

ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Дегтярёва Марина Игоревна

Ассистент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

dr.mdegtyareva@yandex.by

Казеко Людмила Анатольевна

Кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой, доцент

Белорусский государственный медицинский университет,

Беларусь, Минск

lkaf.terstom@gmail.com

Индукцированный химиотерапевтическим и/или лучевым лечением оральный мукозит представляет собой тяжелое осложнение, которое часто встречается у онкологических пациентов. Оральный мукозит характеризуется эритемой, отеком слизистой оболочки полости рта и ее изъязвлением. Тяжелое течение орального мукозита может привести к прерыванию курса лечения основного заболевания и увеличению продолжительности его течения.

Патогенез орального мукозита можно объяснить прямой токсичностью цитотоксических агентов и радиационного облучения на клетки слизистой оболочки полости рта и косвенным ее повреждением, вызванным сопутствующей воспалительной реакцией, обостряющейся при наличии нейтропении, а также появлением бактериальных, микотических и вирусных инфекций. В настоящее время лечение орального мукозита, в основном, симптоматическое. Купированию симптомов орального мукозита способствует хорошая гигиена полости рта, диета, применение системных анальгетиков.

Ключевые слова: *оральный мукозит; лучевая терапия; химиотерапия*

ORAL MUCOSA LESIONS IN ANTITUMOR TREATMENT

Degtiarivna Marina Igorevna

Assistant

Belarusian State Medical University,

Belarus, Minsk

dr.mdegtyareva@yandex.by

Kazeko Lyudmila Anatolevna

PhD, Head of the Department

Associate Professor

Belarusian State Medical University,

Belarus, Minsk
lkaf.terstom@gmail.com

Chemotherapy and radiation therapy-induced oral mucositis is a severe complication that is often found in cancer patients. Oral mucositis is characterized by erythema, edema of the oral mucosa and its ulceration. The slow course of oral mucositis can lead to an interruption of the course of the main disease and an increase in the duration of its course.

The pathogenesis of oral mucositis can be attributed by direct toxicity of cytotoxic agents and radiation exposure to the cells of the oral mucosa and its indirect damage caused by an accompanying inflammatory reaction, which is aggravated in the presence of neutropenia, as well as the appearance of bacterial, mycotic and viral infections. Currently, treatment of oral mucositis is mainly symptomatic. Good oral hygiene, diet, and the use of systemic analgesics contribute to the relief of symptoms of oral mucositis.

Key words: *oral mucositis; radiotherapy; chemotherapy.*

Оральный мукозит представляет собой тяжелое осложнение химио- и/или лучевой терапии, связанное с прерыванием основного курса лечения. Сопровождается мукозит сильным болевым синдромом, ксеростомией, язвами на слизистой оболочке полости рта, которые покрыты псевдомембраной, что приводит к нарушению речи, затруднению приема пищи и значительно снижает качество жизни онкологических пациентов. Кроме того, оральный мукозит представляет собой значительный фактор риска системных инфекций, особенно у пациентов с нейтропенией. Прерывание или полное прекращение противоопухолевой терапии может привести к неблагоприятному результату лечения и ухудшению прогноза течения основного заболевания [1]. Термин «оральный мукозит» появился в конце 1980-х годов для описания, вызванного химиотерапией и/или лучевым лечением, воспаления слизистой оболочки полости рта.

Цель – провести анализ имеющихся литературных данных о поражениях слизистой оболочки полости рта, возникающих на фоне химиолучевого лечения у онкологических пациентов.

Частота возникновения орального мукозита по разным данным составляет от 40 до 100%. На частоту и степень тяжести его развития оказывают влияние вид противоопухолевого лечения, их комбинация, а также факторы, связанные с пациентом, такие как возраст, пол, наличие сопутствующей патологии и хронических заболеваний периодонта [2]. Установлено, что до 75% населения имеют хронические заболевания пародонта, а также выдвинута гипотеза о том, что многие острые бактериальные инфекции могут развиваться на фоне химиотерапевтического и лучевого лечения. Пациенты с хорошей гигиеной полости рта, которые воздерживаются от курения, определенно могут уменьшить частоту и тяжесть орального мукозита [1].

Механизм развития орального мукозита до конца не изучен, но известно, что он представляет собой сложный, многофакторный процесс. Патогенез орального мукозита – это множество последовательных биологических реакций. Инициирование орального мукозита одинаково независимо от того, что его вызвало: химиотерапия, облучение или их комбинация. Слизистая оболочка полости рта соседствует с множеством микроорганизмов: бактериями, вирусами и грибами, однако оральный мукозит не является инфекционным заболеванием, и его частота не зависит от деколонизации или противомикробных стратегий. Кинетика бактериальной колонизации следует за развитием мукозита, а не предшествует ему. Поэтому доказано, что антибактериальные стратегии при оральном мукозите неэффективны [4].

Роль вирусов, особенно вируса простого герпеса (ВПГ), в этиологии радиационно-индуцированного мукозита остается под вопросом. Сторонники такой взаимосвязи приводят наблюдения культивируемого ВПГ у ограниченного числа пациентов, имеющих клинически значимый оральный мукозит. Они также предполагают, что лечение стандартной противовирусной терапией благоприятно влияет на последующее течение мукозита. Следовательно, хотя ВПГ и не является первичным возбудителем мукозита, его присутствие при вторичном инфицировании может повлиять на течение заболевания. Эффективность профилактического назначения противовирусных препаратов пациентам с радиационно-индуцированным мукозитом изучена недостаточно [2].

Тяжесть течения орального мукозита сильно зависит от количества ротовой жидкости. Она представляет собой богатую смесь ферментов, антител и белков, которые играют важную роль в поддержании гомеостаза слизистой оболочки полости рта и ограничении микробной колонизации. Ксеростомия может еще больше усугубить состояние слизистой оболочки полости рта и повышает риск развития орального мукозита [5].

Самые ранние признаки и симптомы орального мукозита включают эритему и отек, ощущение жжения и повышенную чувствительность к горячей или острой пище. Эритематозные участки могут увеличиваться и сливаться в десквамативные пятна и впоследствии трансформироваться в сильно болезненные язвы, которые не только часто вторично инфицируются, но и ухудшают питание и потребление жидкости, что приводит к недоеданию и обезвоживанию, что еще больше препятствует регенерации слизистой оболочки. Подвижная некератинизированная слизистая оболочка мягкого неба, щек и губ, вентральная поверхность языка и дно полости рта наиболее уязвимы для прямой стоматотоксичности, в то время как десна, дорсальная поверхность языка и твердое небо поражаются редко, что, вероятно, связано с более медленной скоростью их клеточного роста. Имеются сведения, что повреждения, как правило, появляются в одном и том же месте в каждом новом эпизоде возникновения орального мукозита [3]. Исчезают поражения слизистой оболочки полости рта обычно без образования рубцов, за исключением случаев присоединения вторичной инфекции и/или ксеростомии. Однако, другие

пероральные осложнения противоопухолевого лечения, такие как гиперплазия и дисплазия эпителия, дегенерация клеток желез и соединительной ткани могут сохраняться. Степень тяжести орального мукозита, возникающего на фоне противоопухолевой терапии, чаще всего оценивается в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (Табл. 1) [4].

Таблица 1 – Критерии оценки степени тяжести орального мукозита Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

| Степени тяжести | | | |
|--|---|---|--|
| I | II | III | IV |
| Незначительная гиперемия и отечность СОПР Безболезненные единичные язвы | Болезненная эритема Наличие единичных язвы Процесс употребления пищи безболезненный | Сильное изъязвление СОПР Невозможность употребления твердой пищи | Сильные боли Парентеральное питание |

Контроль тяжести течения орального мукозита является приоритетной задачей в практической онкологии, т.к. его возникновение требует длительного лечения и, как правило, приводит к прерыванию курса лечения основного заболевания, что значительно ухудшает качество жизни пациентов. Сегодня лечение мукозита носит симптоматический характер. И несмотря на существование целого ряда новых подходов к его лечению, до сих пор не выявлено ни одного эффективного средства профилактики или лечения, вызванного лучевой терапией или химиолечением орального мукозита.

Список литературы:

1. Osama, M.M. Radiation-induced oral mucositis / M.M. Osama, N. Eliopoulos, T. // Muanza Frontiers in Oncology, 2017. – Vol. 7(89). – P. 1-23.
2. Stephen T. Sonis. Oral mucositis in head and neck cancer: risk, biology and management / Stephen T. Sonis // Asco Educational Book, 2013. – P.236-240.
3. Kumar, S. Radiation Mucositis / S. Kumar // In: Gabor Racz, Pain management - current issues and opinions. InTech: Gabor Racz, 2012. – P. 469-482.
4. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy / R.V. Lalla [et al] // Cancer, 2014. – №120(10). – P.1453–1461.
5. Oral Mucositis: understanding the pathology and management / M. Georgiou [et al] // Hippokratia. 2012; 16(3): 215–216.