

тактной тканью. Кроме того, у 43% пациенток снизился уровень ССГ. Миоматозная ткань при сочетании развитии приобрела черты, характерные для аденомиоза, что в дальнейшем может способствовать усилению роста и возможной малигнизации.

Заключение

При сочетании развитии двух эстрогензависимых патологий аденомиоз оказывал на миому существенное влияние, подчиняя и перестраивая ее локальный гормональный статус, что проявилось в снижении уровня эстрогена и повышении концентрации свободного эстриола, а также снижении у части больных показателей ССГ. Гормональный фон аденомиозной и миоматозной ткани при сочетании развитии двух патологий может создавать преморбидный фон для перерождения и малигнизации ткани матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамиров М.М. Аденомиоз: клиника, диагностика и лечение. М.: Тверь; 2002.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Доброкачественные заболевания матки. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
3. Гуриев Т.Д. Сочетание миомы матки и аденомиоза: новые аспекты патогенеза, диагностики и лечения: Дис. М.; 2005.
4. Rosner W., Hryb D.J., Kahn S.M. Interactions of sex hormone-binding globulin with target cells. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2010; 316(1): 79—85.
5. Киселев В.И., Сидорова И.С., Унанян А.Л., Муйженек Е.Л. Гиперпластические процессы органов женской репродуктивной системы: теория и практика. М.; 2011.

6. Щепотин И.Б., Зотов А.С., Костюченко Е.А. Роль пролактина в физиологии и патологии молочной железы. *Вопросы онкологии.* 2007; 53 (2): 131—9.
7. Адамян М.Л. Роль некоторых метаболических и морфологических изменений эндометрия в патогенезе рака тела матки: Дис. Ростов-н/Д; 2011.

REFERENCES

1. Damirov M.M. Adenomyosis: clinical picture, diagnosis and treatment. M.: Tver; 2002 (in Russian).
2. Strizakov A.N., Davydov A.I. Benign diseases of the uterus. M.: GEOTAR-Media, 2011 (in Russian).
3. Guriev T.D. The combination of uterine fibroids and adenomyosis: new aspects of pathogenesis, diagnosis and treatment. Abstract of dissertation for the degree of doctor of medical Sciences, Moscow; 2005 (in Russian).
4. Rosner W., Hryb D.J., Kahn S.M. Interactions of sex hormone-binding globulin with target cells. *Mol. Cell. Endocrinol.* 2010; 316(1): 79—85.
5. Kiselev V.I., Sidorova I.S., Hunanyan A.L., Muiyzenek E.L. Hyperplastic processes of the female reproductive system: theory and practice. Moscow; 2011 (in Russian).
6. Shchepotin I.B., Zotov A.S., Kostyuchenko E.A. Role of prolactin in the physiology and pathology of the breast. *Issues on Oncology* 2007; 53(2): 131—9 (in Russian).
7. Adamyan M.L. Role of some metabolic and morphologic changes of the endometrium in the pathogenesis of cancer of the womb. Avtoref. dissertation for degree of candidate of medical Sciences. Rostov-on-Don; 2011 (in Russian).

Поступила 09.09.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.716.1-02:617.52-006.04-089]-078

Е.В. Кочурова¹, С.В. Козлов¹, А.М. Сдвижков², В.Н. Николенко¹, Н.Х. Шацкая², О.С. Гуйтер¹

МИКРОЭКОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ЭТАПЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ДЕФЕКТОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, 119991, г. Москва; ²ГБУ здравоохранения города Москвы «Онкологический клинический диспансер № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», 105005, г. Москва

Заболееваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области с каждым годом имеет неизменный прирост. Одним из вариантов лечения является хирургическое, результатом которого также является образование приобретенного дефекта, требующего впоследствии реконструктивно-восстановительного и ортопедического лечения. Широко распространенным и доступным вариантом ортопедической реабилитации после резекции верхней челюсти является изготовление полого акрилового obturating протеза. Одними из характеристик данного метода лечения являются большая площадь прилегания поверхности протеза к слизистой оболочке полости рта и наличие шовного соединения на obturating части. Шовное соединение является местом скопления остатков пищи и патогенной микрофлоры.

Слизистая оболочка полости рта является местом первичного контакта не только с агрессивными компонентами конструкции зубных протезов, антигенами, но и с продуктами жизнедеятельности микроорганизмов, находящихся на них. Для пациента наличие шовного соединения требует дополнительных гигиенических мероприятий по очистке obturating протеза. Таким образом, акриловый obturating протез с шовным соединением значительно снижает уровень гигиены у онкологических пациентов, способствует накоплению агрессивных микроорганизмов, что может привести к нарушению микробиоценоза полости рта и развитию осложнений воспалительного характера после реабилитации. В связи с этим нами был разработан метод изготовления obturating протеза без шовного соединения.

Ключевые слова: *полый obturating протез; шовное соединение; микрофлора полости рта; ортопедическая реабилитация; злокачественное новообразование; приобретенный дефект.*

MICROECOLOGY OF THE ORAL MUCOSA AT THE STAGE OF PROSTHETIC REHABILITATION IN PATIENTS WITH ACQUIRED DEFECTS OF MAXILLA

E.V. Kochurova¹, S.V. Kozlov¹, A.M. Sdvizhkov², V.N. Nikolenko¹, N.H. Shackaja², O.S. Gujter¹¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, 119991, Moscow, Russian Federation; ²Clinical Oncology dispensary №1 of the Moscow Health Department, 105005, Moscow, Russian Federation

The morbidity of malignant neoplasms of the maxillofacial area has an annual constant increase. Surgical treatment is one of the therapy versions. The acquired defect is the result of such treatment, which also requires the reconstructive and prosthetic treatment. Production of a hollow acrylic obturator is widespread and available option of prosthetic rehabilitation after resection of maxilla. One of this treatment characteristic is the large contact area of the obturator surface to the oral cavity mucosa, and the sutural connection on the basis. This connection is a cluster of food remainders and pathogenic microflora of the oral cavity. The oral cavity mucosa is the primary place of contact not only with the aggressive elements of dental engineering materials, antigens, but also to waste products of microorganisms, which are located on prosthetic constructions. The sutural connection requires additional hygienic measures to clean the obturator for the patient. Thus, acrylic hollow obturator with sutural connection substantially reduces the level of hygiene in this patients group and promotes the accumulation of aggressive microorganisms. After prosthetic rehabilitation it can result to damage of oral microbiocenosis and development of inflammatory accidents. We developed a processing technique of a hollow obturator without sutural connection on the basis.

Key words: hollow obturator; sutural connections; microflora of oral cavity; prosthetic rehabilitation; malignant neoplasm; acquired defect.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области за последние 10 лет увеличилась на 13,5% [1]. После оперативных вмешательств в полости рта возникают сложные нетипичные клинично-анатомические дефекты, требующие замещения. Обширная площадь дефекта, уменьшение уровня и плотности кости, дефицит слизистой оболочки, наличие в области регенерата гипертрофированного слоя ткани являются неблагоприятными условиями для последующего качественного ортопедического лечения [2, 3].

Изготовление полого obtурирующего протеза является наиболее доступным методом выбора при данной патологии [4—6]. Obtурирующие протезы, изготовленные традиционно принятым способом, имеют шовное соединение на obtурирующей части базиса [7, 8].

Микрофлора полости рта как высокочувствительная система реагирует качественными и количественными сдвигами на внешние воздействия, изменения состояния ряда органов и систем организма, общей и местной иммунореактивности [9—11]. В условиях ослабления защитных свойств организма преимущество в размножении получают грибковая флора и/или гнилостные микроорганизмы, вызывая местные воспалительные процессы гниения и брожения.

Для решения данной проблемы было предложено расширительное кольцо [12], позволяющее изготовить obtурирующий протез без соединительного шва на поверхности, прилегающей к протезному полю [13].

Целью нашего исследования является сравнение местной микроэкологии слизистой оболочки полости рта после ортопедической реабилитации пациентов после оперативного вмешательства по поводу рака верхней челюсти obtурирующими протезами с шовным соединением и без такового.

Материал и методы

Обследовано 16 пациентов, использующих obtурирующие протезы в повседневной жизни не менее 3 мес с момента их изготовления. Пациенты обучались правилам гигиены полости рта при данной патологии и ухода за

акриловыми obtурирующими протезами с учетом современных очищающих и дезинфицирующих средств. Все пациенты ранее были прооперированы по поводу онкологических заболеваний верхней челюсти. По классификации сформировавшихся дефектов зубочелюстной системы С.В. Козлова (2005) пациенты отнесены к 3-й группе: включенные и концевые дефекты зубного ряда, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба с прониканием в полость носа и верхнечелюстные пазухи, по классификации приобретенных дефектов верхней челюсти В.Ю. Курляндского (1969) — ко 2-му классу: дефекты твердого неба при наличии зубов на одной стороне челюсти.

Всех больных разделили на 2 группы: к 1-й группе причислены 7 пациентов (средний возраст 54 года), которым obtурирующие протезы были изготовлены без шовного соединения на базисе. Во 2-ю группу вошли 9 человек (средний возраст 57 лет), имеющие obtурирующие протезы, изготовленные традиционным способом.

In vitro исследовались штаммы аэробных микроорганизмов, которые можно отнести к разным группам по степени развития стоматологических заболеваний: кариесогенны *Streptococcus aureus*, *Actinomyces naeslundii* — грамположительные микроаэрофильные кислотопродуцирующие кокки и палочки с высоким индексом адгезии к эмали зуба и конструкционным материалам, а также дрожжеподобные грибы *Candida albicans*, способные вызывать воспаление пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Для микробиологического исследования производили забор бактериального налета с поверхности протеза до приема пищи или после, но не ранее чем через 4 ч. Главным условием было нахождение протеза во рту пациента в течение 4 ч.

Смыв брали с части протеза, прилегающей к протезному полю, в непосредственной близости от шовного соединения и помещали в пробирки со стерильной средой АС в количестве 1 мл. Затем из каждой пробирки проводили взятие 40 мкл среды АС и осуществляли секторальный посев на 5% кровяной гемин-агар. Инкубировали в термостате при температуре 37°C в течение суток. Дополнительно выдерживали при комнатной температуре еще сутки. Исследования роста грибов рода *Candida* осуществлялся путем секторального высева на среду Сабуро. Культивирование осуществляли в аэробных условиях при комнатной температуре. Степень адгезии микроорганизмов в свою очередь определяет особенности последующей микробной колонизации акрилового

Для корреспонденции: Кочурова Екатерина Владимировна — канд. мед. наук, ассистент каф. ортопедической стоматологии; 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; e-mail: evkochurova@mail.ru.

Таблица 1

Количество выделенных микроорганизмов на поверхности обтурирующего протеза, прилегающей к протезному полю

Обследуемые пациенты	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Actinomyces naeslundii</i>	<i>Candida albicans</i>
1-я группа	10 ⁵ —10 ⁶	10 ² —10 ³	10 ⁴ —10 ⁶
2-я группа	10 ⁶ —10 ⁸	10 ³ —10 ⁴	10 ⁶ —10 ⁸

протеза, что в подобных клинических ситуациях представляет несомненный интерес.

Чувствительность к антибиотикам определяли методом пороговых концентраций «breakpoint», разделяющих штаммы микроорганизмов на 3 категории: чувствительные (S), промежуточные (I) и устойчивые (R).

Результаты и обсуждение

Пациенты обеих групп не предъявляли жалоб на дискомфорт при пользовании протезом. Пациенты непрерывно пользовались протезами, очищали протезы самостоятельно в домашних условиях с помощью зубной щетки и зубной пасты. При осмотре полости рта было выявлено: 63% больных имели над- и поддесневые зубные отложения, 42% — легкую постишемическую гиперемию на слизистой оболочке твердого неба, после 4 часового пользования протезом видимый налет на базисе протеза был у 16% больных 2-й группы. В табл. 1 приведены данные по результатам посева на аэробную микрофлору с базисов обтурирующих протезов, изготовленных в двух различных вариантах: без шовного соединения и с шовным соединением, прилегающим к слизистой оболочке полости рта.

Наиболее значимыми для определения функциональной ценности обтурирующего протеза являются дрожжеподобные грибы, обладающие сродством к акриловым поверхностям. Наиболее высокое содержание *Staphylococcus aureus*, *Actinomyces naeslundii* и *Candida albicans* было обнаружено на поверхностях протезов во 2-й группе, в 1-й группе — значительно ниже. При прочих равных условиях обтурирующие протезы, изготовленные с применением расширительного кольца, способствуют меньшей адгезии и колонизации патогенной микрофлоры на обтурирующей части базиса протеза. Это способствует поддержанию нормального микробиоценоза полости рта, обеспечивает беспрепятственное использование протеза и повышает уровень качества жизни данной группы больных.

При определении чувствительности к антибиотикам (табл. 2) было выявлено, что у пациентов 2-й группы *Staphylococcus aureus* и *Actinomyces naeslundii* были устойчивы к действию ампициллина и ванкомицина, в то время как чувствительность к ципрофлоксацину и гентамицину сохранилась в обоих группах.

Заключение

Данное исследование показало, что на обтурирующих протезах присутствуют аэробные микроорганизмы, но на протезах, изготовленных без шовного соединения их содержание значительно меньше, а уровень чувствительности к антибиотикам выделенных микроорганизмов выше. Эти показатели могут быть использованы в качестве дополнительного критерия при выборе метода изготовления обтурирующего протеза в каждом конкретном случае ортопедической реабилитации пациентов после оперативных вмешательств на верхней челюсти по поводу рака верхней челюсти.

Таблица 2

Чувствительность к антибиотикам некоторых групп микроорганизмов, выделенных с поверхности обтурирующего протеза, прилегающей к протезному полю

Препарат	Микроорганизм			
	<i>Staphylococcus aureus</i>		<i>Actinomyces naeslundii</i>	
	1-я группа пациентов	2-я группа пациентов	1-я группа пациентов	2-я группа пациентов
Ампициллин	S	R	I	R
Ванкомицин	S	R	S	R
Ципрофлоксацин	S	I	S	S
Гентамицин	S	S	S	S

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В.А., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2011 году. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России; 2013.
2. Галонский В.Г. Зубочелюстно-лицевая ортопедия с использованием материалов с памятью формы: Дисс. Красноярск—Томск; 2009.
3. Петров Б.А. Возрастные и индивидуальные особенности костно-мышечных структур глубокой области лица и их использование в стоматологии: Дисс. М.; 2009.
4. Pravesh K., Veena J., Alok T. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator. Indian J. Palliat. Care. 2012; 18(3): 207—12.
5. Abhilash A., Girindhar K., Pranav M., Deviprasad N. Prosthetic rehabilitation of oro-nasal defect. J. Indian Prosthodont. Soc. 2011; 11(4): 242—5.
6. Пачес А.И. Злокачественные опухоли носа и придаточных пазух. В кн.: Опухоли головы и шеи. М.; 1983: 283—300.
7. Варес Э.Я., Кнотько Г.П. Замещающие протезы верхней челюсти. Киев; Здоров'я; 1981.
8. Маркин П.Ю. Клинико-лабораторное обоснование применения нового материала «СтомАкрил ремонт» в ортопедической стоматологии: Дисс. М.; 2006.
9. Голая Л.Д. Аллергические заболевания в ортопедической стоматологии. М.; 1988.
10. Ушаков Р.В., Царев В.Н. Микрофлора полости рта и ее значение в развитии стоматологических заболеваний. Стоматология для всех. 1998; 3: 22—6.
11. Кочурова Е.В., Козлов С.В., Николенко В.Н., Гуйтер О.С. Влияние вида конструкции стоматологического протеза на уровень биомаркеров ротовой жидкости у пациентов с приобретенными дефектами челюстно-лицевой области. Российский стоматологический журнал. 2013; 5: 21—8.
12. Арутюнов С.Д., Козлов С.В., Гуйтер О.С. Зуботехническая кювета. Патент РФ № 124554; 2013.
13. Козлов С.В., Гуйтер О.С., Кочурова Е.В. Усовершенствование зуботехнической кюветы при изготовлении обтурирующих протезов нестандартных размеров у пациентов с приобретенными дефектами верхней челюсти. Клиническая стоматология. 2013; 3(67): 66—71.

REFERENCES

1. Chissov V.A., Starinskiy V.V. Malignant neoplasms in Russia in 2011. Moscow: FGBU "MNI OI im. P.A. Gertsena" Minzdrava Rossii; 2013 (in Russian).
2. Galonskiy V.G. Dentoalveolar-facial prosthodontics with using shape memory materials. Diss. Krasnoyarsk—Tomsk; 2009 (in Russian).
3. Petrov B.A. Age and individual peculiarities of musculoskeletal structures of the face deep area and their usage in dentistry. Diss. Moscow; 2009 (in Russian).
4. Pravesh K., Veena J., Alok T. Speech rehabilitation of maxillectomy patients with hollow bulb obturator. Indian J. Palliat. Care. 2012 Sep-Dec; 18(3): 207—12.
5. Abhilash A., Girindhar K., Pranav M., Deviprasad N. Prosthetic rehabilitation of oro-nasal defect. J. Indian Prosthodont. Soc. 2011; 11(4): 242—245.
6. Paches A.I. Malignant tumors of the nose and paranasal sinuses. In: Tumors of the head and neck. Moscow; 1983: 283—300 (in Russian).

7. Vares E. Ya., Knot'ko G. P. Substitutionary maxillary dentures. Kiev: Zdorov'ya; 1981 (in Russian).
8. Markin P.Yu. Clinical and laboratory validation of application of the new material "StomAkril repair" in prosthetic dentistry. Diss. Moscow; 2006 (in Russian).
9. Gozhaya L.D. Allergic diseases in prosthetic dentistry. Moscow; 1988 (in Russian).
10. Ushakov R.V. Tsarev V.N. Oral microflora and its value in the development of dental diseases. Dentistry for all. 1998; 3: 22—6 (in Russian).
11. Kochurova E.V., Kozlov S.V., Nikolenko V.N., Gajter O.S. Influence of the type of dental prosthesis on the level of biomarkers of the salivary fluid of patients with acquired defects of the maxilla-facial area. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2013; 5: 21—8 (in Russian).
12. Arutyunov S.D., Kozlov S.V., Guyter O.S. Dental flask. Patent RF, № 124554; 2013 (in Russian).
13. Kozlov S.V., Gajter O.S., Kochurova E.V. Improvement of flask in production of non-standart size hollow obturator in patients with acquired defects of maxilla. Klinicheskaya stomatologiya. 2013; 3(67): 66—71.

Поступила 04.10.14

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.33-006.04-089-053.9-07

Г.А. Рохоев, С.Н. Неред, И.С. Стилиди

ДЛИТЕЛЬНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 80 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» РАМН, 115478, г. Москва

Проблема хирургического лечения больных старше 80 лет представляет большой интерес в связи с глобальным старением населения, однако многие ее аспекты недостаточно изучены. Представлено описание трех случаев успешного хирургического лечения рака желудка у больных старше 80 лет с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами. Сроки наблюдения составили 82, 77 и 41 мес.

Ключевые слова: рак желудка; хирургическое лечение; отдаленные результаты, старческий возраст.

LONG-TERM MONITORING PATIENTS OVER 80 YEARS OPERATED FOR GASTRIC CANCER

G.A. Rokhoev, S.N. Nered, I.S. Stilidi

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center under the Russian Academy of Medical Sciences, 115478, Moscow, Russian Federation

Surgical treatment of patients older than 80 years remains an actual problem and represents a great interest, due to the aging of the population. Many of its aspects, to day, are not sufficiently understood. We describe 3 cases of successful surgical treatment of patients with gastric cancer; older than 80 years. Follow-up was 82.77, and 41 months.

Key words: gastric cancer; surgical treatment; long-term results; elderly patients.

К проблеме хирургического лечения больных раком желудка старческого возраста периодически приходится возвращаться, поскольку по мере улучшения хирургической техники, анестезиолого-реанимационного пособия предельный возраст оперируемых больных постоянно увеличивается. Данные литературы прошлых лет (1970—1980) свидетельствуют о значительном количестве отказов в хирургическом лечении, обоснованных возрастным пределом операбельности 60—70 лет [1—3]. Однако на современном этапе операбельность пациентов преклонного возраста увеличилась до 70—89% [4—8]. Если целесообразность применения хирургического метода лечения в возрастной группе до 75 лет не вызывает сомнения, то возможности хирургического лечения больных старше 80 лет значительно менее изучены. Имеющиеся в мировой литературе единичные публикации, посвященные хирургическому

лечению пациентов старше 80 лет, основаны на небольшом количестве наблюдений и не дают полного представления об особенностях этой категории больных [9—13]. В нашем сообщении приведены примеры успешных хирургических вмешательств, выполненных в хирургическом отделении абдоминальной онкологии им. Н.Н. Блохина РАМН у 3 пациентов с раком желудка старше 80 лет с длительным послеоперационным сроком наблюдения.

1. Пациент Г., 81 год, госпитализирован в отделение абдоминальной онкологии 6.11.06 г. с диагнозом рака тела желудка. По данным обследования (ФГДС, лапароскопия) установлено, что в области тела и антрального отдела желудка имеется язвенно-инфильтративная опухоль размерами 7×5 см, циркулярно суживающая просвет желудка, прорастающая серозную оболочку. Гистологическое исследование биопсийного материала: аденокарцинома умеренной и низкой степени дифференцировки. При УЗИ отдаленные метастазы не выявлены. Сопутствующие заболевания: ИБС — атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Сердечная недостаточность — 0 ст. Артериальная гипертензия 2 ст., умеренного риска. Эмфизема легких, пневмосклероз. Аденома пред-

Для корреспонденции: Рохоев Гаджи Ахмадулаевич — аспирант отделения абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии; 115478, г. Москва, , Каширское шоссе, д. 24; e-mail: rokhoev@mail.ru.