

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЗ «ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

УКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ АЛЬМАНАХ

науково-практичний журнал

Засновники: Міністерство охорони здоров'я України,
ДЗ «Луганський державний медичний університет»
Заснований: у січні 1998 року
Виходить 6 разів на рік

Том 17, № 2, 2014



Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Постанова Президії ВАК України від 27 травня 2009 р. № 1-05/2) і фармацевтичних наук (Постанова президії ВАК України від 10 лютого 2010 р. №1-05/1)

Луганськ
ДЗ «Луганський державний медичний університет»
2014

УДК: 616.31+616-083+618.19-006.6-085

І.С. Сухина, І.І. Соколова

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ГІГІЄНИЧНИХ ЗАХОДІВ НА ПРОЯВ ПОБІЧНОЇ ДІЇ ЦИТОСТАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ПОРОЖНИНІ РОТА У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ І ЦИКЛУ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ*Харківський національний медичний університет*

Сухина І.С., Соколова І.І. Вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у хворих на рак молочної залози під час проведення і циклу поліхіміотерапії // Український медичний альманах. – 2014. – Том 17, № 2. – С. 58-60.

Проведено вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота на підставі суб'єктивних даних пацієнток і вивчення стану слизової оболонки ротової порожнини пацієнток в процесі проведення І циклу поліхіміотерапії. Під час проведення І циклу ПХТ у 84,6 % пацієнток з РМЗ І-ї групи виявлено ознаки стоматотоксичності: хейліт – в 76,9 %, мукозит – 65,4 %, дисфункція слинних залоз – 69,2 %. Проведення профілактичних гігієнічних заходів сприяє зниженню частоти проявів побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнток 2-ї групи до 66,7 %: хейліт – 15,9 %, мукозит – 46,0 %, дисфункція слинних залоз – 49,2 %.

Ключові слова: рак молочної залози, ротова порожнина, мукозит, хіміотерапія, профілактичні гігієнічні заходи.

Сухина И.С., Соколова И.И. Изучение влияния профилактических гигиенических мероприятий на проявление побочного действия цитостатического лечения в полости рта у больных раком молочной железы при проведении I цикла полихимиотерапии // Украинский медицинский альманах. – 2014. – Том 17, № 2. – С. 58-60.

Проведено изучение влияния профилактических гигиенических мероприятий на проявление побочного действия цитостатического лечения в полости рта на основании субъективных данных пациенток и изучения состояния слизистой оболочки ротовой полости пациенток в процессе проведения I цикла полихимиотерапии. Во время проведения I цикла ПХТ у 84,6 % пациенток с РМЖ I-й группы выявлены признаки стоматотоксичности: хейлит – в 76,9 %, мукозит – 65,4 %, дисфункция слюнных желез – 69,2 %. Проведение профилактических гигиенических мероприятий способствует снижению частоты проявлений побочного действия цитостатического лечения в полости рта у пациенток 2-й группы до 66,7 %: хейлит – 15,9 %, мукозит – 46,0 %, дисфункция слюнных желез – 49,2 %.

Ключевые слова: рак молочной железы, ротовая полость, мукозит, химиотерапия, профилактические гигиенические мероприятия

Sukhina I.S., Sokolova I.I. A study of the influence of prophylactic hygienic measures on the manifestation of the side effects of cytostatic treatment in the oral cavity of the breast cancer patients during the I cycle of chemotherapy // Украинский медицинский альманах. – 2014. – Том 17, № 2. – С. 58-60.

We carried out the study of the impact of preventive hygienic measures on the manifestation of the side effects of cytostatic treatment in the oral cavity based on the patients' subjective data and the observation of the oral mucosa status of patients in the course of the I cycle of chemotherapy. During the I cycle of chemotherapy in Group 1, 84.6 % of breast cancer patients showed signs of dental toxicity: cheilitis – 76.9 %, mucositis – 65.4 %, salivary gland dysfunction – 69.2 %. Implementation of the preventive hygienic measures contributes to reducing the frequency of the manifestation of the side effects of cytostatic treatment in the oral cavity in Group 2 patients to 66.7 %: cheilitis – 15.9 %, mucositis – 46.0 %, salivary gland dysfunction – 49.2 %.

Key words: breast cancer, oral cavity, mucositis, chemotherapy, preventive hygienic measures

Вступ. Лікування онкологічних захворювань ґрунтується на принципах мультидисциплінарного підходу, який є більш ефективним, ніж результати ізоляованого променевого, хіміотерапевтичного чи хірургічного методів лікування. Проведення системного лікарського лікування, крім очікуваного терапевтичного ефекту, практично завжди супроводжується розвитком побічних реакцій з боку різних органів і систем організму, в тому числі з боку порожнини рота і губ [2]. Частота виникнення різних видів токсичного впливу неоднакова – 40-80 % [5]. Мукозит з ураженням слизової оболонки порожнини рота істотно обтяжує стан хворих і частіше за все є перешкодою для продовження лікування з належною інтенсивністю, вимагаючи корекції.

Ускладнення в ротовій порожнині, які пов'язані з хіміотерапією, проявляються також у

виділі кровотоковості ясен, інфекції (бактерійної, грибкової і/або вірусної), дисфункції слинних залоз (ксеростомії), карієсу та захворювань пародонту [2].

Важливим є необхідність зниження наступної дози хіміотерапії в 2 рази після виникнення мукозиту. Таким чином, мукозит є дозозлімитуючим фактором токсичності протипухлинної терапії та оказує прямий ефект на виживаність хворих [1]. Частота даної патології дуже висока навіть в умовах проведення стандартної поліхіміотерапії (ПХТ) [4].

Однак для оцінки ефективності лікування важливим є вивчення не тільки позитивних, а й негативних ефектів, тобто ускладнень і реакцій.

Метою дослідження було вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині

рота на підставі суб'єктивних даних пацієнток і вивчення стану слизової оболонки ротової порожнини пацієнток в процесі проведення I циклу поліхіміотерапії.

Об'єкт і методи дослідження. В основу даного дослідження покладено власні клінічні спостереження за 89 хворими на рак молочної залози (РМЗ), яким в клініці ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва Національної Академії медичних наук України», м. Харкова за період з 11.2010 по 12.2013 року було проведено комплексне лікування даної патології. Для достовірності результатів проведеного дослідження взята однорідна група пацієнтів: тільки жінки зі злоякісним захворюванням молочної залози, які отримали на I-му етапі комбіноване лікування (радикальна мастектомія за Мадденом + променева терапія) і I цикл ад'ювантної ПХТ за однаковою схемою – CAF [3].

У всіх хворих діагноз РМЗ був верифікований морфологічно.

Хворі були розділені на дві групи. Пацієнтки I-ї групи тільки чистили зуби 1 раз/добу будь-якими зубними пастами; ополіскувачей для порожнини рота не використовували. Пацієнтки 2-ї групи під час проведення всього циклу ПХТ дотримувалися розробленого нами комплексу профілактичних гігієнічних заходів.

До I-ї групи входило 26 хворих на РМЗ T1N0M0 – T2N1M0 стадій. Вік хворих на РМЗ I-ї групи коливався в діапазоні від 35 до 72 років. Середній вік склав $(54,1 \pm 9,2)$ року. Медіана віку дорівнювала 55,5 року.

До 2-ї групи було включено 63 пацієнтки з РМЗ T1N0M0 – T2N1M0 стадій. Вік хворих на РМЗ 2-ї групи коливався в діапазоні від 34 до 76 років. Середній вік склав $(55,9 \pm 1,1)$ року. Медіана віку дорівнювала 58,0 років.

Обстеження пацієнток проводили перед початком і в кінці циклу ПХТ за загальноприйнятою схемою: опитування, огляд, перкусія, пальпація, термодіагностика та параклінічні методи обстеження. Стан слизової оболонки порожнини рота оцінювали на підставі огляду, звертаючи увагу на ступінь її зволоження, наявність гіперемії, нальотів, а також інших елементів ураження.

Прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота оцінювали також на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнток. Були розроблені і роздані анкети всім пацієнткам, в яких детально відзначалися скарги протягом циклу ПХТ.

Отримані дані вносилися у спеціально розроблену уніфіковану карту і в подальшому використовувалися для статистичного аналізу. Статистична обробка отриманого матеріалу проводилася за допомогою пакета програм STATISTICA.

Результати дослідження. При первинному огляді 89-ти пацієнток 2 (7,7 %) пацієнтки I-ї групи і 5 (7,9 %) пацієнток 2-ї групи пред'являли скарги на сухість червоної облямівки губ, наявність прозорих лусочок. Даний стан купірується застосуванням гігієнічної помади. Решта, 24 і 58

хворих відповідно групам, скарг не пред'являли. Однак з анамнезу випливає, що під час проведення променевої терапії відзначалася сухість в порожнині рота – у 15 (57,7 %) пацієнток I-ї і у 26 (41,3 %) хворих 2-ї групи.

Під час проведення I циклу ПХТ 22 з 26 (84,6 %) пацієнток I-ї групи і 42 з 63 (66,7 %) пацієнток 2-ї групи пред'являли різні скарги ($p \leq 0,05$)

При порівнянні частоти виникнення і характеру скарг у пацієнток I та 2 груп на I циклі ПХТ було виявлено (рис.1), що сухість в порожнині рота і спрага збільшуються: з 45,5 до 71,4 % ($p \leq 0,05$) і з 55,0 до 61,9 % ($p \geq 0,05$), відповідно I і 2 груп.

Скарги на наявність нальоту на язичі у 2 групі знизилася з 36,4 до 7,1 % ($p \leq 0,05$), наявність афт – з 27,3 до 2,3 % ($p \leq 0,05$), болочисті СО щік – з 22,7 до 4,8 % ($p \leq 0,05$), печіння кінчика язика – з 13,6 до 4,8 % ($p \leq 0,05$), печіння ясенних сосочків – з 13,6 до 4,8 % ($p \leq 0,05$), наявність тріщин в куточках рота – з 40,9 до 7,1 % ($p \leq 0,05$), сухість губ – з 59,1 до 16,7 % ($p \leq 0,05$), запалення СОПР – з 13,6 до 9,5 % ($p \geq 0,05$), рівень висипань на губах знизився з 18,2 до 2,3 % ($p \leq 0,05$), запалення і кровоточивість ясен – з 18,2 до 7,1 % ($p \geq 0,05$), набряклість язика – з 13,6 до 2,3 % ($p \leq 0,05$), набряклість тканин порожнини рота – з 27,3 до 4,8 % ($p \leq 0,05$), піноподібна слина – з 27,3 до 4,8 % ($p \leq 0,05$), зміна смакових відчуттів – з 68,2 до 57,1 % ($p \geq 0,05$), і зниження апетиту – з 72,7 до 57,1 % ($p \geq 0,05$).

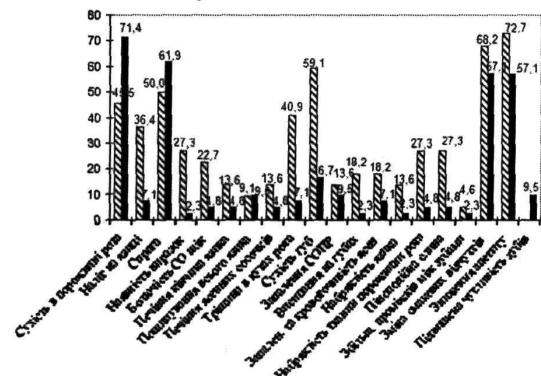


Рис. 1. Скарги хворих I і 2 груп у процесі проведення I циклу ПХТ

У групах порівняння не відмічено відмінностей при скаргі пощипування всього язика – 9,1 і 9,5 % ($p \geq 0,05$).

Об'єктивно у 22 пацієнток I-ї і 42 пацієнток 2-ї груп визначалися: сухість губ у 13 (59,1) і у 7 (16,7 %) пацієнток ($p \leq 0,05$), висипання у вигляді білястих папул, що піднімаються над червоною облямівкою, – у 4-х (18,2) і 1 (2,4 %) ($p \leq 0,05$), в області кутів рота – тріщини на тлі гіперемованої слизової – у 9 (40,9) і 3-х (7,2 %) ($p \leq 0,05$), на спинці язика – білястий наліт, що не знімається при пошкрібуванні інструментом, у 12 (54,5) і 3 (7,2 %) ($p \leq 0,05$), язик був набряклий,

на бічних поверхнях язика – відбитки зубів у 6 (27,3) і 1 (2,4 %) ($p \leq 0,05$), поодинокі ерозії (1-3) до 5 мм в діаметрі – у 6 (27,3) і у 1 (2,4 %) ($p \leq 0,05$), гіперемія ясенного краю – у 4 (18,2) і 3 (7,2 %) ($p \geq 0,05$), тотальна гіперемія і набряклість СОПР – у 4 (18,2) і у 4 (9,5 %) ($p \geq 0,05$) пацієнток, і тільки у 2 (4,8 %) пацієнток 2-ї групи спостерігалася кровоточивість ясенного краю при доторканні інструментом (рис. 2).

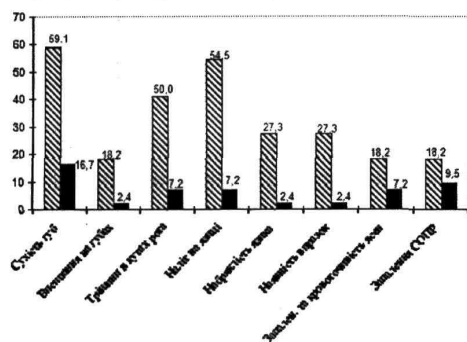


Рис. 2. Об'єктивні показники побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнток 1 і 2 груп у процесі проведення I циклу ПХТ

При огляді 4 пацієнток 1 групи, які не висували скарг, на момент закінчення I циклу ПХТ тільки у 2 виявлена обкладеність язика, у решти – стан органів ротової порожнини не відрізнявся від початкового.

Із 21 пацієнтки 2-ї групи, які також не пред'являли скарг, у 4-х пацієнток виявлена обкладеність язика, у 3 – його набряклість, у решти – стан органів ротової порожнини не відрізнявся від початкового.

Таким чином, у хворих на рак молочної залози проведення ПХТ супроводжувалося розвитком хейліту (сухість губ і висипання на них, тріщини в кутках рота) в 76,9 (у 20 з 26 пацієнток) і 15,9 % (у 10 з 63 пацієнток) ($p \leq 0,05$), в 65,4 (у 17 з 26 пацієнток) і 46,0 % (у 29 з 63 пацієнток) – мукозиту (запалення СОПР, набряклість тканин порожнини рота, наявність ерозивних елементів, болючість СО щік, наліт на язичі) ($p \leq 0,05$) різного ступеня тяжкості (I–II ст.), та в 69,2 (у 18 з 26 пацієнток) і 49,2 % (у 31 з 63 пацієнток) ($p \leq 0,05$) – дисфункцією слинних залоз (сухість в порожнині рота, спрага, наявність піноподібної слини) відповідно 1 та 2 групам (рис. 3).

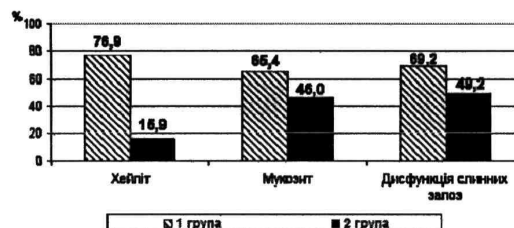


Рис. 3. Порівняльний аналіз побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнток 1 і 2 груп у процесі проведення I циклу ПХТ

Аналізуючи отримані нами дані можна зробити висновок, що застосування комплексу профілактичних гігієнічних заходів сприяє достовірному зниженню проявів побічної дії ПХТ в порожнині рота.

Отримані нами дані корелюють з даними літератури щодо значущості гіпосалівації та поганого гігієнічного стану порожнини рота в розвитку мукозиту у онкохворих та дають підстави акцентувати увагу на необхідності догляду за порожниною рота й застосуванні гігієнічних засобів для зниження ризику розвитку патологічних змін слизової оболонки порожнини рота [6, 7].

Висновки:

1. Під час проведення I циклу ПХТ у 84,6 % пацієнток з РМЗ I-ї групи виявлено ознаки стоматотоксичності: хейліт – в 76,9 %, мукозит – 65,4 %, дисфункція слинних залоз – 69,2 %.

2. Проведення профілактичних гігієнічних заходів сприяє зниженню частоти проявів побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у пацієнток II групи до 66,7 %: хейліт – 15,9 %, мукозит – 46,0 %, дисфункція слинних залоз – 49,2 %.

3. Отримані нами дані дозволяють наголосити на необхідності моніторингу стану органів ротової порожнини у хворих на РМЗ під час проведення ПХТ.

Перспективи подальших досліджень. Перспективність даного дослідження полягає в тому, що вивчення особливостей стану слизової оболонки ротової порожнини і губ у пацієнток, хворих на рак молочної залози, а також ефективність застосування розробленого нами комплексу превентивних заходів дозволить розробити комплекс терапевтичних заходів, спрямованих на зниження побічної дії ПХТ в порожнині рота.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Миямото Кертис Т. Возможно ли снизить уровень заболеваемости и тяжести Орального мукозита/ Кертис Т. Миямото // Touch Briefings. - 2007. Philadelphia, USA. - С. 18–21
2. Нуриева Н.С. Стоматологические осложнения, возникающие после проведения комплексного лечения злокачественных образований полости рта и глотки. / Н.С. Нуриева. // Стоматология. – 2012. – с. 35–39
3. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / Под ред. Н.И. Переводчиковой. – 2-е изд., доп. – М.: Практическая медицина, 2005. – 704 с.
4. Сухина И.С. Особенности состояния слизистой оболочки ротовой полости и губ у пациенток с раком молочной железы на этапах адъювантной полихимиотерапии. /

- И.С. Сухина, И.И. Соколова // Вісник проблем біології та медицини. – 2012 – Вип. 2, том 2 (93). – С. 251–255
5. 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.
6. Brown C.G. Clinical consequences of oral mucositis / C.G. Brown, J. Wingard // Semin. oncol. nurs. – 2004. – Vol. 20, № 1. – P. 16–21.
7. Keefe D. Support care cancer / D. Keefe. – 2007. – Vol. 14, № 6. – P. 489–491.

ЗМІСТ	
МАТЕРІАЛИ IV Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів та молодих вчених «СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ СТОМАТОЛОГІЇ» 17 – 18 квітня 2014 р., м. Луганськ	3
Mashchenko I.S., Gudaryan A.A., Idashkina N.G. Efficiency of helbo treatment of peri-implantitis	4
Mashchenko I.S., Gudaryan A.A., Shandyba S.I. Prevention and complex treatment of inflammatory character complications in surgical interventions on periodont in patients with diabetes mellitus type 2	9
Samoylenko I.A. Increase of efficiency of rehabilitation actions at patients with the hronichesty general-ized periodontal disease selected to dentalny implantation	15
Simrok K., Ustyomenko Y.Y., Jaunari A. Features of irrigation in root canal system	18
Гладка О.М. Зміни стану специфічного захисту ротової порожнини при використанні магнійвміс-них засобів	20
Голік В.П., Ярова А.В., Янішен І.В. Оцінка впливу на імуніометаболічний профіль пацієнтів на етапах ортопедичного лікування незнімними зубними протезами з застосуванням тимчасових коронок	22
Гордієнко Л.П., Непорада К.С., Берегова Т.В., Фалалєєва Т.М. Вплив глутамат-індукованого ожиріння на стан NO-ергічної системи в тканинах слинних залоз щурів	26
Дорофєєва Н.Г., Дорофєєва В.Ю., Шпулина О.А. Характеристика состояния полости рта студен-тов стоматологического факультета	28
Еліссєва О.В., Соколова І.І. Оцінка ефективності комплексного лікування хронічного генералізо-ваного пародонтита у хворих на червоний плоский лишай	30
Змарко Ю.К., Авдєєв О.В. Зміни активності лужної фосфатази при експериментальному гінгівіті та за його корекції	32
Ідашкіна Н.Г. Ретроспективний аналіз 990 випадків переломів нижньої щелепи	34
Лазарева Е.А., Лихачев В.К., Новиков В.М. Распространённость заболевания височно-нижне-челюстного сустава на фоне хронических соматических патологий	37
Лунькова Ю.С., Новиков В.М. Оценка топографо-анатомических изменений в височно-нижнече-люстном суставе в динамике у пациентов с односторонним и двусторонним вывихом суставного диска методом магнито-резонансной томографии	40
Манашук Н.В. Вплив комбінованого лікування на місцевий імунітет пацієнтів із захворюваннями пародонта на тлі хронічних колітів	43
Мацко Н.В., Бондаренко Ю.І. Особливості порушень про- та антиоксидантної систем організму в патогенезі розвитку захворювань пародонта при гастродуоденальних виразках	45
Микитенко А.О., Непорада К.С., Янковський Д.С. Стан антиоксидантної системи при викорис-танні мультипробіотика «симбітер омега» в лікуванні хронічного генералізованого пародонтита	48
Морозов С.А., Решетнікова О.С., Лук'янов В.Г., Бойченко П.К., Гальченко В.Я. Особливості профілактики карієсу в дітей із синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку в анамнезі	51
Соколова І.І., Волченко Н.В. Индексы гигиены полости рта у школьников 9 – 15 лет	55
Сухіна І.С., Соколова І.І. Вивчення впливу профілактичних гігієнічних заходів на прояв побічної дії цитостатичного лікування в порожнині рота у хворих на рак молочної залози під час проведення і циклу полі хіміотерапії	58
Циганок О.В., Новіков В.М. Діагностика порушень моторики язика у пацієнтів з неврологічною патологією різноманітної етіології	61
Чорний Н.В. Місцевий імунітет порожнини рота у хворих на хронічний панкреатит	64
Штефан А.В., Новіков В.М. Лечение пациентов с патологией височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза	66
КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ	70
Алексеев Ю.С. Системный подход к хирургической санации зубов у больных одонтогенными гайморитами	70