило основою для відмови від радикальних оперативних втручань.

Таким чином, наші багаторічні спостереження за теченням захворювання Педжета підтверджують думку авторів (Ю. І. Бернадський, 2003; І. С. Карапетян і соавт., 2003) про бажаність паліативного об'єму хірургічного втручання на фоні диспансерного спостереження за пацієнтами.