



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ  
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИМИЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

**Т. Н. Радышевская**

*Кандидат медицинских наук,*

*e-mail: radyshevska@mail.ru,*

**М. М. Григорян**

*студенты, e-mail: mary-grig-17@mail.ru,*

**А. Р. Короткая**

*e-mail: rkorotkii@mail.ru,*

*Волгоградский государственный медицинский  
университет Министерства здравоохранения РФ,  
г. Волгоград, Россия*

**EFFICIENCY OF STOMATOLOGICAL  
ASSISTANCE TO ONCOLOGICAL PATIENTS  
IN CONDUCTING CHEMORADIOTHERAPY**

**T. N. Radyshevskaya**

*Candidate of Medical Sciences,*

*e-mail: radyshevska@mail.ru,*

**M. M. Grigoryan**

*students, e-mail: mary-grig-17@mail.ru,*

**A. R. Korotkaya**

*e-mail: rkorotkii@mail.ru,*

*Volgograd State Medical University,  
Ministry of Health of the Russian Federation,  
Volgograd, Russia*

---

**Abstract.** The data of Russian studies on accompanying dental care during chemoradiotherapy were studied and analyzed. Systematic examination of the oral cavity during chemotherapy allows early identification of clinical manifestations of toxicity and the initiation of appropriate treatment. The use of antiseptic treatment of the oral cavity improves the hygienic state of the oral cavity, reduces pain and dryness in the oral cavity.

**Keywords:** chemoradiotherapy; oncology of the head and neck; dental care.

---

Онкологическая помощь при раке головы и шеи в настоящее время характеризуется проведением противоопухолевой химиотерапии, новыми подходами к проведению лучевой терапии, органосохраняющим оперативным лечением и системной сопроводительной терапией. В результате этого многие люди получили возможность излечиться от онкологических заболеваний и вернуться к полноценной жизни.

Однако применение химио- и лучевой терапии с агрессивностью и неизбирательной направленностью воздействия влияет не только на патологические, но и

окружающие ткани, попадающие в зону облучения.

Эффективность системы стоматологической помощи онкологическим больным определяется результатами исследований, проводимых до проведения лучевой терапии и после. Особая роль в совершенствовании онкологической помощи занимает своевременная и качественная стоматологическая помощь больным на всех этапах лечения и реабилитации [3].

**Цель исследования:** провести сравнение эффективности стоматологической помощи больным онкологией головы и шеи при проведении химиолучевой терапии.



**Материалы и методы.** Нами были изучены и проанализированы данные отечественных исследований о проведении сопровождающей стоматологической помощи при проведении химиолучевой терапии.

**Результаты исследования.** Лучевые повреждения тканей полости рта многообразны: эпителииты, дерматиты, сиалоадениты, поражения зубов, пародонта, языка, костной ткани. Одним из самых частых осложнений является лучевой мукозит с вовлечением в этот процесс составных компонентов ротовой полости: самой слизистой, малых и больших слюнных желез, костных структур и зубов.

Мукозит – это объединяющий термин для воспалительных (эритематозных и эрозивно-язвенных) поражений слизистой рта, глотки, пищевода и в целом желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в результате противоопухолевого лечения. Обширные язвенные дефекты являются причиной выраженного болевого синдрома, нередко требующего введения наркотических анальгетиков; нарушения питания, синдрома мальабсорбции и диктуют необходимость перехода на парентеральное питание больного. Кроме того, больные в состоянии нейтропении с явлениями мукозита, становятся чрезвычайно уязвимыми для инфекции, которая может оказаться фатальной. Пациенты, регулярно испытывающие боль вследствие мукозита, находятся в группе риска по развитию нейропатии [3]. Всё это требует продления госпитализации и существенно ухудшает качество жизни пациента.

Радиотерапия опухолей головы и шеи становится причиной мукозита более чем у 60 % пациентов при проведении стандартной процедуры и практически 100 % больных при гиперфракционном режиме или комбинированной терапии. Зарубежные источники отмечают очень высокую

частоту развития мукозитов тяжёлой степени при проведении лучевой терапии: 41–56 % – при лечении в режиме ускоренного фракционирования, до 43 % – при назначении химиолучевого лечения, 25–34 % – при стандартной лучевой терапии [3; 5]. По данным отечественных авторов, тяжёлые лучевые реакции встречаются существенно реже – в 10–15 % случаев. Стоит также отметить, что при химиотерапии мукозит возникает в 40 %, а при лучевой терапии в 97 % случаях. Под действием биологически активных физиологических средств, цитостатиков и лучевой терапии снижается саливация, наступает резкая сухость слизистой оболочки полости рта и глотки, потеря вкусовых ощущений. Слизистая становится бледной и атрофичной, в тканях на месте опухоли образуются рубцы. Наиболее часто поражается язык, щёчная и губная слизистая оболочка. Тканевый некроз может развиться после лучевой терапии, при химиотерапии такие случаи минимальны. Кроме того, дефекты слизистой оболочки могут стать входными воротами для оппортунистических инфекций, у пациентов увеличивается риск системных инфекций, в частности, вызванных пневмококковой флорой [4].

Также серьёзным осложнением является ксеростомия. Проведение лучевой и химиотерапии, выполнение радикального хирургического лечения с удалением околоушных, подчелюстных, подъязычных слюнных желез приводит к гипосалинии (снижением слюноотделения) и асалинии (полное отсутствие слюны). Это значительно ухудшает качество жизни больных и запускает ряд патологических процессов. К физическим мукам, которые несет с собой основной недуг, добавляются трудности, связанные с подавленной выработкой слюны или ее полным отсутствием. У пациентов появляются трудности при гло-



тании и возрастает вероятность повреждения слизистой рта твердой пищей. Лечение ксеростомии и гипосаливации по-прежнему часто остается паллиативным, в особенности у пациентов, у которых ксеростомия и гипосаливация вызваны лучевой терапией злокачественных заболеваний области головы, шеи и челюстей. Терапия у данной категории больных заместительная, используются препараты – заменители слюны. Судя по результатам анализа клинических исследований, слюнозаместители существенно ослабляют симптомы ксеростомии и гипосаливации у пациентов после лучевой терапии и удаления слюнных желез [1; 8].

Выраженность симптоматики и проявлений ксеростомии будет зависеть от степени тяжести заболевания. Наиболее часто выделяют 3 степени ксеростомии: начальную, выраженных клинических нарушений и позднюю.

Частым последствием лучевой терапии, проявляющимся в полости рта, является лучевой стоматит. Основные проявления – чувство жжения, анемичность слизистой оболочки, сухость. Это сопровождается изменениями кровеносных сосудов и состава крови, что обуславливает развитие геморрагического диатеза с повышенной кровоточивостью и кровоизлияниями. Параллельно происходит резкое снижение сопротивляемости тканей, в результате развивается аутоинфекция. Таким образом, клиническая картина лучевого стоматита представляет собой проявления геморрагического синдрома и язвенно-некротического процесса. Последний наиболее резко выражен в области травмы (нависающими пломбами, зубным камнем) и в местах скопления микрофлоры, что может привести к развитию остеонекрозов челюстей и трофических язв.

Лучевые изменения в полости рта в значительной мере обратимы. После прекращения облучения или во время пере-

рыва в лечении слизистая оболочка довольно быстро возвращается к относительной норме. Этот период длится 2–3 недели. При большой величине поглощенной дозы (более 5000–6000 рад) могут возникнуть необратимые изменения в слюнных железах и слизистой оболочке (отек, гиперемия, телеангиэктазии, атрофия, лучевые язвы).

Нами были проанализированы данные исследований:

1) Российского научного центра рентгенорадиологии и кафедры общей и клинической стоматологии РУДН с ноября 2013 года по январь 2016 года. Проводилось лечение и профилактика развития мукозитов у 46 больных с раком слизистой оболочки полости рта различной локализации на фоне проводимого химиолучевого лечения в отделениях контактной лучевой терапии закрытыми источниками лучевого излучения (зав. отделением Л. Н. Шевченко) и дистанционной лучевой терапии (зав. отделением Е. Ю. Кандакова). В результате применения методики с использованием растительных препаратов у 100 % больных отмечается улучшение гигиенического статуса, в 50 % случаев отмечается снижение болевых ощущений, в 70 % случаев снижение ощущения сухости в полости рта, в 20 % случаев больные не ощущали положительного эффекта от назначенной терапии.

2) Астраханского областного онкологического диспансера и радиологического отделения ЦКБ Управления делами Президента РФ. Обследованы были 563 больных с злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта. Возраст больных колебался от 28 до 74 лет. Из них 205 пациентов после установления диагноза осматривались стоматологом. Остальные 358 больных стоматологом до проведения лечения не осматривались. Анализ результата лечения позволил выявить наличие у 146 больных, которые не



осматривались стоматологом, мукозит средней и тяжелой степени. Инфекционные осложнения в первой группе отмечены у 19 больных, а во второй группе они встречались у 43 пациентов. Общие результаты позволили отметить снижение количества геморрагических осложнений до 4,9 %, локальных воспалительных процессов до 2,7 % у пациентов, которым проводились профилактические мероприятия [4].

3) Кафедры стоматологии ЧелГМА совместно с ЧООД. Анализировались наблюдения за 345 больными, получавшими комбинированное лечение (лучевая терапия + оперативное лечение). Больные были разделены на 2 группы: в группу сравнения вошли пациенты, получавшие стоматологическую подготовку в клиниках города – 274 человека. Основную группу составили больные, получившие стоматологическую подготовку на базе кафедры стоматологии ЧелГМА-71 человек. Все пациенты, контролируемые врачом-стоматологом, до начала комбинированного лечения были обучены правильному уходу за полостью рта. В процессе санации полости рта в условиях клиники ЧелГМА снимались над- и поддесневой зубной камень, зубной налет, удалялись полностью разрушенные зубы и корни зубов, а также зубы с подвижностью III степени, сошлифовывались острые края зубов (для профилактики травмирования слизистой оболочки полости рта). Съемные протезы пациенты убирали из полости рта во время сеанса лучевой терапии, но продолжали ими пользоваться все оставшееся время. Пломбировались кариозные полости. Лечились осложненные формы кариеса. Во время лучевой терапии пациенты основной группы после каждого приема пищи проводили антисептическую обработку полости рта. В результате примененного алгоритма стоматологического

сопровождения в процессе лучевой терапии у больных основной группы достоверно реже встречались радиомукозиты полости рта средней и тяжелой степени. Результаты были таковы: бляшечный мукозит в основной группе составил 52,1 %, в группе сравнения 42,3 %; сухость, покраснение в основной группе 27,6 %, в группе сравнения 2,6 %.

При оценке эффективности разработанного алгоритма стоматологической подготовки и сопровождения пациентов во время лучевого и хирургического лечения было установлено, что в основной группе больных со злокачественными опухолями полости рта явления радиомукозита были менее выражены, а случаев изъязвления и некрозов слизистой оболочки рта не наблюдалось. В группе сравнения тяжесть лучевых реакций была выше, что приводило к вынужденным перерывам в процессе облучения. После хирургического этапа комбинированного лечения пациенты основной группы обходились без зондового питания, осложнений, связанных с наложением резекционного протеза, не возникало, облегчался уход за послеоперационной раной, речь больных была затруднена в меньшей степени [6].

**Выводы.** Оказание стоматологической помощи необходимо для пациентов, получающих противораковую химиотерапию. Обязательно проведение санации полости рта перед применением химио- и лучевой терапии, лечение очагов хронической инфекции, удаление зубных отложений и возможных травмирующих факторов в полости рта. Систематический осмотр полости рта в процессе химиотерапии позволяет рано идентифицировать клинические проявления токсичности и начать соответствующие лечебные мероприятия. В процессе проведения химио- и лучевой терапии следует применять антисептическую



обработку полости рта для улучшения гигиенического состояния полости рта, снижения болевых ощущений и сухости в полости рта.

**Библиографический список**

1. Васенев Е. Е., Алеханова И. Ф., Старикова И. В., Радышевская Т. Н. Измерение биоэлектрической активности слизистой оболочки полости рта у стоматологических больных // Медицинский вестник Юга России, No 3. 2016. – С. 30–38.
2. Галонский В. Г., Радкевич А. А., Казанцева Т. В. и др. Радиоэпителииты слизистой оболочки полости рта при лучевой терапии злокачественных новообразований челюстно-лицевой области // Сибир. мед. обозр. – 2012. – № 4 (76). – С. 80–84.
3. Галстян И. А., Надеждина Н. М. Местные лучевые поражения как осложнения медицинского облучения // Мед. радиол. и радиацион. безопасность. – 2012. – Т. 57. – № 5. – С. 31–36.
4. Зурначян А. А. Лучевые поражения слизистой оболочки полости рта после радиотерапии: подходы к профилактике и лечению. Казанский медицинский журнал. – 2015. – Том 96. – № 3.
5. Иванов О. В. Обоснование комплексной терапии стоматологических заболеваний у больных с местно-распространенным раком слизистой оболочки полости рта // Медицинский вестник Башкортостана Выпуск № 5. Т. 8. – 2013. ГРНТИ: 76 – Медицина и здравоохранение.
6. Иванова О. В., Матякин Г. Г., Лепилин А. В. Актуальные вопросы совершенствования организации стоматологической помощи больным с местнораспространенным раком слизистой полости рта // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2013. – Т. 9. – № 3. – С. 397–399.
7. Канаев С. В. Лучевая терапия злокачественных опухолей головы и шеи // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. – № 1. – С. 15–24.
8. Нуриева Н. С., Важенин А. В. Стоматологическая помощь пациентам при лучевом и хирургическом лечении злокачественных новообразований головы и шеи // Сибирский онкологический журнал. – Выпуск № 2. – 2009.
9. Уханов М. М. Химиотерапия рака и стоматологическая помощь // Dentistry Today. – Volume 23. – № 12. – December. – 2004.

**Bibliografickij spisok**

1. Vasenev E. E., Alehanova I. F., Starikova I. V., Radyshevskaja T. N. Izmerenie bioelektricheskoj aktivnosti slizistoj obolochki polosti rta u stomatologicheskikh bol'nyh // Medicinskij vestnik Juga Rossii, No 3. 2016. – S. 30–38.
2. Galonskij V. G., Radkevich A. A., Kazanceva T. V. i dr. Radiojepiteliity slizistoj obolochki polosti rta pri luchevoj terapii zlokachestvennyh novoobrazovaniy cheljustno-licevoj oblasti // Sibir. med. obozr. – 2012. – № 4 (76). – S. 80–84.
3. Galstjan I. A., Nadezhcina N. M. Mestnye lucheveye porazhenija kak oslozhnenija medicinskogo obluchenija // Med. radiol. i radiacion. bezopasnost'. – 2012. – T. 57. – № 5. – S. 31–36.
4. Zurnachjan A. A. Lucheveye porazhenija slizistoj obolochki polosti rta posle radioterapii: podhody k profilaktike i lecheniju. Kazanskij medicinskij zhurnal. – 2015. – Tom 96. – № 3.
5. Ivanov O. V. Obosnovanie kompleksnoj terapii stomatologicheskikh zabolevanij u bol'nyh s mestno-rasprostranennym rakom slizistoj obolochki polosti rta // Medicinskij vestnik Bashkortostana Vypusk № 5. T. 8. – 2013. GRNTI: 76 – Medicina i zdravooхранение.
6. Ivanova O. V., Matjakin G. G., Lepilin A. V. Aktual'nye voprosy sovershenstvovanija organizacii stomatologicheskaj pomoshhi bol'nym s mestnorasprostranennym rakom slizistoj polosti rta // Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal. – 2013. – T. 9. – № 3. – S. 397–399.
7. Kanaev S. V. Luchevaja terapija zlokachestvennyh opuholej golovy i shei // Prakticheskaja onkologija. – 2003. – T. 4. – № 1. – S. 15–24.
8. Nurieva N. S., Vazhenin A. V. Stomatologicheskaja pomoshh' pacientam pri luchevom i hirgurgicheskom lechenii zlokachestvennyh novoobrazovaniy golovy i shei // Sibirskij onkologicheskij zhurnal. – Vypusk № 2. – 2009.
9. Uhanov M. M. Himioterapija raka i stomatologicheskaja pomoshh' // Dentistry Today. – Volume 23. – № 12. – December. – 2004.

© Радышевская Т. Н., Григорян М. М.,  
Короткая А. П., 2017.