

сим), карбапенемы (имипенем), аминогликозиды (амикацин, гентамицин, нетилмицин, тобрамицин), фторхинолоны (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин), линкозамиды (клинамицин), Ко-тримаксозол, фосфомицин. В то же время, разлитые флегмоны челюстно-лицевой области требуют назначения комбинированной антибиотикотерапии. На основании чувствительности микроорганизмов, а также изучения таблиц взаимодействия антибактериальных препаратов, определены сочетания антибиотиков, обладающих синергидным эффектом. Установлено, что необходимо использовать следующие сочетания: пенициллины (пиперациллин, тикарциллин, тикарциллин+клавулат, мезлоциллин) с аминогликозидами (амикацин, гентамицин, нетилмицин, тобрамицин), фторхинолонами (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин), в исключительных случаях - с рифампицином. Цефалоспорины (цефепим, цефазолин, цефотаксим) могут сочетаться с фторхинолонами (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин) и рифампицином. Карбапенемы (имипенем) усиливают действие фторхинолонов (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин). Аминогликозиды (амикацин, гентамицин, нетилмицин, тобрамицин) используются в сочетаниях с пенициллинами (пиперациллин, тикарциллин, тикарциллин+клавулат, мезлоциллин) и фторхинолонами (офлоксацин, пefлоксацин, цiproф-

локсацин). Линкозамиды (линкомицин, клиндамицин) усиливают действие фторхинолонов (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин) и сульфаниламидов (Ко-тримаксозол, сульфаметоксозол). Рифампицин проявляет синергизм при взаимодействии с пенициллинами, цефалоспоринами (цефепим, цефазолин, цефотаксим), фторхинолонами (офлоксацин, пefлоксацин, цiproфлoксацин).

Выводы. Разработанные схемы эмпирической антибиотикотерапии разлитых флегмон челюстно-лицевой области могут быть использованы для их лечения до получения данных микробиологических исследований.

Литература:

1. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии: Методические рекомендации / В. К. Гостищев [и др.]; под общ. ред. В.К. Гостищева. - М., 1998. - 18 с.
2. Косинец А.Н. Актуальные вопросы инфекционной патологии / А. Н. Косинец, В. К. Окулич, С. Д. Федянин / Материалы Евро-Азиатского конгресса по инфекционным болезням, Витебск, 5-6 июля 2008г. / Витеб. гос. мед. ун-т; под науч. ред. В. П. Дейкало. - Витебск. - С. 22.
3. Яковлев С.В. Клиническая химиотерапия бактериальных инфекций / С.В. Яковлев. - М., 1997. - 187 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА ПО ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТИ

Каленковец Ю.А., Чернявский Ю.П., Луд Н.Г.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. По данным международного агентства по изучению рака заболеваемость злокачественными новообразованиями с каждым годом возрастает, за последние годы злокачественными опухолями в мире заболели 10 млн. человек. По тем же данным, в мире от рака умерли 8 млн. человек. Рак полости рта в структуре мировой заболеваемости стоит на 11 месте (266 000 человек) и в структуре смертности на 13 месте (127 000 человек). Отмечается высокая летальность на 1-м году с момента установления диагноза (40,8%). Среди новообразований полости рта 65% приходится на злокачественные опухоли языка, 12,9% - на слизистую щек, 10,9% - на дно полости рта, 6,2% - на мягкое небо, диагностируемые в возрасте от 14 до 80 лет [1,3].

Цель. Изучить эпидемиологию, распространенность и заболеваемость злокачественными новообразованиями полости рта в Витебской области.

Материал и методы. Был проведен статистический анализ данных историй болезней за 2005-2009 гг. паци-

ентов находящихся на лечении в Витебском областном онкологическом диспансере и ЦРБ Витебской области, данных канцер-регистра РБ за 1999-2008 отчетные годы.

Результаты и обсуждение. При изучении данных канцер-регистра РБ установлено, что абсолютное число вновь выявленных случаев заболевания злокачественными новообразованиями за 1999-2008 годы в Республике Беларусь и Витебской области увеличилось. В структуре заболеваемости рак губы составил 1-1,5% среди мужчин и 0,3-0,6% среди женщин от общего числа злокачественных новообразований [2]. Также было установлено, что общая заболеваемость злокачественными новообразованиями губы и полости рта за 1999-2008 годы снизилась в 3 раза.

За 2005-2009 годы по Витебской области было зарегистрировано 368 случаев злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта и губы. Наибольшее число данных состояний приходилось на возраст от 50 до 80 лет. Злокачественные новообразования

Таблица 1. Показатели заболеваемости, дифференцированные по полу городского и сельского населения Витебской области злокачественными новообразованиями губы и полости рта.

МКБ-10	мужчины						женщины					
	1999		2003г.		2008г.		1999г.		2003г.		2008г.	
	Г.	С.	Г.	С.	Г.	С.	Г.	С.	Г.	С.	Г.	С.
C00Губа	4,5	9,7	3,5	6,3	1,0	4,1	0,8	3,7	0,6	2,3	0,2	3,2

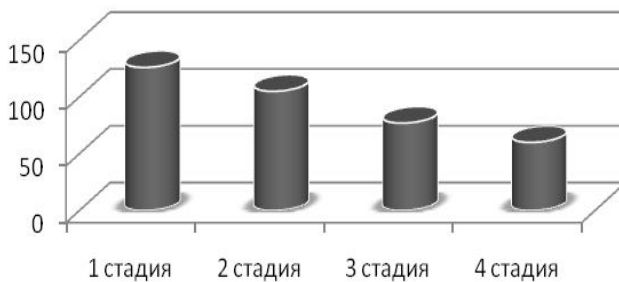


Диаграмма 1. Распределение злокачественных новообразований губы и слизистой оболочки полости рта по стадиям .

губы и полости рта у мужчин встречались в 4 раза чаще, чем у женщин (296/72) , и чаще у сельского, чем у городского населения (таблица 1).

Наибольшее число злокачественных новообразований выпадало на рак нижней и верхней губы - 139 больных (38%), затем новообразования языка-93 случая (25%), слизистой оболочки дна полости рта-72 (19%), рак слизистой оболочки щеки, десны и ретромолярной области-36 больных (10%) и рак мягкого и твердого неба-28 случаев (8%).

По морфологии среди новообразований преобладает плоскоклеточная ороговевающая карцинома - в 331 случаях (90%), в 30 случаях плоскоклеточная не ороговевающая карцинома (8%), и в единичных случаях - базалиома и цилиндрома (у 7 больных - 2%).

Смертельный исход заболевания был зафиксирован у 148 больных, в 3-ей клинической группе на настоящее время находятся 100 пациентов, во 2-ой клинической группе - 61, и в 4-5 пациентов. Смертность на 10000 населения составила - 1,4. Пятилетняя выживаемость по всем новообразованиям составила 45 %.

По стадиям распределение новообразований было следующее: 1 стадия - 126 больных , 2 стадия - 105 больных, 3 стадия - 77 и 4 стадия - 60. Результаты представлены в диаграмме 1.

У 53 пациентов (14%) наблюдались ранее или одновременно с основным заболеванием злокачественные новообразования других областей. Чаще всего встречался рак легкого - у 14 больных.

Пациентов с запущенной формой заболевания (с 3 и 4 стадиями) выявлено 137 (37%). По диагнозам с запущенной формой заболевания лидируют - рак слизистой

оболочки дна полости рта и языка (в 87 случаях- 24%). Из причин запущенности онкологических заболеваний наиболее часто отмечается несвоевременное обращение пациентов (60% случаев). Для устранения этой причины необходима мотивация пациентов на ранее обращение за медицинской помощью. Достаточно большой процент составляют ошибки в клинической диагностике и неполное обследование больных (22%), что является, в первую очередь, задачей врачей всех специальностей - иметь онкологическую настороженность. Из других причин запущенности были: скрытое течение болезни- 15% , отказ больного от обследования- 3%.

Не смотря на то, что в последние годы наблюдается снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта, вопросы профилактики заболеваний СОПР по-прежнему актуальны.

Выводы.

1. В Витебской области за 2005-2009 годы отмечается снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта.

2. Наиболее распространен рак нижней и верхней губы, по морфологическому диагнозу преобладают плоскоклеточные ороговевающие карциномы, по стадии заболевания - первая стадия.

3. Смертность от злокачественных новообразований полости рта по Витебской области за 2005-2009 гг. составила 1,4 на 10000 населения, пятилетняя выживаемость 45 %.

4. Учитывая тот факт, что среди запущенных форм новообразований полости рта лидирует рак слизистой оболочки дна полости рта и языка, первоочередной задачей является своевременная ранняя диагностика заболеваний врачами стоматологами.

Литература:

1. Белоцерковский, И.В. Рак слизистой оболочки полости рта / И.В.Белоцерковский, А.Г. Жуковец // Стомат. журн. - 2006. - № 2. - С. 120-123.
2. Злокачественные новообразования в Беларуси 1998-2008 гг. // Канцерорегистр, 2009.
3. Соловьев, М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка / М.М. Соловьев // Практик. онкология. - 2003. - Т. 4, № 1. - С. 31-36.

АЛЛЕРГИЯ НА ЗУБОПРОТЕЗНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Карнук Н.А., Карнук И.Ю.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. В последние годы отмечается повышенный интерес стоматологов к проблеме непереносимости зубопротезных материалов, которые широко используются в стоматологической практике при проведении таких сложных методов восстановления зубов, как имплантация в костную ткань челюсти металлических конструкций, а также многоэтапных методов косметической реставрации зубов. При неправильном выборе материала для приготовления протезов их удаление ве-

дет к безвозвратно потерянной возможности качественного восстановления данного фрагмента зубов, а также значительным издержкам со стороны пациентов. Предварительный квалифицированный подбор материалов для данного пациента дает возможность полностью избежать данных осложнений.

Цель работы. Оценить роль аллергических и псевдоаллергических реакций в структуре непереносимости зубных протезов для своевременного выявления скры-