



Расм 1. Терапевтик стоматология, дентал имплантология, жаррохлик стоматологияси ва ортопедик стоматология йўналишлари бўйича ўқув-амалий хоналар.

УДК: 614.314.17-008.1:615.33-06

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА ВНУТРИДЕСНЕВЫМ ВВЕДЕНИЕМ ЛИНКОМИЦИНА

А.Д. Дадамов

Ташкентский государственный стоматологический институт

Обследование больных с карциномами полости рта свидетельствует о том, что во многих

случаях удается выявить факторы, приведшие к развитию патологии. Они часто локализуются непосредственно в

полости рта и возникают в результате травматического воздействия на слизистую органов и тканей. Однако происхождение их может быть связано и с профессиональной деятельностью врача и носить ятрогенный характер. Многолетние наблюдения привлекли наше внимание к отдельной категории больных, находившихся в отделении «голова, шея» Ташкентского областного онкологического диспансера по поводу рака верхней челюсти, в анамнезе которых имело место лечение пародонтита линкомицином. В этом аспекте заслуживает пристального внимания применяемый некоторыми врачами метод лечения подвижности зубов внутридесневым введением линкомицина.

Линкомицина гидрохлорид, являясь одним из наиболее эффективных остеотропных антибиотиков, активно накапливающихся в костной ткани, находит широкое применение в стоматологии с целью противомикробной терапии при острых и хронических остеомиелитах челюстей, реконструктивных операциях на лицевом скелете, челюстных костях. Антибиотик из группы линкозаминов линкомицин активен преимущественно в отношении грамположительных бактерий, и вводить его рекомендовано внутривенно или внутримышечно.

При внутривенном применении препарат (2 мл 30% раствора – это 0,6 г сухого вещества – разовая доза) после предварительного разведения в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия вводят со скоростью не более 60-80 капель в минуту. Вводить антибиотик внутривенно без разведения противопоказано. При внутримышечном применении во избежание развития местных осложнений препарат рекомендуется вводить глубоко в мышцу.

В аннотации к препарату, в разделе «побочные действия» среди возможных местных реакций говорится об образовании уплотнений и стерильных абсцессов в зоне введения антибиотика.

При ознакомлении с данными литературы о внутридесневом введении лекарств (витаминов, антибиотиков), и в частности линкомицина, были обнаружены неоднозначные оценки результатов, однако большинство авторов склоняются к отрицательному мнению. Внутридесневое введение линкомицина и других антибиотиков принято считать устаревшим подходом к лечению болезней пародонта. Из-за низкой лечебной эффективности и высокой угрозы осложнений такой метод введения препаратов практически не используется. Делается вывод, что подобная антибиотикотерапия способствует угнетению тканевого иммунитета, вызывает рецессию тканей пародонта в результате усиления протеолиза в тканях десны, что приводит к разрушению антибактериальных факторов белковой природы – иммуноглобулинов, лизоцима [1-3].

В качестве примеров приводим истории болезни больных, в анамнезе которых незадолго до появления новообразования имело место лечение подвижности зубов внутридесневым введением линкомицина.

Больная И., 40 лет, и/б №11-5357 поступила впервые на лечение в ТООД в декабре 2010 г. с диагнозом «С-г верхней челюсти слева, T3N0M0». Из анамнеза: больной в феврале 2010 г. стоматологом был проведен курс лечения подвижных зубов на верхней челюсти слева внутридесневым введением линкомицина. Зубы сохранить не удалось, однако после их удаления лунки долго не заживали, появилась незаживающая язва. Больной проведено 2 курса полихимиотерапии (ПХТ) в неоадьювантном режиме, с последующим курсом телегамматерапии (40 Гр). В 2011 г. проведено КТ-обследование, выявлен рецидив опухоли. С учетом прогрессирования опухолевого роста проведен паллиативный курс ПХТ по схеме: доксорубин 50 мг в/в, циклофосфан 1000 мг в/в, винкристин 2 мг в/в в 1-й день, преднизолон 60 мг с 1-го по 5-й дни.

Больная М., 50 лет, и/б №12-1365 впервые обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность зубов на верхней челюсти слева. В октябре 2011 г. проведен курс терапии путем внутридесневого введения линкомицина. Улучшения не последовало, в итоге зубы пришлось удалить. Появление новообразования на альвеолярном отростке верхней челюсти и прилегающей части неба больная связывает с лечением зубов. Образование стало увеличиваться в размерах, появились боли. Затем боли отступили, и больная обратилась к онкологу только в ноябре 2012 г. Гистологически верифицирован плоскоклеточный рак – Т3N1M0. Больной проведена ПХТ по схеме на фоне гипергидратационной, противорвотной, дезинтоксикационной и гормональной терапии, в результате чего удалось добиться временной ремиссии.

В общей сложности за период 2010-14 гг. диагноз «Рак верхней челюсти» поставлен 5 больным, которые связывали появление новообразования с лечением подвижных зубов у стоматолога.

Таким образом, обобщая сведения по внутридесневому введению линкомицина, следует заключить, что способ нарушает принципы антибиотикотерапии, способствует снижению локального иммунитета полости рта, дестабилизирует воспалительный процесс, приводя к серьезным местным осложнениям,

вызывая деструкцию костной ткани в зоне введения и усиливая вероятность опухолевого перерождения.

Литература

1. Артюшкевич А.С., Трофимова Е.К., Латышева С.В. Клиническая периодонтология. – Минск, 2002.

2. Балин В.Н., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая периодонтология. – СПб, 1995.

3. Томилина Т.В. Влияние антибиотика линкомицина на протеолиз в десне крыс // Украинский стоматол. альманах. – 2013. – №5. – С. 9-11.

РЕЗЮМЕ

Многолетние наблюдения за больными с карциномами полости рта свидетельствуют о том, что практика внутридесневого введения линкомицина с целью укрепления зубов может стать причиной развития рака альвеолярного отростка, причем, как правило, имеет место поражение верхней челюсти. В качестве примеров приводятся истории болезни больных.

SUMMARY

Long-term monitoring of patients with carcinomas of the oral cavity suggests that the practice of introduction of lincomycin in the gums to strengthening the teeth, can cause cancer of the alveolar process, and, as a rule, a lesion of the upper jaw. As examples, individual cases, the medical history of patients.

УДК: 616.314-089-77

ПРЕИМУЩЕСТВА СЪЕМНОГО ПРОТЕЗА «КВАДРОТТИ»

У.А. Ганиев, Н.С. Зиядуллаева

Ташкентский государственный стоматологический институт

В современной стоматологии имеется множество вариантов, способных восстановить целостность зубного ряда. Одним из таких вариантов являются устойчивые, функциональные и эстетичные несъемные конструкции. Несмотря на бурное развитие имплантологии, появление современных циркониевых протезов, потребность в

съемных протезах не уменьшается. Протезы на имплантатах и естественных зубах являются физиологическими, но не все пациенты могут себе это позволить, т.к. материалы и методы их изготовления требуют значительных материальных затрат. Кроме того, несъемные протезы противопоказаны лицам с хроническими заболеваниями десен, системными