

**Проблеми
безперервної медичної
ОСВІТИ та НАУКИ**



Проблеми безперервної медичної освіти та науки

Щоквартальний науково-практичний журнал

Журнал є правонаступником попереднього, заснованого в 2000 р. Свідоцтво про державну перереєстрацію: сер. КВ № 12762-1646 Р від 05.06.2007 р.

Засновник — ХМАПО, свідоцтво про державну реєстрацію: сер. КВ № 17585-6435 Р від 17.03.2011 р.

Журнал включено до затвердженого ВАК України переліку видань з медичних наук (постанова Президії ВАК України від 31.05.2011 р. № 1-05/5, Бюлетень ВАК України № 7, 2011) для опублікування результатів дисертаційних робіт.

4 [16] 2014

**PROBLEMS
OF UNINTERRUPTED
MEDICAL TRAINING
AND SCIENCE**

is published 4 times a year
Founded in 2000

ЗАСНОВНИК, ВИДАВЕЦЬ

Харківська
медична академія
післядипломної освіти

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ

Харківська медична академія

післядипломної освіти,
вул. Корчагінців, 58,
61176, м. Харків, Україна

Тел. редакції:

(057) 711-35-56,

(057) 711-80-29

Факс: (057) 711-80-25

E-mail:

academizdat@med.edu.ua

Сайт журналу:

<http://www.promedosvity.in.ua/>

Рекомендовано до друку Вченою радою
Харківської медичної академії післядипломної освіти
(протокол № 9 від 24 жовтня 2014 р.)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор: О. М. Хвисьюк (д-р мед. наук, проф.)

Заступники головного редактора: О. П. Волосовець (чл.-кор. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), Ю. В. Вороненко (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.)

Науковий редактор: Б. М. Даценко (д-р мед. наук, проф.)

Відповідальний секретар: О. О. Рожнов (канд. мед. наук, доц.)

Редакційна колегія: М. А. Власенко (д-р мед. наук, проф.), Г. І. Гарюк (д-р мед. наук, проф.), А. М. Гольцев (акад. Нац. акад. наук України, д-р мед. наук, проф.), Є. М. Горбань (д-р мед. наук, проф.), О. В. Грищенко (д-р мед. наук, проф.), М. О. Корж (д-р мед. наук, проф.), В. С. Крутько (д-р мед. наук, проф.), В. Г. Марченко (д-р мед. наук, проф.), В. М. Мороз (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), В. Ф. Москаленко (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), В. В. Ніконов (д-р мед. наук, проф.), О. К. Попсуйшапка (д-р мед. наук, проф.), С. М. Ромаєв (д-р мед. наук, проф.), М. І. Хвисьюк (д-р мед. наук, проф.), О. А. Цодікова (д-р мед. наук, проф.), І. З. Яковцов (д-р мед. наук, проф.)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

О. В. Більченко (д-р мед. наук, проф.), П. В. Волошин (д-р мед. наук, проф.), О. Я. Гречаніна (чл.-кор. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), І. М. Гришин (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф. (Білорусь)), Ю. І. Губський (чл.-кор. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), Г. В. Дзяк (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), Д. І. Заболотний (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), П. М. Зубарев (д-р мед. наук, проф. (Росія)), В. М. Коваленко (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), В. Г. Ковешников (д-р мед. наук, проф.), В. М. Козаков (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), М. М. Коренєв (д-р мед. наук, проф.), В. І. Кривобок (канд. мед. наук, доц.), В. Ф. Куліковський (д-р мед. наук, проф. (Росія)), А. О. Лобенко (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), О. Ю. Майоров (д-р мед. наук, проф.), Н. Г. Малова (д-р мед. наук, проф.), О. С. Никоненко (чл.-кор. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), Б. А. Рогожин (канд. мед. наук, доц.), М. Д. Тронько (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.), В. І. Цимбалюк (акад. Нац. акад. мед. наук України, д-р мед. наук, проф.)

Передплатний індекс — 89215

© ХМАПО
Журнал «Проблеми безперервної
медичної освіти та науки», 2014 р.

| | |
|--|---|
| <i>Л. В. Зайцева</i> СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН35 | <i>L. V. Zaitseva</i> THE STATE OF SEXUAL FUNCTION AND FAMILY ADAPTATION AT NEUROTIC DEPRESSIONS IN WOMEN.....35 |
| <i>В. Ф. Куцевляк, О. В. Любченко, Л. В. Северин</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕСТАВРАЦИЙ ИЗ МИКРОГИБРИДНОГО КОМПОЗИТНОГО РЕСТАВРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА «ДЕНТЛАЙТ»39 | <i>V. F. Kutsevlyak, O. V. Lubchenko, L. V. Severyn</i> CLINICAL EVALUATION OF THE QUALITY OF THE RESTORATIONS MICROHYBRID COMPOSITE RESTORATIVE MATERIAL «DENTLAYT»39 |
| <i>І. С. Сухіна, І. І. Соколова, О. М. Тарасова</i> РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЦИТОСТАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ44 | <i>I. S. Sukhina, I. I. Sokolova, O. M. Tarasova*</i> THE RISK OF ORAL MUCOSITIS IN CANCER PATIENTS DURING CYTOSTATIC THERAPY.....44 |
| <i>В. І. Савенков</i> МОЖЛИВОСТІ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІДРОНЕФРОЗ, ЗУМОВЛЕНИЙ НЕФРОПТОЗОМ.49 | <i>V. I. Savenkov</i> POSSIBILITIES OF ENDOVIDEOSURGERY TREATMENT OF PATIENT WITH HYDRONEPHROSIS CAUSED BY NEPHROPTOSIS49 |
| <i>Є. М. Горбань, Н. В. Топольнікова, О. В. Под'яченко, Л. І. Малаш</i> ВПЛИВ ІНТЕРВАЛЬНОГО ПІПОКСИЧНОГО ТРЕНУВАННЯ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН ДОРΟΣЛИХ ТА СТАРИХ ЩУРІВ ПІСЛЯ ОДНОРАЗОВОГО R-ОПРОМІНЕННЯ53 | <i>E. M. Gorban, N. V. Topolnikova, O. V. Podjachenko, L. I. Malash</i> THE EFFECT OF INTERVAL HYPOXIC TRAINING ON CARBOHYDRATE METABOLISM OF ADULT AND OLD RATS AFTER A SINGLE X-RAY IRRADIATION53 |
| <i>М. О. Клименко, М. О. Кучерявченко, І. Ю. Багмут, В. І. Жуков</i> ТРИВАЛИЙ СУБТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ ЛАПРОКСИДІВ НА МЕТАБОЛІЧНУ АКТИВНІСТЬ МОНООКСИГЕНАЗНОЇ СИСТЕМИ ГЕПАТОЦИТІВ У ПІДГОСТРОМУ ДОСЛІДІ57 | <i>M. O. Klimenko, M. O. Kucheryavchenko, I. Yu. Bagmut, V. I. Zhukov</i> LONG TERM EFFECTS SUBTOXIC LAPROXYD METABOLIC ACTIVITIES OF THE MONOOXYGENASE SYSTEM HEPATOCYTE IN SUBACUTE EXPERIENCE.....57 |
| ДИСКУСІЇ | DISCUSSION |
| <i>Л. Д. Тондій, Л. Я. Васильєва-Лінецька, І. В. Кас, О. Л. Тондій</i> ПРО ОСНОВИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЛІКАРІВ НА ЦИКЛАХ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ61 | <i>L. D. Tondiy, L. Ya. Vasilieva-Linetska, I. V. Kas, O. L. Tondiy</i> ABOUT THE BASIC FOUNDATION FOR INDEPENDENT WORK OF THE DOCTORS AT THE CYCLES OF POSTGRADUATE SPECIALIZATION61 |
| НАУКОВІ ОГЛЯДИ ТА КЛІНІЧНІ ЛЕКЦІЇ | SCIENTIFIC REVIEWS AND CLINICAL LECTURES |
| <i>Н. И. Козуб, К. В. Сыкал, И. Н. Сыкал, Н. А. Сыкал</i> СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ, ПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ТУБОУВАРИАЛЬНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ65 | <i>N. I. Kozub, K. V. Sykal, I. H. Sykal, N. A. Sykal</i> THE MODERN VIEW OF THE ETIOLOGY, PATHOGENESIS AND TREATMENT OF PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH TUBO-OVARIAN ADNEXAL FORMATION.65 |
| НА ДОПОМОГУ ЛІКАРЕВІ-ПРАКТИКУ | TO HELP THE PRACTICING PHYSICIAN |
| <i>А. В. Любченко</i> ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ РАЗВИТИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ71 | <i>A. V. Lubchenko</i> EXPERIENCE OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH EXCESSIVE DEVELOPMENT OF THE MANDIBLE71 |
| <i>Д. В. Гризодуб</i> ОЦЕНКА ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ИЛИ КОМБИНИРОВАННЫМИ НЕСЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ76 | <i>D. V. Grizodub</i> HUMORAL IMMUNITY EVALUTION IN PERSONS USING METALLIC OR COMBINED FIXED DENTURES.76 |

РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЦИТОСТАТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

І. С. Сухіна, д-р мед. наук І. І. Соколова, канд. мед. наук О. М. Тарасова*

Харківський національний медичний університет,

*ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва» НАМН України (м. Харків)

Подано фактори ризику розвитку й патогенез стоматотоксичності на тлі проведення цитостатичної терапії в онкологічних хворих. Розглянуто сучасні класифікації ступеня вираженості мукозиту. Обґрунтовано необхідність розробки превентивної та супровідної терапії цієї патології.

Ключові слова: порожнина рота, мукозит, хіміотерапія.

РИСК ВОЗНИКНОВЕННЯ ОРАЛЬНОГО МУКОЗИТА У ОНКОЛОГІЧЕСКИХ БОЛЬНИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

И. С. Сухина, д-р мед. наук И. И. Соколова,
канд. мед. наук О. М. Тарасова*

Представлены факторы риска развития и патогенез стоматотоксичности на фоне проведения цитостатической терапии у онкологических больных. Рассмотрены современные классификации степени выраженности мукозита. Обоснована необходимость разработки превентивной и сопроводительной терапии данной патологии.

Ключевые слова: полость рта, мукозит, химиотерапия.

THE RISK OF ORAL MUCOSITIS IN CANCER PATIENTS DURING CYTOSTATIC THERAPY

I. S. Sukhina, I. I. Sokolova,
O. M. Tarasova*

In the overview we presented the incidence, risk factors of the development, pathogenesis and the ways of manifestation of dental toxicity during cytostatic therapy in oncologic patients. There are also shown recent classifications of the degrees of mucositis manifestation. Herein is validated the necessity of developing a preventive and supportive care methods of this pathology.

Keywords: oral cavity, mucositis, chemotherapy.

Захворюваність і смертність від онкологічних захворювань і далі неухильно зростає в усьому світі, незважаючи на впровадження нових методів діагностики та лікування цієї патології. Протипухлинна хіміотерапія є одним з основних методів лікування хворих зі злоякісними новоутвореннями. Ці препарати можуть гальмувати проліферацію пухлинних клітин (цитостатична дія) або їх повністю знищувати [3, 8, 11].

Усі протипухлинні препарати мають токсичну дію. Найчастіше побічні реакції виявляються в органах і тканинах, які швидко оновлюються. До них належать кістковий мозок, слизова оболонка органів шлунково-кишкового тракту, фолікули волоссяних мішечків тощо. На частину гастроінтестинальних побічних ефектів припадає не менше 80–90 % усіх ускладнень хіміотерапії [2, 4, 6].

Одним із проявів гастроінтестинальної токсичності є мукозит, який суттєво обтяжує стан хворих і часто є перешкодою для продовження лікування, потребуючи корекції [10, 15]. Важливою є необхідність зниження наступної дози хіміотерапії у 2 рази після виникнення мукозиту [25], отже, мукозит

є дозолімітуючим чинником токсичності протипухлинної терапії, що має прямий ефект на виживаність хворих.

Частота розвитку мукозиту в порожнині рота в онкологічних хворих є дуже високою (досягає 90 %), навіть в умовах стандартної поліхіміотерапії [14]. Однак поширеність цієї патології вірогідно не підтверджена через суперечливі відомості різних дослідників. На думку деяких авторів, мукозит реєструється в 100 % випадків на тлі високодозної хіміотерапії у пацієнтів із трансплантацією гемопоетичних стовбурових клітин [19, 22].

У разі пухлин негематологічної локалізації на тлі цитостатичної терапії мукозит у ротовій порожнині визначається більш ніж у 30–40 % випадків [22, 28]. Тяжкість мукозиту залежить від інтенсивності й тривалості поліхіміотерапії. Тяжка форма спостерігається за хіміопроменевої терапії, зокрема у пацієнтів із пухлинами голови і шиї.

До препаратів, що найчастіше викликають мукозити, належать доцетаксел (56 %), ідарубіцин (50 %), теніпозид (76 %), томудекс (48 %), L-аспарогіназа (15 %), доксорубіцин (10 %), а також

бусульфан (мілеран, міелосан), 5-фторурацил, дактинамідин, блеоміцин [12].

Довгі роки мукозит ігнорували як прояв токсичності протиракової терапії у пацієнтів, які отримують високодозну хіміотерапію перед пересадкою ауто- або алогенних стовбурових клітин. Вивчення літератури дало змогу дійти висновку, що мукозити недооцінюються як показник токсичності. Пацієнти ж указували на мукозит як на значний негативний ефект хіміотерапії, оцінюючи це ускладнення у 9–10 балів за шкалою токсичності (шкала від 0 до 10 балів) [10, 24, 31].

Фактори ризику розвитку мукозиту в порожнині рота [18, 24]:

- вік молодше 30 років [22]; проте деякі дані дають змогу припустити, що ефективність і токсичність цитостатичних препаратів у літніх пацієнтів за відсутності тяжкої супутньої патології є порівнюваною з такими у більш молодих хворих; як несприятливі для лікування прогностичні чинники виділяють лише вік старше 85 років, зниження повсякденної активності за одним або більше пунктами, наявність 3 або більше супутніх захворювань, геріатричних синдромів [9];
- цукровий діабет в анамнезі та/або порушення функції печінки і нирок;
- наявність у пацієнта вірусу герпесу [21];
- погана гігієна ротової порожнини, особливо в осіб, що зловживають алкоголем і тютюнопалінням.

Фактори ризику в онкологічних хворих: цитопенії; гематоонкологія на тлі міелосупресії; поєднання хіміотерапії з опроміненням ділянки голови та шиї; високодозна хіміотерапія; використання в режимах хіміотерапії препаратів, найбільш токсичних для тканин порожнини рота [13, 16].

Цікаво, що в пацієнтів одного віку, з однаковими діагнозами, режимами хіміотерапії, зі схожим стоматологічним статусом частота розвитку мукозиту в порожнині рота різна, що, імовірно, пов'язують із генетичною схильністю [29].

Мукозит розпочинається з асимптомного почервоніння (еритеми) і прогресує з утворенням солітарних, білих і піднятих бляшок, злегка болісних під час натискування, псевдомембранозних болісних уражень, що призводять до дисфагії. Гістологічно спостерігається набряк, який супроводжується судинними змінами — потовщенням внутрішньої оболонки кровоносних судин із супутнім зменшенням їх просвіту, деструкцією еластичних та м'язових волокон судинної стінки. Втрата основної мембрани епітеліальних клітин негативно позначається на стані підлеглої сполучнотканинної стромы, порушується іннервація, з'являється біль [5, 10, 18].

Дослідники виділяють кілька фаз у розвитку уражень слизової оболонки порожнини рота [25, 28, 29, 30]:

I. Ініціювання: внаслідок прямого впливу цитостатиків або променевої терапії на епітеліоцити і клітини підслизового шару відбувається вивільнення вільних кисневих радикалів (ROS), які безпосередньо ушкоджують клітини, тканини, і кровоносні судини.

II. Первинне пошкодження: ROS, впливаючи на клітини, викликають пошкодження ниток ДНК, що сприяють загибелі клітин. Активація ядерного фактора транскрипції (NFκB) у відповідь на пошкодження спричиняє запуск цілого каскаду реакцій, що супроводжуються викидом прозапальних цитокінів, а саме TNF-α, IL-1β, IL-6. Водночас активуються й інші гени, що призводять до синтезу молекул адгезії, COX₂ і подальшого ангіогенезу. У цій фазі знижується швидкість відновлення епітелію, що викликає атрофію слизової оболонки і підслизового шару.

I і II фази зазвичай тривають сумарно до 5 днів.

III. Вироблення і передача сигналів: активація фактора транскрипції — не єдиний шлях, що призводить клітини до апоптозу, паралельно або послідовно з ним ROS активує керамідний шлях за рахунок ферментів сфінгомелінази і керамідсинтетази, які безпосередньо викликають апоптоз. Окрім того, розпад фібронектину активує макрофаги і подальше вироблення матричної металопротеїнази (ММР), яка ще більше активує TNF-α і призводить до пошкодження тканин. Ця фаза викликає істотні біологічні зміни в слизовій оболонці й підслизовому шарі, хоча візуально тканина може виглядати непошкодженою.

IV. Поява виразок: фаза, найбагатіша на клінічні прояви. Пошкодження епітеліальних стовбурових клітин призводить до ерозивно-виразкових змін слизової оболонки. Виразка стає центром для бактеріальної колонізації, особливо в навколишньому середовищі, надзвичайно багатому на мікроорганізми. Розвивається вторинна інфекція. Продукти розпаду бактерій проникають через підслизовий шар і, стимулюючи макрофаги, спричиняють новий викид прозапальних цитокінів. Як правило, ця фаза збігається з глибокою нейтропенією, водночас цілі бактерії можуть вторгтися в підслизову оболонку, викликати розвиток бактеріємії або сепсису [17, 24]. IV фаза триває 6–12 діб, а без спеціального лікування затягується на довший термін. Виразкова форма мукозиту в порожнині рота реєструється, за даними літератури, в 40 % випадків на тлі хіміотерапії раку [10]. До того ж у 50 % пацієнтів вона має тяжку форму перебігу і призводить до необхідності коригувати, а іноді й тимчасово припиняти цитостатичну терапію раку [20, 23, 27]. Початок фази появи виразок відповідає 14 дню з початку хіміотерапії у разі високих її доз [1].

V. Загоєння: ця фаза характеризується відновленням швидкості епітеліального оновлення (проліферації і диференціювання клітин), нормалізацією складу мікрофлори навколишніх тканин. Як правило, фаза загоєння збігається з періодом відновлення показників периферичної крові і завершується до 15–16 дня від початку хіміотерапії [19, 24, 28, 29].

Основою розвитку цієї патології є прямий і непрямий токсичний вплив препаратів, які використовуються під час хіміотерапії. Прямий токсичний вплив пов'язаний безпосередньо зі шкідливою дією цитостатиків на клітини слизової оболонки порожнини рота [1, 5, 15].

Непряма токсична дія зумовлена такими ефектами хіміотерапевтичних засобів, як мієлосупресія, пригнічення імункомпетентних клітин, зниження захисних властивостей слини [1, 5].

Розрізняють гострі і відтерміновані ускладнення. За визначенням, відтермінованими ускладненнями є реакції, які розвиваються, або спостерігаються через 3 міс. після завершення онкологічного лікування. Гострими ускладненнями є мукозит, утрата смакових відчуттів, інфекції порожнини рота і ксеростомія. До відтермінованих ускладнень належать ксеростомія, тризм, карієс і порушення розвитку зубів [10, 26].

Мукозит у порожнині рота розвивається в пацієнтів на тлі пригніченого імунітету. Багато авторів відзначають закономірність розвитку цього ускладнення одночасно зі зниженням кількості нейтрофілів у периферичній крові і вважають критичною абсолютну кількість нейтрофілів [1, 28].

Інфекційні ускладнення, які розвиваються на той час у 70% пацієнтів, пов'язують із *Candida albicans* та іншими грибами, а в інших випадках — *Herpes simplex virus* (HSV) і *Bacilli* (15% gram-negative bacilli, 10% to gram-positive cocci) [1].

Нейротоксичність хіміотерапії у разі мукозитів (під час прийому вінкалоїдів — вінкрестину та вінбластину) проявляється болем у ділянці нижньої щелепи. Можливі пульпітоподібні болі, схожі на невралгічні. Спостерігається гіперчутливість зубів [26].

Кровоточивість слизової оболонки порожнини рота на тлі мукозиту є одним із проявів тромбоцитопенії та/або коагулопатії. Ступінь кровоточивості може змінюватися від мінімального рівня до спонтанних кровотеч, пов'язаних зі зниженням абсолютної кількості тромбоцитів у периферичній крові [1].

Ксеростомія, яка викликає сухість та підвищену чутливість слизової оболонки ротової порожнини, більшою мірою характерна для побічних ефектів променевої терапії пухлин, але може супроводжувати й хіміотерапію. Зниження слиновиділення впливає на зменшення буферної ємності ротової рідини, знижує резистентність до карієсу і підвищує

ризик розвитку та/або прогресії захворювань пародонту. Під час хіміотерапії клінічна гіпосалівація спостерігається лише під час лікування і є зворотною. Профілактика ксеростомії — одне з найважливіших завдань. Зниження швидкості слиновиділення нижче 0,1 мл/хв вважається критичним для розвитку ксеростомії [10, 26].

Хіміотерапія впливає на розвиток усього черепно-лицевого комплексу, включаючи зуби. Описано кілька відхилень, наприклад адентія, мікродонція, а також аномалії розвитку коренів. Якщо хіміотерапія призначається дітям у віці від 3 років, можна очікувати, що вона небажано вплине на розвиток постійних зубів, оскільки в цей час вони перебувають на визначальному етапі свого зростання. Зважаючи на різний ступінь розвитку зубів, вплив хіміотерапії на них може відрізнятися згідно з локалізацією та тяжкістю [10].

Поширеність мукозиту в порожнині рота, індукованого хіміотерапією в онкологічних хворих, достовірно не підтверджена через суперечливі дані різних дослідників. До цих пір не ясно, з якої причини, за рівних умов, ускладнення від лікування онкологічних захворювань проявляються далеко не в усіх пацієнтів.

Для оцінки ступеня тяжкості мукозиту використовується шкала критеріїв токсичності NCICCTC [7]:

I ступінь тяжкості — гіперемія слизової оболонки.

II ступінь тяжкості — одиничні ерозії на слизовій оболонці.

III ступінь тяжкості — множинні ерозії, які зливаються, легко кровоточать за мінімальної травми.

IV ступінь тяжкості — некроз тканин; спонтанні кровотечі, що загрожують життю.

V ступінь тяжкості — смерть.

Пацієнти з мукозитом у порожнині рота III–IV ступеня тяжкості мають високий ризик ускладнень, які в 35% випадків призводять до припинення хіміотерапії, а в 60% спостережень — до вимушеного зниження доз цитостатичних препаратів. У 60% пацієнтів із мукозитом порожнини рота реєструється лихоманка, 62% хворих госпіталізують із приводу ускладнень хіміотерапії [25].

Існує й ще гірша статистика: в США смертність від мукозиту в порожнині рота становить 6–30% серед онкологічних хворих [25].

Мукозит у порожнині рота є небезпечним ускладненням, яке обтяжує стан онкологічних хворих. Ураження слизової оболонки порожнини рота призводить до порушення функції жування, ковтання, формування мовлення, посилення болю, який потребує підвищення доз наркотичних анальгетиків, іноді є причиною призначення парентерального харчування та припинення протипухлинної терапії. Крім того, мукозит може стати причиною смерті.

Важливою проблемою є те, що на тлі поліхіміотерапії, імуносупресії і лейкоцитопенії запальний процес у ротовій порожнині відбувається аномально. Нині в літературі є окремі публікації з прогнозування та планування профілактики цих серйозних ускладнень, які часто призводять до погіршення стану онкологічних

хворих, але на питання адекватного й диференційованого підходу до профілактики та лікування звертається недостатня увага клініцистів — як стоматологів, так і онкологів, що робить актуальною проблему розробки певного плану стоматологічної супровідної терапії на всіх етапах протипухлинного лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бобров А. П. Изменения слизистой оболочки полости рта у онкологических больных на фоне проводимой химиотерапии (обзор литературы) / А. П. Бобров, Т. Б. Ткаченко // Стоматология. — 2006. — № 6. — С. 51–73.
2. Боровиков В. П. STATISTICA — Статистический анализ и обработка данных в среде Windows / В. П. Боровиков, И. П. Боровиков. — М.: Филинь, 1998. — 608 с.
3. Вопросы планирования стоматологической помощи больным местнораспространенным раком слизистой полости рта / М. Г. Шумилова, А. Г. Передняя, О. В. Иванова [и др.] // Астраханский мед. журн. — 2013. — Т. 8, № 2. — С. 118–124.
4. Заболевания пародонта / Под ред. Л. Ю. Ореховой. — М.: Поли Медиа Пресс, 2004. — 432 с.
5. Канаев С. В. Роль препарата Тантум верде в профилактике и лечении поражений слизистой оболочки полости рта при цитостатической терапии и облучении у онкологических больных / С. В. Канаев, М. Л. Гершанович // Вопр. онкол. — 2004. — Т. 50, № 5. — С. 618–622.
6. Карман А. А. Уровень слюновыделения при остром и хроническом течении воспалительных заболеваний больших слюнных желез / А. А. Карман, Т. П. Терешина, Н. В. Мозговая // Вісник стоматології. — 2009. — № 4. — 23 с.
7. Кондратьев В. Б. Осложнения химиотерапии рака ободочной кишки и методы их лечения / В. Б. Кондратьев // Практическая онкология. — № 1. — 2000. — С. 33–34.
8. Миямото Кертис Т. Возможно ли снизить уровень заболеваемости и тяжести Орального мукозита / Кертис Т. Миямото // Touch Briefings. — 2007. — Philadelphia, USA. — С. 18–21.
9. Моисеенко В. М. Химиотерапевтические аспекты лечения опухолей в пожилом возрасте / В. М. Моисеенко, С. А. Проценко // Рос. биомед. журн. — 2002. — Т. 3, № 35. — С. 267–268.
10. Моник А. Поддерживающая стоматологическая помощь для пациентов с онкологическими заболеваниями / А. Моник, К. Л. Стокман, Ф. Спийкервет // Популярная медицина. — 2002. — Т. 1, № 2. — С. 41–43.
11. Поливиченко Е. В. Алиментарные мукозиты онкологических больных: новые пути натритивной поддержки / Е. В. Поливиченко // Лечащий врач. — 2009. — № 8. — С. 81–83.
12. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н. И. Переводчиковой. — 3-е изд., доп. и пер. — М.: Практич. медицина, 2011. — 512 с.
13. Серегин А. Эффективная защита слизистой оболочки рта / А. Серегин // Рус. мед. журн. — 2000. — Т. 8, № 1. — С. 25–27.
14. Сухіна І. С. Частота проявів стоматотоксичності при проведенні III циклу поліхіміотерапії у хворих на рак молочної залози на тлі профілактичних гігієнічних заходів / І. С. Сухіна, І. І. Соколова, Л. Г. Ланько // Світ медицини та біології. — 2014. — № 2. — С. 80–84.
15. Телетаева Г. М. Профилактика и лечение желудочно-кишечных осложнений лекарственной терапии (тошнота и рвота, мукозиты, диарея) / Г. М. Телетаева // Практическая онкология. — 2009. — Т. 10, № 3. — С. 162–164.
16. Тулеуова Д. К. Микрофлора полости рта и ее роль в развитии заболеваний пародонта / Д. К. Тулеуова // Проблемы стоматологии. — Алма-Ата. — 2001. — Т. 13, № 3. — С. 17–19.
17. Barasch A. Risk factors for ulcerative mucositis in cancer patients: Unanswered questions / A. Barasch, D. E. Peterson // Oral oncol. — 2003. — Vol. 9, № 2. — P. 91–100.
18. Brown C. G. Clinical consequences of oral mucositis / C. G. Brown, J. Wingard // Semin. oncol. nurs. — 2004. — Vol. 20, № 1. — P. 16–21.
19. Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis / E. B. Rubenstein, D. E. Peterson, M. Schubert [et al.] // Cancer. — 2004. — Vol. 100, Suppl. 9. — P. 2026–2046.
20. Complications of radiation therapy for head and neck cancers — The patients perspective / A. M. Rose-Ped, L. A. Bellm, J. B. Epstein [et al.] // Cancer nursing. — 2002. — Vol. 25. — P. 461–467.
21. Epstein J. B. Managing pain in mucositis / J. B. Epstein, M. M. Schubert // Semin. oncol. nurs. — 2004. — Vol. 20. — P. 30–37.

22. Keefe D. M. Intestinal mucositis: mechanisms and management / D. M. Keefe // Current opinion in oncology. — 2007. — Vol. 19. — P. 323–327.
23. Patient reports of complications of bone marrow transplantation / L. A. Bellm, J. B. Epstein, A. Rose-Ped [et al.] // Support care cancer. — 2000. — Vol. 8. — P. 33–39.
24. Patrick J. The challenges of oral mucositis and its therapy / J. Patrick, M. D. Stiff // The J support oncol. — 2004. — Vol. 2, Suppl. 2. — P. 70–72.
25. Perspectives on cancer therapy induced mucosal injury: pathogenesis, measurement, epidemiology and consequences for patients / S. T. Sonis, L. S. Elting, D. Keefe [et al.] // Cancer supplement. — 2004. — Vol. 100, № 9. — P. 1995–2025.
26. Rothstein J. Cancer Chemotherapy and Oral Care / J. Rothstein // J. dentistry today. — 2004. — Vol. 23, № 12. — P. 378–390.
27. Single-dose palifermin prevents severe oral mucositis during multicycle chemotherapy in patients with cancer: a randomized trial / S. Vadhan-Raj, J. Trent, S. Patel [et al.] // Ann. intern. med. — 2010. — Vol. 153, № 6. — P. 358–367.
28. Sonis S. T. A biological approach to mucositis / S. T. Sonis // J. Support oncol. — 2004. — Vol. 2, №1. — P. 21–32.
29. Sonis S. T. Pathobiology of oral mucositis: novel insights and opportunities / S. T. Sonis // J. Support. oncol. — 2007. — Vol. 5, Suppl. 4. — P. 3–11.
30. Sonis S. T. The pathobiology of mucositis / S. T. Sonis // Nat. rev. cancer. — 2004. — Vol. 4, № 4. — P. 277–284.
31. The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis / L. S. Elting, C. Cooksley, M. Chambers [et al.] // Cancer. — 2003. — Vol. 98. — P. 1531–1539.

**Редакційно-видавничий відділ
ХМАПО**
запрошує авторів:

▣ **Видавати**

- навчальну літературу (посібники, підручники, методичні рекомендації)
- монографії
- збірники наукових праць
- буклети до конференцій та ювілеїв тощо





▣ **Публікувати**
статті в щоквартальному журналі
«Проблеми безперервної медичної освіти та науки».
(Журнал включено до затвердженого ВАК України
переліку видань із медичних наук).

Передплатний індекс на 2014 рік — 89215.

ВІДДІЛ ПРОФЕСІЙНО ЗДІЙСНЮЄ:

| | |
|--|---|
| <p>Додрукарські процеси:</p> <p>Друк (RISO):</p> | <ul style="list-style-type: none"> • редагування • коректуру • верстання • бланків • методичних рекомендацій • авторефератів • брошур тощо |
|--|---|

Адміністрацією розглядається можливість безкоштовного друку матеріалів для навчального процесу. Діє система знижок.

Контакти:
Тел.: 711-80-29, 780-46-38, (067) 947-96-15 E-mail: redakcia.hmapo@gmail.com
Нач. ред.-від. відділу НСВЕЖИНА Антоніна Михайлівна