

анемизирующих АМК связано не только с расположением МУ, но и размерами МУ, расположенного в подслизистом слое матки, и воспринимаемого организмом, по видимому, как инородное тело в матке.

Косвенно данную гипотезу подтверждает наблюдение, что вне зависимости от непосредственной причины «органуносящей» операции средний уровень предоперационного гемоглобина у женщин остальных групп был в области нижней границы нормы. Единственное исключение – группа симптомной миомы матки, в которой средний уровень гемоглобина был чуть ниже нижней границы доверительного интервала нормы ($119,2 \pm 2,8$ г/л). При этом он статистически достоверно не отличался от данного показателя в других подгруппах за исключением АМК. Это наводит на мысль о том, что гипотетическая связь между вероятностью анемии и размерами матки при её миоме [3, 4], как минимум, не носит линейного характера.

Таким образом, представляется вполне обоснованной позиция исследователей, рассматривающих подслизистое расположение миоматозных узлов как фактор риска аномальных маточных кровотечений (АМК) и анемизации пациенток, который может реализоваться, а может и не реализоваться. При размерах матки до 13/14 нб

и бессимптомном течении ММ вполне допустима консервативная тактика ведения пациенток.

Список литературы

1. Менге С. Руководство по гинекологии: Пер. с нем. / С. Менге, Е. Оритц. – Петроград: Практическая медицина. – 1914. – 784 с.
2. Кленицкий Я.С. Фибромиомы матки: Руководство по акушерству и гинекологии. Т. V: под ред. В.А. Покровского. – М.: МЕДГИЗ. – 1962. – с. 32-69.
3. Адамян Л.В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация./ Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В. и др. – М., 2015. – 100 с.
4. Гинекология: национальное руководство: Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1008 с.
5. Линде В.А. Миома матки и миомэктомия. / В.А. Линде, Н.Н. Волков, М.С. Добровольский, А.В. Иванов – М.: «SweetGroup», 2010. – 94 с.
6. Леваков С.А. Миома матки / С.А. Леваков, О.В. Зайратьянц, Х.Р. Мовтасва. – М.: Группа МДВ. – 2019. – 168 с.
7. Яковлева Н.В. Органосберегающие хирургические технологии в восстановлении репродуктивного здоровья женщин /Н.В. Яковлева, Л.М. Афанасьев, Ю.М. Евсюкова / Мать и Дитя в Кузбассе. – 2012. – Т.48. – № 1. – С. 47-52.

Tereshina Tat'jana Petrovna

Doctor of medicine

Novitskaya Irina Konstantinovna

Doctor of medicine

Nikolayeva Anna Vladimirovna

Doctor of medicine

Kosenko Dar'ja Konstantinovna

candidate of medicine

State Establishment «The Institute of Stomatology and

Maxillo-Facial Surgery National Academy of Medical Science of Ukraine»

STATE OF ORAL CAVITY IN ONCOLOGICAL PATIENTS AFTER GASTROECTOMY AGAINST THE BACKGROUND OF DENTAL REHABILITATION

Терешина Татьяна Петровна

д.мед.н.

Новицкая Ирина Константиновна

д.мед.н.,

Николаева Анна Владимировна

д.мед.н.,

Косенко Дарья Константиновна

к.мед.н.

Государственное учреждение «Институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Национальной академии медицинских наук Украины»

СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРОЭКТОМИИ НА ФОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Abstract. The aim of the research. Examination of oral cavity in patients with gastric cancer later after gastroectomy, as well as application of dental rehabilitation complex at postoperative stages.

Materials and methods of research. The 22 of the patient (age 48 - 71 years) diagnosed with stomach cancer after gastroectomy was examined. Patients from the 7th day after surgery for 6 months were prescribed a complex

of preventive measures, including 1. Oral solution "Tantum Verde"; 2. Oral gels "Echipozol" and "Ehsol"; 3. "Propolis" toothpaste.

Results of researches. After the gastroectomy, all patients complained of oral discomfort, with dry mouth mucosa as well as pain being the main symptom. In the following 6 months after surgery, an increase in inflammatory-destructive periodontal diseases was observed. The use of the dental rehabilitation complex increased salivation by 4 times and contributed to a decrease in the prevalence of gingivitis and did not increase the intensity of periodontitis.

Conclusion. Proposed complex of therapeutic and preventive measures adapted to detected symptoms reduces intensity of inflammation in oral cavity and increases salivation in patients after gastroectomy

Реферат. Цель исследований состояла в изучении состояния полости рта у онкологических больных в более поздние сроки после операции, а также разработки и применения комплекса стоматологической реабилитации на этапах послеоперационного периода.

Материалы и методы исследования. Обследовано 22 пациента (возраст 48 лет- 71 года) с диагнозом рак желудка после гастроэктоми. Пациентам с 7- го дня после операции в течение 6 месяцев назначали комплекс профилактических мероприятий, включающих 1.Раствор для ротовой полости «Тантум-верде»; 2.Гели для полости рта «Эхипозол» и «Эхсол»; 3. Зубную пасту «Прополис».

Результаты исследований. После гастроэктоми все больные предъявляли жалобы на дискомфорт в полости рта, при этом основным симптомом является сухость СОПР, а также болезненность. В последующие 6 месяцев после операции наблюдалось обострение воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта. Применение комплекса стоматологической реабилитации увеличивала саливацию в 4 раза и способствовало снижению распространенности гингивита и не увеличивала интенсивность пародонтита.

Заключение. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, адаптированный к выявленной симптоматике, снижает интенсивность воспаления в полости рта и увеличивает саливацию у пациентов после гастроэктоми.

Keywords: gastric cancer, gastroectomy, oral cavity, postoperative period

Ключевые слова: рак желудка, гастроэктомия, полость рта, послеоперационный период.

Согласно статистике, любое хирургическое вмешательство отражается на состоянии пациента, тем более, когда приходится удалять часть внутреннего функционирующего органа. Это проявляется как в функциональных, так и посттравматических нарушениях, приводящих к снижению качества жизни [1-3]. Поэтому вопросам реабилитации больных после резекции желудка уделяется достаточно внимания ученых, однако речь идет только об общем состоянии пациента [2, 4]. Локальные же проблемы, такие как состояние полости рта после операции практически не обсуждаются. Особенно эта касается больных, резекция желудка у которых проведена в связи с онкологическим заболеванием.

Ранее нами было установлено [6], что пациенты, страдающие раком желудка и подвергшиеся гастроэктоми, непосредственно в послеоперационный период испытывали сухость и болезненные ощущения в полости рта и гортани, в связи с чем не могли полноценно принимать даже жидкую пищу.

Цель настоящих исследований. Изучение состояния полости рта у онкологических больных в более поздние сроки после операции, а также разработки и применения комплекса стоматологической реабилитации на этапах послеоперационного периода.

Материалы и методы исследования. Обследовано 22 пациента в возрасте от 48 лет до 71 года с диагнозом рак желудка (12 человек – группа сравнения и 10 человек - основная группа). Всем была проведена гастроэктомия желудка.

После операции пациентам группы сравнения специальный лечебно-профилактический для полости рта комплекс не назначался. Однако были даны рекомендации по уходу за полостью рта (отвары лекарственных растений с противовоспалительным действием для полоскания полости рта и зубные пасты, включающие экстракты лекарственных растений).

Пациентам основной группы с 7- го до 30 дня после операции (1-й этап) назначали комплекс мероприятий для нормализации состояния СОПР, заключающийся, как в паллиативных мероприятиях, направленных на уменьшение непосредственного раздражающего контакта СОПР с пищей или жидкостью, так и целью снижения воспаления и болевого синдрома, а также стимуляции саливации: 1. Раствор для ротовой полости «Тантум-верде» (действующее вещество – бензидамина гидрохлорид). Схема применения: полоскание рта 15 мл раствора, разведенного 15 мл воды в течении 1 минуты 2-3 раза на сутки в течение 5-7 дней (2 курса в течение месяца); 2. Гель для полости рта «Эхипозол». В состав геля входит: экстракт эхинации, обладающий адаптогенными свойствами; экстракт подорожника – противовоспалительное действие; экстракт золототысячника – стимуляция саливации. Схема применения: нанесение геля на все доступные места слизистой оболочки полости рта 2-3 раза в день за 20-30 минут до приема пищи в течение месяца; 3. Чистка зубов пастой «Прополис» серии "Классика". Прополис обладает антимикробным, противовоспалительным, очищающим и репаративным действием.

На 2-м этапе (со 2-го месяца после операции) продолжали применение раствора для ротовой полости «Тантум-верде» по схеме, представленной выше.

В качестве 2-го компонента был назначен гель «Эхсол», включающий экстракт эхинации, обладающий адаптогенными свойствами; экстракт шалфея – противовоспалительное действие; экстракт золототысячника – стимулирование саливации, а также солкосерил (активное вещество-депротенизированный диализат крови молочных телят). Схема применения: нанесение геля на все доступные места слизистой оболочки полости рта 2-3 раза в день за 20-30 минут до приема пищи каждый месяц по 7 дней.

Следует отметить, что гели «Эхипозол» и «Эхсол» за счет включения экстракта эхинации действуют на неспецифический иммунитет, что является очень важным, так как по данным Г. Д. Овруцкого, патогенное действие стоматогенного очага воспаления в полости рта реализуется в основном через угнетение факторов неспецифической защиты организма [6].

Начиная с 7-го дня и последующие 6 месяцев послеоперационного периода изучали скорость саливации, а также показатели состояния слизистой оболочки полости рта и пародонта: пробу Шиллера-Писарева, индексы РМА, ПИ, СРITN [7].

Результаты исследований и их обсуждение.

Результаты исследований, представленные в таблице, показали, что на 7-й день после операции у большинства пациентов (66 %) группы сравнения наблюдалась ксеростомия. Средний же показатель

на всех обследованных составил $0,11 \pm 0,03$ мл/мин. Индекс РМА свидетельствовал о наличии генерализованного гингивита ($42,4 \pm 5,4$ %), причем у 7 человек (58 %) была зафиксирована отечная форма гипертрофического гингивита. Согласно среднему показателю индекса ПИ у обследованных лиц наблюдалась 1-2 ст. периодонтита. Показатель СРITN (более 2-х баллов) указывал на необходимость пародонтологического лечения.

Исследования, проведенные через 2-3 месяца, указали на некоторое повышение саливации (на 22 %), в то же время четко свидетельствовали об обострении воспалительного процесса в полости рта: РМА увеличился на 33 %, ПИ – на 22 %, СРITN – на 56 %. При этом пациенты отмечали, что неприятные ощущения в полости рта, наблюдающиеся в первые 10 дней после операции, были не столь выражены.

На основании полученных результатов был сделан вывод, что в последующие 2-3 месяца болезненные ощущения в полости рта затихают, но появляются другие осложнения в виде острых воспалительных процессов в полости рта либо обострения хронических воспалительно-деструктивных заболеваний.

Выявленный факт послужил основанием считать, что именно проведенная операция способствовала развитию или обострению стоматогенных очагов воспаления (инфекции), которые, в условиях снижения естественных защитных сил организма, можно рассматривать как источник аутоинфекции и аутоинтоксикации всего организма.

Таблица

Состояние полости рта у онкологических больных в полугодовой период после гастроэктомии желудка на фоне проведения стоматологической реабилитации

Индексная оценка состояния полости рта	Время обследования после операции					
	7-10-й день		2-3 месяца		5-7 месяцев	
	группа сравнения n=12	основная группа n=10	группа сравнения n=6	основная группа n=9	группа сравнения n=5	основная группа n=7
СОПР - гиперемия, отек	75 % (9 чел.)	80 % (8 чел.)	50 % (3 чел.)	33 % (3 чел.)	40 % (2 чел.)	14 % (1 чел.)
Скорость саливации (мл/мин)	ксеростомия (66 %)* $0,11 \pm 0,03$	ксеростомия (60 %)* $0,09 \pm 0,02$ P>0,05	$0,14 \pm 0,02$	$0,35 \pm 0,05$ P<0,05	$0,24 \pm 0,03$	$0,38 \pm 0,04$ P<0,05
Проба Шиллера-Писарева	$2,05 \pm 0,19$	$2,22 \pm 0,24$ P>0,05	$2,85 \pm 0,32$	$1,67 \pm 0,18$ P<0,05	$2,15 \pm 0,24$	$1,65 \pm 0,22$ P>0,05
РМА	$42,4 \pm 5,4$	$49,4 \pm 4,3$ P>0,05	$56,4 \pm 6,2$	$38,4 \pm 3,1$ P<0,05	$51,7 \pm 6,9$	$33,4 \pm 3,4$ P<0,05
ПИ	$2,3 \pm 0,26$	$2,1 \pm 0,24$ P>0,05	$2,8 \pm 0,32$	$2,2 \pm 0,21$ P>0,05	$3,4 \pm 0,45$	$2,1 \pm 0,25$ P<0,05
СРITN (код)	$2,3 \pm 0,18$	$2,0 \pm 0,22$ P>0,05	$3,6 \pm 0,31$	$2,2 \pm 0,26$ P<0,05	$3,5 \pm 0,43$	$2,0 \pm 0,28$ P<0,05

Примечание: Р-достоверность отличий – рассчитана по отношению к показателям в группе сравнения; *представлено в процентах из-за невозможности сбора ротовой жидкости

Это означает, что лечение стоматогенных очагов у больных после резекции желудка очень важно не только для полости рта, но и общего состояния больного.

Поэтому для пациентов следующей, основной группы, перенесших гастрэктомию, был разработан комплекс стоматологической реабилитации, который назначался, начиная с раннего послеоперационного периода.

При этом предусматривалось 2 этапа. 1-й – для снижения неприятных ощущений в полости рта, связанных в основном с гипосаливацией; 2-й – для снижения интенсивности воспалительно-деструктивных процессов в полости рта, развивающихся в более поздние сроки после операции.

Исследования показали, что состояние полости рта у онкологических больных основной группы на 7-10 день после операции существенно не отличались от показателей, зафиксированных у больных группы сравнения.

Исследования, проведенные через 2-3 месяца после операции, указывали на снижение интенсивности воспалительного процесса в полости рта пациентов основной группы: достоверные отличия с группой сравнения по следующим показателям: скорость саливации (увеличение); проба Шиллера-Писарева, РМА, СРІТN (снижение). По показателю ПИ отличительные данные были недостоверны, однако выявлялась явная тенденция к снижению.

Через 5-7 месяцев у больных основной группы также наблюдалась позитивная динамика изменения большинства показателей состояния полости рта. Недостоверные отличия при сравнении с таковыми в группе сравнения только по индексу – проба Шиллера-Писарева, однако тенденция к снижению по отношению к первоначальным данным у пациентов основной группы составила 34 %.

Визуальная оценка состояния полости рта показала, что гиперемия СОПР в основной группе наблюдалась только у 1 человека (14 %). При этом 100 % пациентов указали на улучшение состояния полости в результате применения предложенного комплекса.

Следовательно, примененный лечебно-профилактический комплекс способствовал снижению интенсивности воспалительного процесса в полости рта больных, обусловленных проведенной операцией, связанной с гастрэктомией.

В целом, по результатам исследований были сделаны следующие выводы: 1. Гастрэктомию у онкобольных способствует снижению саливации и обострению воспалительных заболеваний в полости рта.

2. Предложенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, адаптированный к выявленной симптоматике, снижает интенсивность воспаления в полости рта и увеличивает саливацию.

3. Пациенты на основании собственных наблюдений оценили эффективность применения лечебно-профилактического комплекса.

Список литературы

1. Kulikov E.G., Mercalov S.A. Quality of life of patients after gastric resection with preservation of the pylorus in cancer. *Palliativnaja medicina i rehabilitacija*. 2011;4:53 - 55.
2. Chajka A.V., Homjakov V.M., Rjabov A.B. Functional consequences of operations for malignant tumors of the stomach: prevention, diagnosis and treatment of post-resection disorders. *Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii i koloproktologii*. 2018;28,3:4-17
3. Bolton J.S., Conway W.C. Postgastrectomy syndromes. *Surg. Clin. N. Am.* 2011;91:1105-1111.
4. Zhdan V. N., Sheleshko P. V., Bashtan V. P., Sheleshko M. S., Shylkyna L. N. On the issue of rehabilitation of cancer patients. *Visnyk problem biologii' i medycyny*. 2018;1(141):326-330.
5. Kosenko D.K., Novickaja I.K., Nikolaeva A.V., Novickij V.B. Результаты изучения состояния полости рта у онкологических больных после гастрэктомии в послеоперационном периоде // *Вестник стоматологии*. 2018;4:31-36.
6. Ovruckij G. D. Chronic odontogenic focus. - *Moskva : Medicina*;1993:144.
7. Grudjanov A.I. Periodontal disease. M., *Izdatel'stvo "Medicinskoe informacionnoe agentstvo*; 2009:336.