



Національна академія медичних наук України

Міністерство охорони здоров'я України

Державна установа «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України»

Одеський національний медичний університет

ГО «Асоціація стоматологів України»

## ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

# «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

17 - 18 вересня 2021 рік  
м. Одеса

DOI 10.35220

**ЗБІРНИК  
НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ  
НАВИЧКАМИ  
СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ  
ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**17 – 18 вересня 2021 рік  
м. Одеса**

DOI 10.35220

УДК 616.31(05)

DOI 10.35220

## **ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ  
ТА НАВЧАЛЬНИМ ТРЕНІНГОМ З ОВОЛОДІННЯМ ПРАКТИЧНИМИ  
НАВИКАМИ «СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА  
ЛІКУВАННЯ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»,  
17 – 18 вересня 2021, Одеса**

Затверджено до поширення через мережу Інтернет рішенням Вченої ради Державної установи «Інститут стоматології та щелепно-лицевої хірургії Національної академії медичних наук України». Протокол № 14 від 06.09.2021

### **Рецензенти:**

*Шнайдер С. А. д. мед. н., Дєньга О. В. д. мед. н., Бабеня Г. О. к. мед. н.,  
Рейзвіх О. Е. д. мед. н., Скиба В. Я. д. мед. н., Гулюк А. Г. д. мед. н.,  
Почтар В. М. д. мед. н., Лабунець В. А. д. мед. н.*

**Одеса - 2021**

УДК 616.31-006.6.-085.277.3

## **ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОГРАМ У НА ХВОРИХ НА РАК ПОРОЖНИНИ РОТА ПІСЛЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ І ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ**

**Лунгу Валерій Іванович, Лунгу Катерина Валеріївна**  
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна  
uimpl67@gmail.com

**Вступ.** Одним із основних методів лікування хворих на рак порожнини рота залишається променева терапія як самостійний метод, а також в складі комбінованого та комплексного лікування [1, 2, 3, 4]. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних джерел випромінювання та застосуванням значних за площею опромінюваних полів, крім високого клінічного ефекту, дає значне збільшення частоти ускладнень [5]. Променева навантаження у хворих на рак порожнини рота перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму [5, 6]. Променеві ушкодження часто утруднюють спостереження за станом пухлинного осередку, гальмують результати лікування, погіршують загальний стан пацієнтів і приводять до їх інвалідності та, в кінцевому результаті, впливають на тривалість життя онкологічних хворих [7, 8].

**Метою** даної роботи був аналіз показників загального аналізу крові задля визначення ступеню побічних ефектів від променевої терапії та токсичності внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії у хворих на рак порожнини рота.

**Матеріали та методи.** В 1-й групі хворих (68 осіб), що на першому етапі лікування отримали тільки дистанційну променевоу терапію (в сумарній дозі 60-70 Гр) спостерігалась виражена анемія ( $E=2,7\pm 0,7 \times 10^2/\text{л}$ ), прискорення ШОЕ як наслідок негативного впливу застосованого методу на гемопоез. Падіння кількості лейкоцитів менш ніж  $4,0 \times 40^3$  потребувало припинення сеансів променевої терапії і проведення детоксикаційної і стимулюючої терапії. Нами помічено у хворих даної групи зменшення кількості тромбоцитів (до  $116,0 \times 10^9/\text{л}$ ) порівняно з рівнем на початку лікування. Необхідно відзначити, що післяпроменеві стоматити відмічено у 42 (29,4 %) хворих з трьох груп, що отримували променевоу терапію. Серед хворих 1-ої групи, що отримали передопераційний курс радіотерапії (60-70Гр.) післяпроменевий остеомієліт нижньої щелепи діагностовано у 19 (27,9%) хворих. Після хіміопротерапії з внутрішньоартеріальним введенням хіміопрепарату (2-а гр.) післяпроменевий остеомієліт діагностовано у 4 хворих (7,8 %). При використанні на I етапі селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії разом з внутрішньоартеріальною інфузією розчину глюкози (3-я гр.) пізні променеві ускладнення (остеомієліт) серед хворих, які отримали променевоу терапію на другому етапі лікування діагностовано у 2 (8,3 %) випадках. Ймовірно, це було пов'язано з меншою сумарною вогнищевою дозою (40-45 Гр.), за рахунок якої вдалося досягти повної редукції первинного пухлинного вогнища у більшості хворих з 2-ої і 3-ої груп (62,7 % і 83,3 %, відповідно). Селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія в самостійному режимі і селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія разом з внутрішньоартеріальною інфузією розчину глюкози згідно розроблених схем проведена у 75 хворих на рак порожнини рота (2-а гр. – 51 хворий, 3-я гр. – 24хворих). Зміни показників периферійної крові були вивчені у 27 хворих з 2-ої групи і 18 хворих з 3-ої групи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для хворих на рак порожнини рота є характерним поступовий розвиток анемії з зниженням гемоглобіну, прискоренням ШОЕ, зниження кількості тромбоцитів, а також зменшення лейкоцитів в порівнянні з нормою. Проведення внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії у всіх досліджених хворих не мало високих проявів токсичності. Побічні ефекти, що супроводжували внутрішньоартеріальну

поліхіміотерапію були оцінені згідно класифікації ВООЗ (1991). Насамперед, потрібно відзначити, що нами не помічено побічних явищ загального характеру, що супроводжують системну хіміотерапію (нефротоксичність, ототоксичність, кардіотоксичність та порушення функцій печінки і нирок). Алергічних реакцій у хворих при застосуванні внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії не було. Нами було вивчено і порівняно стан периферійної крові хворих з пізніми стадіями раку порожнини рота при лікуванні з використанням селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії в самостійному режимі і разом з штучною регіонарною гіперглікемією. Звертає увагу відсутність достовірної зміни показників гемопоезу, хоча в результаті лікування хворих 2-ої групи з використанням тільки внутрішньоартеріальної хіміотерапії відмічено наявність помірної анемії, котра має нормохромний характер ( $E = 3,6 \pm 0,005 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін –  $107,5 \pm 2,1 г/л$ ), на відміну від показників, отриманих у хворих з 1-ої групи. Загальна кількість лейкоцитів ( $5,5 \pm 0,3 \times 10^3/л$ ) відповідає нормі, хоча спостерігається виражена тенденція до їх зменшення. Важливо відзначити наявність моноцитозу  $6,08 \pm 0,4 \%$ , прискорення ШОЕ до  $19,6 \pm 1,1$  мм/год. Загальна кількість тромбоцитів, що відповідала нижній межі норми ( $187,6 \pm 2,6$ ), дещо зменшилась після лікування ( $166,0 \pm 3,2$ ). Кількість еритроцитів, що була на рівні  $4,1 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$ , після лікування дорівнювала  $4,3 \pm 0,1 \times 10^{12}/л$ , рівень гемоглобіну піднявся з  $109,3 \pm 2,0$  г/л до  $113,4 \pm 2,0$ . З'явилась тенденція до збільшення кількості тромбоцитів з  $190,8 \pm 11,5 \times 10^9/л$  до  $216,9 \pm 10 \times 10^9/л$  (табл.).

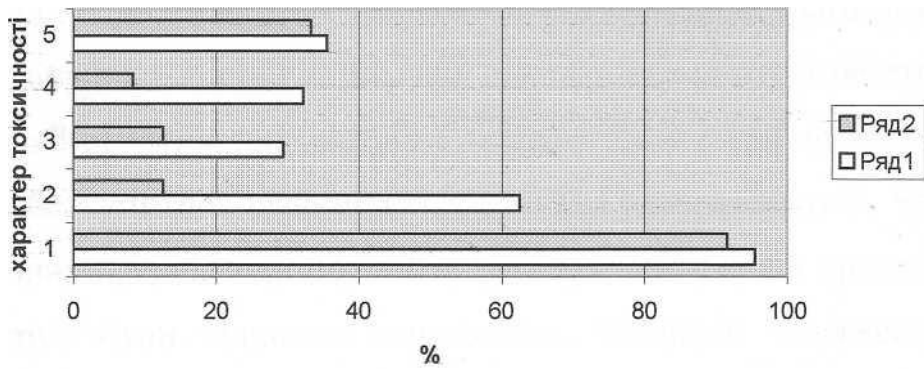
Таблиця

**Зміни показників периферійної крові у хворих на рак слизової оболонки порожнини рота при проведенні променевої терапії, тільки селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії та селективної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії на фоні внутрішньо-артеріальної інфузії розчину глюкози ( $M \pm m$ )**

Показники	Етапи обстеження					
	1 група		2 група		3 група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
еритроцити $10^{12}/л$	$3,2 \pm 0,9$	$2,7 \pm 0,7$	$4,4 \pm 0,05$	$3,6 \pm 0,1$	$4,1 \pm 0,1$	$4,3 \pm 0,1$
гемоглобін г/л	$117,9 \pm 4,5$	$83,6 \pm 7,2$	$116,8 \pm 2,3$	$107,5 \pm 2,1$	$109,3 \pm 2,0$	$113,4 \pm 2,0$
тромбоцити $10^9/л$	$160,6 \pm 11,6$	$116,0 \pm 10,2$	$187,6 \pm 2,6$	$166,0 \pm 3,2$	$190,8 \pm 11,5$	$216,9 \pm 10,0$
ШОЕ мм/год	$11,8 \pm 2,5$	$20,8 \pm 9,2$	$10,7 \pm 1,4$	$19,6 \pm 1,1$	$13,8 \pm 1,1$	$12,5 \pm 1,3$
лейкоцити $10^3$	$6,9 \pm 2,2$	$4,4 \pm 1,2$	$5,9 \pm 0,2$	$5,5 \pm 0,3$	$6,2 \pm 0,4$	$7,2 \pm 0,3$
лімфоцити %	$27,2 \pm 7,6$	$38,2 \pm 11,1$	$30,2 \pm 1,8$	$32,7 \pm 1,4$	$27,7 \pm 1,5$	$29,8 \pm 1,8$
моноцити %	$4,7 \pm 1,3$	$8,6 \pm 2,2$	$2,8 \pm 0,3$	$6,8 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,3$	$9,6 \pm 0,4$

*Примітка:* Різниця між показниками не достовірна ( $P > 0,05$ ).

Незначні зміни на краще спостерігались у хворих 3-ої групи, у яких в комплекс лікувальних заходів входила селективна внутрішньоартеріальна поліхіміотерапія разом з внутрішньоартеріальною інфузією розчину глюкози. Істотної різниці в динаміці змін показників крові еритроцитів та гемоглобіну, лейкоцитів, ШОЕ, лімфоцитів не було, але тенденція до зростання кількості цих показників наводить на думку про захисну роль глюкози на систему гемопоезу. Побічні ефекти, які виникали у частини хворих при внутрішньоартеріальній поліхіміотерапії самостійно (2-а гр.), або із застосуванням внутрішньоартеріальної інфузії розчину глюкози (3-я гр.) не були незвичними для даної категорії хворих. Згідно рекомендаціям ВООЗ, характер токсичних ускладнень дорівнював 0-I ступені, що розцінюється як легкий. Вважаємо за доцільне наголосити, що випадки стоматитів, які згідно рекомендаціям ВООЗ відносяться до важких проявів токсичності, спостерігались нами у хворих, що отримували полі хіміотерапію внутрішньоартеріально, тобто цитостатики безпосередньо впливали на слизову оболонку порожнини рота (мал.).



Мал. Токсичність внутрішньоартеріальної полі хіміотерапії.

*Примітка:* 1) 1 – гіпертермія, 2 – лейкопенія, 3 – зниження гемоглобіну, 4 – стоматит, 5 – протеїнурія, 2) 1 ряд – 2 група, 2 ряд – 3 група.

Враховуючи це, в даній роботі ми відносимо стоматити до легкої ступіні токсичності, тому що це місцеві ускладнення, а не загальний токсичний вплив використаних хіміопрепаратів. На головний біль на боці перев'язаної і катетеризованої сонної артерії скаржились 38 хворих – з 2-ої групи 26 (50,9 %), з 3-ої групи – 12 (50 %). Кожен хворий відчував біль в ділянці пухлини підчас введення препаратів, найбільш болючим було введення розчину 5-фторурацилу. Потрібно відзначити, що біль самостійно вгамовувався протягом 1-2 годин після закінчення сеансу внутрішньо артеріальної поліхіміотерапії. В перші 4-10 днів під час проведення внутрішньо артеріальної поліхіміотерапії у переважній більшості хворих (69 випадків) спостерігалось підвищення температури тіла до 38-39°C — у 49 (72,0 %) хворих з 2-ої групи і у 22 (91,6 %) хворих – з 3-ої групи. Лейкоцитопенія у легкій ступені спостерігалась у 32 хворих з 2-ої групи (44,1 %) і у 3 хворих – з 3-ої групи (12,5 %). Це потребувало припинення курсу хіміотерапії, хворі отримували гідратаційну і дезінтоксикаційну терапію (розчин глюкози 5-10 %, ізотонічний (0,9 %) розчин натрію хлориду). Побічні симптоми у вигляді нудоти, блювоти не реєструвались. У 17 хворих (33,3 %) після 4-6 сеансу хіміотерапії з'явився виразковий стоматит, тризм жувальних м'язів (2-а і 3-я гр.). Використання традиційної медикаментозної терапії дозволило практично у всіх випадках ліквідувати ускладнення чи зменшити їх вираженість (припинення курсу хіміотерапії, дезінтоксикацій на інфузійна і симптоматична терапія). На відміну від хворих з 2-ої групи, випадки стоматиту зареєстровані у 2 (8,3 %) хворих з 3-ої групи, протеїнурія у легкій ступені спостерігалась у обох групах хворих без істотної різниці (27,3 % і 33,3%, відповідно). Частота і характер токсичних проявів хіміотерапії в залежності від стадії процесу серед хворих обох груп були відносно однаковими. Потрібно підкреслити, що відсоток побічних ефектів був значно нижче у групі з використанням селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії і внутрішньоартеріальної інфузії розчину глюкози.

**Висновки.** Таким чином, порівняльний аналіз гемограм хворих на рак порожнини рота при комплексній терапії виявив незначні зміни периферичного складу крові і свідчив про невиражену інтоксикацію організму. Ускладнення, що виникали при проведенні селективної внутрішньо артеріальної полі хіміотерапії істотно не впливали на результати лікування, тому що виникали тільки на перших етапах апробації методики катетеризації гілок зовнішньої сонної артерії.

### Список літератури

1. Шипилина Н. П. Профилактика и лечение лучевых реакций слизистой оболочки полости рта и глотки гидрогелевыми материалами с дериватом: автореф. дисс. ... канд. мед. наук, 14.00.21, Москва. – 2013. 21с.

2. Ярцева, А.А., Мороз Б.Т., Гребенюк А.Н. Эффективность моликсана как средства коррекции негативных проявлений химиолучевой терапии у больных раком oroфарингеальной области // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2014. – Т. 54, № 3. – С. 265-272.
3. Андреев В. Г., Панкратов В. А., Рожнов В. А. Сравнительная характеристика методик лечения больных раком гортани Т3N1-3M0 при проведении самостоятельного лучевого и комбинированного лечения // Сибирский онкологический журнал. – 2006. – №1 (17). – С. 9 – 13.
4. Аветисов Г.М., Владимиров В.Г., Гончаров С.Ф., Легеза В.И., Селидовкин Г.Д. Синдромы острой лучевой болезни. Клинические проявления, профилактика и лечение // М. ВЦМК «Защита». 2003. – 244 с.
5. Рябошапка А.М., Ковальов О.О. Підвищення ефективності променевої терапії пацієнтів з місцево-поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки за допомогою інтерферону  $\alpha 2b$  // Запорозький медичний журнал. – 2011. – т. 13, № 6. – С. 26-28.
6. Воробьев Ю. И., Гарбузов М.М., Ретинская И.И. Клиника, диагностика и принципы лучевого лечения рака слизистой оболочки щеки // Стоматология. – 2000. – №1. – С. 36-38.
7. Сокуренько, В.П., Масленникова А.В., Балалаева И.В., Гладкова Н.Д. Прогнозирование степени тяжести мукозита слизистой оболочки полости рта методом оптической когерентной томографии // Вопросы онкологии. – 2009. – Т. 65 – №5. – С. 572-579.
8. Bhatnagar P., Subesinghe M., Patel C. et al. Functional imaging for radiation treatment planning, response assessment, and adaptive therapy neck cancer. Radiographics. – 2013. – №33(7). – P. 1909–1929.

