

EUROPEAN ASSOCIATION OF  
PEDAGOGUES AND PSYCHOLOGISTS

**“SCIENCE”**



International scientific periodical journal

**“THE UNITY OF SCIENCE”**

Vienna, Austria, 2016

*Single photocopies of single chapters may be made for personal use as allowed by national copyright laws. Permission of the Publisher and payment of a fee is required for all other photocopying, including multiple or systematic copying, copying for advertising or promotional purposes, resale, and all forms of document delivery. Special conditions are available for educational institutions that wish to make photocopies for non-profit educational classroom use. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior written permission of the Publisher.*

**International scientific professional periodical journal "THE UNITY OF SCIENCE" / publishing office**  
Beranových str., 130, Czech Republic – Prague, 2016

"**The Unity of science**" is the international scientific professional periodical journal which includes the scientific articles of students, graduate students, postdoctoral students, doctoral candidates, research scientists of higher education institutions of Europe, Russia, the countries of FSU and beyond, reflecting the processes and the changes occurring in the structure of present knowledge. It is destined for teachers, graduate students, students and people who are interested in contemporary science.

### **The editorial board**

Alexander Pacsr  
Astakhov Vladimir  
Batsyleva Olga  
Buriak Alexander  
Emma Kahl  
George Berins  
Georgieva Sonia  
Hans Jensen  
Helen Zag  
Homyuk Irina  
Hrechanovska Olena  
Ilyina Ekaterina  
Ivanova Svetlana  
Ivanova Zoya  
Jakob Haberzettl  
Kaydalova Lydia  
Kovtun Elena  
Logvina Svetlana  
LokhvitskayaLyubov

Lucius Calle  
Lukas Adlerflycht  
Lyakisheva Anna  
Marek Szymański  
Mariusz Bashinsky  
Matra Lentz  
Matthias Haenlein  
Mukanova Sulesh  
Nicholas Shadrin  
Patrick Schuppe  
Petkova Ekaterina  
Petruk Vera  
Prokofieva Olesya  
Rymarenko Nataliya  
Sergienko Konstantin  
Sophia Lai  
Stanisław Krauchensky  
Stetsenko Iryna  
Vaskes Abanto Hesus Estuardo

Designed by Mr. D. Heisenberg

Publishing office Beranových str., 130 of.37, Prague, Czech Republic, 2016  
[www. eapps.info](http://www.eapps.info)



© 2016 The European Association of pedagogues and psychologists Science”, Vienna, Austria  
© 2016 Article writers  
© 2016 All rights reserved

4. DeVries J. H. *Therapies for type 2 diabetes and coronary artery disease* / J. H. DeVries // *The New England journal of medicine*. – 2009. – Vol. 361, № 14. – P. 1408-1409.
5. Hirata Y. *Critical role of renin-angiotensin system in the pathogenesis of atherosclerosis* / Y. Hirata, D. Fukuda, M. Sata // *Nippon. Rinsho*. – 2011. – Vol. 69, № 1. – P. 55-59.
6. Honjo T. *Pleiotropic effects of ARB in vascular metabolism – focusing on atherosclerosis-based cardiovascular disease* / T. Honjo, M. Yamaoka-Tojo, N. Inoue // *Curr. Vasc. Pharmacol.* – 2011. – Vol. 9, № 2. – P. 145-152.
7. Moock J. *Comparing preference-based quality-of-life measures: results from rehabilitation patients with musculo-skeletal, cardiovascular, or psychosomatic disorders* / J. Moock, T. Kohlmann // *Qual. Life Res.* – 2008. – Vol. 17, № 3. – P. 485-495.
8. *PPAR $\gamma$  Agonist Beyond Glucose Lowering Effect* / A. Sugawara, A. Uruno, M. Kudo, K. Matsuda [ et al. ] // *Korean J. Intern. Med.* – 2011. – Vol. 26, № 1. – P. 19-24.
9. *Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases* / K. Zboralski, A. Florkowski, M. Talarowska-Bogusz [ et al. ] // *Postepy Hig. Med. Dosw.* – 2008. – Vol. 25, № 62. – P. 36-41.
10. *Telmisartan versus angiotensin-converting enzyme inhibitors in the treatment of hypertension: a meta-analysis of randomized controlled trials* / Z. Zou, G. L. Xi, H. B. Yuan [ et al. ] // *J. Hum. Hypertens.* – 2009. – Vol. 23, № 5. – P. 339-349.
11. *The role of psychosomatic medicine in global health care* / A. M. Bauer, P. Bonilla, M. W. Grover, F. Meyer [ et al. ] // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2011. – Vol. 13, № 1. – P. 10-17.

УДК 616.12-005:4:616.155.194.1+616.379-008.64]-053-08

## CORONARY ARTERY DISEASE, DIABETES MELLITUS TYPE 2 AND ANEMIA: CLINICAL PECULIARITIES OF THE COMBINED COURSE

### ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ, ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ТА АНЕМІЯ: КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ

#### **Pavlyukovich Natalia**

*Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University"  
PhD, assistant professor of the Department of Internal  
Medicine,  
Clinical Pharmacology and Occupational Diseases*

#### **Buriak Oleksandr**

*Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University"  
PhD, associate professor of the Department of Pediatrics,  
Neonatology and Perinatal Medicine*

#### **Pavlyukovich Oleksandr**

*Higher State Educational Establishment of Ukraine  
"Bukovinian State Medical University"  
PhD, assistant professor of the Department of  
Forensic Medicine and Medical Law*

#### **Павлюкович Наталія Дмитрівна**

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет»,  
к.мед.н., асистент кафедри внутрішньої медицини,  
клінічної фармакології та професійних хвороб*

#### **Буряк Олександр Григорович**

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет»,  
к.мед.н., доцент кафедри педіатрії, неонатології  
та перинатальної медицини*

#### **Павлюкович Олександр Васильович**

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний  
університет»,  
к.мед.н., асистент кафедри судової медицини та  
медичного правознавства*

**Abstract.** The article deals with the clinical features of the combined course of coronary artery disease with the concomitant diabetes mellitus type 2 and anemia. Every fourth patient with coronary artery disease in the form of stable angina and concomitant diabetes mellitus type 2 does not complain for typical angina pain in the heart region during physical exertion, a significant part of these patients do not use nitroglycerin because of absence of typical clinical picture of the main disease, 30% of the patients with stable angina and diabetes mellitus type 2 do not represent the typical irradiation of the angina pain. Complication of coronary artery disease and diabetes by the concomitant anemia of different degrees of severity leads to the increasing of the daily frequency of angina, significant prevalence of pain irradiation and increasing of the need in anti-angina drugs.

**Key words:** coronary artery disease, diabetes mellitus type 2, anemia, clinical course.

**Резюме.** Стаття присвячена клінічним особливостям поєданого перебігу ішемічної хвороби серця на тлі супутнього цукрового діабету 2-го типу та анемії. Встановлено, що кожний четвертий хворий на ішемічну хворобу серця із верифікованою в анамнезі стенокардією напруження та супутнім цукровим діабетом 2-го типу не відмічає типових стенокардитичних болей у ділянці серця при фізичному навантаженні, вагома частка таких хворих щоденно не використовує нітрогліцерин у зв'язку із відсутністю типової клінічної картини основного захворювання, у 30% випадків хворі на стабільну стенокардію напруги та цукровий діабет 2-го типу не відмічають типової для стенокардії іррадіації болю. Приєднання до ішемічної хвороби серця та цукрового діабету супутньої анемії різного ступеня тяжкості призводить до збільшення числа ангінозних нападів на добу, частих кардіалгій, значної поширеності іррадіації болю та збільшення потреби у нітропрепаратах для купування нападів стенокардії.  
**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, анемія, клінічний перебіг.

Відомо, що анемія будь-якої етіології сприяє прогресуванню ішемічної хвороби серця (ІХС) [2-5]. Згідно результатів дослідження хворих, госпіталізованих з приводу ІХС та серцевої недостатності (Haber H.L., Leavy J.A., Kessler P.D. et al., 1991; Rich M.W., Shah A.S., Vinson J.M. et al., 1996), середній рівень гемоглобіну становив 118-124 г/л.

Не дивно, що перед такими грізними проявами ІХС, як нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда, проблемі анемії, особливо легкого ступеня важкості, приділяється мало уваги практикуючими лікарями. Однак ліквідація анемічного синдрому (АС), на нашу думку, може мати позитивний вплив як на самопочуття пацієнтів, так і на перебіг основного захворювання.

У свою чергу цукровий діабет (ЦД) 2-го типу теж додає певних особливостей перебігу ІХС у більшості пацієнтів. Відомо, що при ЦД 2-го типу має місце високий ризик розвитку безболівової форми ІХС, в тому числі інфаркту міокарда, що пов'язано з частим і раннім ускладненням ЦД – діабетичною нейропатією, що підвищує поріг сприйняття болю у даної категорії пацієнтів [6]. Відсутність адекватної клінічної картини призводить до пізнього виявлення захворювання, часто вже на стадії важких ускладнень. Так, серед чоловіків, що страждають на ЦД, раптова смерть розвивається на 50%, а серед жінок з діабетом на 300% частіше, ніж у осіб відповідної статі та віку без діабету (Александров А.А., 2013).

Зважаючи на це, метою роботи було проаналізувати перебіг хронічної ІХС у хворих літнього та старечого віку на тлі супутніх ЦД 2-го типу та АС.

**Матеріали та методи дослідження.** У відповідності до мети та завдань роботи за допомогою сучасних інструментальних неінвазивних методів дослідження проведено комплексне обстеження 120 хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію, які знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Обласного госпіталю для інвалідів Великої Вітчизняної війни (м. Чернівці). Вік хворих коливався від 66 до 89 років. Середній вік склав 76,04±1,84 роки. Усі обстежені пацієнти в залежності від супутньої патології були розподілені на наступні підгрупи: I – хворі на ІХС з супутнім ЦД 2-го типу (n=12), II – хворі на ІХС з супутньою анемією різного ступеня тяжкості (n=32), III – хворі на ІХС, що супроводжувалась супутніми анемією та ЦД 2-го типу (n=76). Контрольну групу для порівняльних досліджень склали 12 пацієнтів з ІХС без супутнього АС та ЦД 2-го типу, вік яких статистично вірогідно не відрізнявся від середнього віку хворих дослідної групи та відповідав їм у розподілі за статтю. Обстежувані хворі були співставимі за клінічною, гематологічною та біохімічною характеристикою ІХС (функції нирок, печінки), відрізняючись лише наявністю ЦД 2-го типу та анемії.

Діагноз ІХС встановлювали згідно з критеріями ВООЗ (1979 р.), рекомендацій міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, відповідно до класифікації, яка була затверджена на VI Національному Конгресі Кардіологів України (2000 р.) та наказом МОЗ України від 14.02.2002 №54 „Про затвердження класифікацій захворювань органів системи кровообігу”. ІХС була представлена стабільною стенокардією напруження II та III функціонального класу (за класифікацією Канадської асоціації кардіологів, 1976 р.), що була верифікована в анамнезі за даними велоергометрії, та післяінфарктним кардіосклерозом у хворих, який був документований електрокардіографічно до моменту дослідження (у 30,83% випадків). Хронічна серцева недостатність відповідала II А стадії хронічної недостатності кровообігу з використанням класифікації ХСН за М. Д. Стражеско і В. Х. Василенко та рекомендацій Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих (2009 р.). За анемію вважали рівень гемоглобіну нижче 130 г/л у чоловіків та 120 г/л

у жінок (WHO's Recommendations, 2003). Діагноз ЦД 2-го типу був виставлений хворим після відповідного обстеження згідно рекомендацій ВООЗ (1999), Американської діабетичної асоціації (1997, 2003) [1] та консультації лікаря-ендокринолога. Середня тривалість цукрового діабету склала 3,2±1,11 року. У всіх обстежених хворих було діагностовано легкий та середньоважкий перебіг цукрового діабету. Критеріями виключення з дослідження слугували будь-які супутні захворювання у період загострення, онкологічна патологія, кровотечі будь-якої локалізації, відомі захворювання нирок, вагітність та оперативні втручання в анамнезі.

Розподіл хворих за віком здійснювали відповідно до Рекомендацій ВООЗ (1995). У зв'язку з тим, що при проведенні розрахунків достовірної різниці між групами хворих літнього та старечого віку не спостерігалось, ми об'єднали цих хворих в одну групу – старшого віку.

**Результати дослідження.** У хворих усіх груп нами аналізувались окремі фактори ризику розвитку ІХС (згідно мультицентрового дослідження ASCOT): ЦД 2-го типу, гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі, чоловіча стать, вік 55 років і більше, куріння, обтяжений сімейний анамнез. Розподіл виявлених факторів ризику серед хворих основних груп представлений на рис. 1.

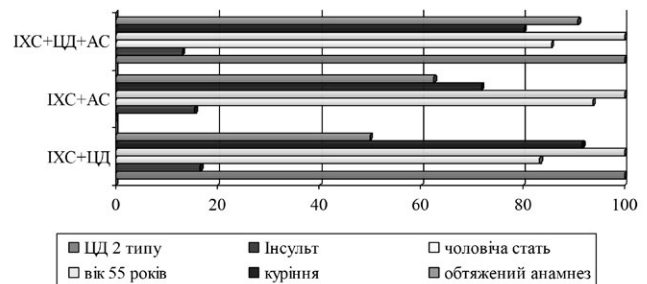


Рис. 1. Фактори ризику розвитку ішемічної хвороби серця у хворих на ішемічну хворобу серця, цукровий діабет 2 типу та анемію

При поступленні в стаціонар хворі дослідних груп найчастіше при опитуванні скаржилися на біль (96,5% випадків) та перебої в роботі серця (69,74%), задуху як еквівалент болю та при фізичному навантаженні (100%), набряки нижніх кінцівок чи пастозність гомілок до вечора (97,37%), відчуття важкості в правому підребер'ї (92,11%), періодичний головний біль (92,11%), загальну слабкість (100%), періодичне підвищення АТ (100%), сухий кашель (56,58%) (рис. 2).

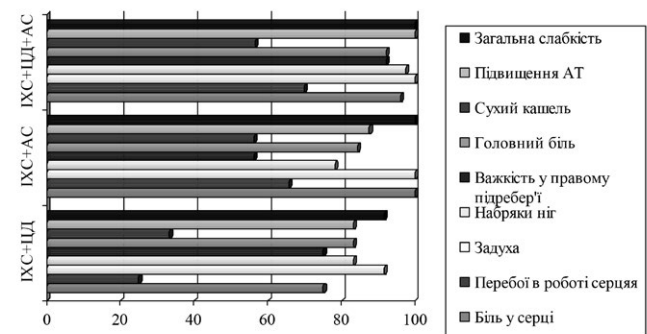


Рис. 2. Основні скарги у хворих на ішемічну хворобу серця з супутніми цукровим діабетом 2 типу та анемічним синдромом



На постійний біль у ділянці серця скаржилися 9 пацієнтів (75%) I групи. Стискувальний характер больового синдрому зустрічався у 2 хворих (16,67%), давлячий – у 3 хворих (25%), ниючий – у 3 хворих (25%), колючий – у 1 хворого (8,33%). Всі обстежувані II групи (100%) відмічали біль чи неприємні відчуття у ділянці серця, при цьому біль стискуючого характеру спостерігався у 12 хворих (37,50%), давлючого – у 7 хворих (21,87%), пекучого – у 5 пацієнтів (15,63%), тиснучого – у 8 пацієнтів (25,00%). У 73 хворих (96,05%) III дослідної групи спостерігали постійний біль у ділянці серця: стискуючий – у 17 пацієнтів (22,37%), давлячий – у 23 хворих (30,26%), пекучий – у 29 пацієнтів (38,16%), колючий – у 4 пацієнтів (5,26%).

У хворих контрольної групи розподіл за характером больового синдрому був таким: 3 (25,0%) пацієнтів не відмічали болю в ділянці серця взагалі, у 3 (25,0%) пацієнтів біль був стискувальним, у 2 (16,67%) хворих – давлячий, у 3 (25,0%) пацієнтів – ниючий, у 1 (8,33%) пацієнта – колючий.

Серед хворих на ІХС із супутнім ЦД з верифікованою стенокардією напруження (10 осіб) іррадіація болю в ліву лопатку відмічалась у 30,00% пацієнтів (3 осіб), в ліву руку – у 40,00% обстежуваних (4 осіб). У 30,00% випадків (3 чоловік) хворі скаржились на біль, що локалізувався чітко в ділянці серця та за грудиною без будь-якої іррадіації. У пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження та супутньою анемією (32 хворих) у ліву лопатку біль іррадіював у 13 випадках (40,62%), в ліву руку – у 12 хворих (37,50%), у праву половину грудної клітки – лише у 7 пацієнтів (21,88%). При приєднанні до ІХС та ЦД 2-го типу ще й супутнього АС практично всі хворі (73 із 76 обстежених) скаржились на типовий для стенокардії біль чи відчуття стиснення за грудиною, а характер іррадіації болю майже не відрізнявся від хворих I групи: у 31,50% випадків (23 пацієнтів) біль іррадіював у ліву лопатку, у 34,25% (25 хворих) – в ліву руку, у 34,25% випадків іррадіації болю хворі не відмічали (25 обстежених). В усіх хворих контрольної групи (12 чоловік) характер болю був ниючим та без іррадіації.

Частота виникнення нападів стенокардії у хворих на ІХС з супутніми ЦД 2-го типу та АС наведена в таблиці 1.

Таблиця 1 Кількість нападів стенокардії на добу у хворих на ішемічну хворобу серця, цукровий діабет 2 типу та анемію

Групи обстежених	Кількість нападів стенокардії на добу			
	1-2 рази	3-4 рази	5-6 разів	Більше 6 разів
ІХС+ЦД (n=10)	3 (30,00%)	5 (50,00%)	2 (20,00%)	- (0%)
ІХС+АС (n=32)	11 (34,38%)	9 (28,13%)	7 (21,87%)	5 (15,62%)
ІХС+ЦД+АС (n=73)	4 (5,48%)	8 (10,96%)	33 (45,21%)	28 (38,35%)

Приймали нітрогліцерин всі хворі зі стенокардією та супутньою анемією різного ступеня тяжкості (32 осіб), у яких напад проходив

через 2-3 хвилини. Серед хворих на ІХС та ЦД 3 пацієнтів (30,00%) не використовували органічні нітрати для купування ангінозного болю. В групі хворих з ІХС, ЦД 2-го типу та супутнім АС 71 пацієнт (97,26%) вживав для зняття болю в ділянці серця нітрогліцерин та 2 чоловік (2,74%) не приймали його (таблиця 2).

Таблиця 2 Кількість таблеток нітрогліцерину на добу у хворих на ішемічну хворобу серця, цукровий діабет 2 типу та анемію

Групи обстежених	Кількість таблеток нітрогліцерину на добу			
	1-2	3-4	5-6	Більше 6
ІХС+ЦД (n=7)	5 (71,43%)	2 (28,57%)	- (0%)	- (0%)
ІХС+АС (n=32)	9 (28,13%)	6 (18,74%)	9 (28,13%)	8 (25,00%)
ІХС+ЦД+АС (n=71)	4 (5,63%)	8 (11,28%)	30 (42,25%)	29 (40,84%)

При ретельному опитуванні та об'єктивному обстеженні хворих II та III дослідних груп (n=108) нами були виявлені скарги та об'єктивні дані, що могли бути зумовлені супутнім АС: блідість шкірних покривів відмічалась у 107 хворих (99,07%), тахікардія – у 66 хворих (61,11%), загальна слабкість – у 103 хворих (%), запаморочення – у 97 хворих (95,37%), миготіння «мушок» перед очима – у 80 пацієнтів (74,07%), підвищена втомлюваність – у 100 хворих (92,59%), дратівливість – у 69 обстежених (63,88%), зниження пам'яті – у 93 пацієнтів (86,11%), зниження уваги – у 75 хворих (69,44%), сонливість вдень – у 49 хворих (45,37%), м'язову слабкість відмічали 81 обстежуваний (75,00%), головний біль – 96 пацієнтів (88,88%), сухість шкіри – 102 пацієнти (94,44%), мерзлякуватість – 26 пацієнтів (24,07%). Слід відзначити, що частота та виразність скарг зростали із ступенем АС.

**Висновки.** Таким чином, супутній ЦД 2-го типу ускладнює перебіг ІХС та надає їй певних клінічних особливостей. Кожний четвертий хворий на ІХС із верифікованою в анамнезі стенокардією напруження та супутнім ЦД 2-го типу не відмічає типових стенокардитичних болей у ділянці серця при фізичному навантаженні, що може свідчити про високу частоту розвитку у такої категорії пацієнтів безбольової форми ІХС та віднесення їх до групи високого ризику розвитку фатальних серцевих подій. Крім того, вагома частка таких хворих щоденно не використовує нітрогліцерин у зв'язку із відсутністю типової клінічної картини основного захворювання. У 30% випадків хворі на стабільну стенокардію напруги та ЦД 2-го типу не відмічають типової для «грудної жаби» іррадіації болю, що може нівелювати класичну картину стенокардії та призводити до діагностичних неточностей чи помилок. Приєднання до ІХС та ЦД супутньої анемії різного ступеня тяжкості призводить до збільшення числа ангінозних нападів на добу, частих кардіалгій, значної поширеності іррадіації болю та збільшення потреби у нітропрепаратах для купування нападів стенокардії.

**List of literature**

1. *Диагностика и лечение метаболического синдрома, сахарного диабета, предиабета и сердечно-сосудистых заболеваний: Методические рекомендации Украинской ассоциации кардиологов и Украинской ассоциации эндокринологов.* – Киев, 2009. – 42 с.
2. Терещенко С. Н. Анемия как осложнение хронической сердечной недостаточности: распространенность, прогноз и лечение / С. Н. Терещенко, Е. С. Атрощенко, Т. М. Ускач, А. А. Кудинова [и др.] // *Терапевтический архив.* – 2008. – № 9. – С. 90-95.
3. Частота обнаружения анемии и ее причины у госпитализированных больных с хронической сердечной недостаточностью / Д. В. Преображенский, Т. А. Ермакова, Б. А. Сидоренко [и др.] // *Кардиология.* – 2007. – № 10. – С. 68.
4. Anand I. S. Anemia and chronic heart failure implications and treatment options / I. S. Anand // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2008. – Vol. 12, № 52(7). – P. 501-511.
5. Anemia in patients with advanced heart failure / J. Cardoso, M. I. Brito, M. E. Ochiai, M. Novaes [et al.] // *Arq. Bras. Cardiol.* – 2010. – Vol. 95, № 4. – P. 524-529.
6. Khavandi K. Diabetic cardiomyopathy – a distinct disease? / K. Khavandi, A. Khavandi, O. Asghar, A. Greenstein [et al.] // *Best practice and research. Clinical endocrinology and metabolism.* – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 347-360.

**References:**

1. *Diagnostika i lechenie metabolicheskogo sindroma, sahnarnogo diabetu, prediabetu i serdechno-sosudistyh zabolevanij: Metodicheskie rekomendacii Ukrainskoj asociacii kardiologov i Ukrainskoj asociacii ehndokrinologov.* – Kiev, 2009. – 42 s.
2. Tereshchenko S. N. Anemiya kak oslozhenie hronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti: rasprostranennost', prognoz i lechenie / S. N. Tereshchenko, E. S. Atroshchenko, T. M. Uskach, A. A. Kudinova [i dr.] // *Terapeticheskij arhiv.* – 2008. – № 9. – S. 90-95.
3. *CHastota obnaruzheniya anemii i ee prichiny u hospitalizirovannyh bol'nyh s hronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu / D. V. Preobrazhenskij, T. A. Ermakova, B. A. Sidorenko [i dr.] // Kardiologiya.* – 2007. – № 10. – S. 68.
4. Anand I. S. Anemia and chronic heart failure implications and treatment options / I. S. Anand // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2008. – Vol. 12, № 52(7). – P. 501-511.
5. Anemia in patients with advanced heart failure / J. Cardoso, M. I. Brito, M. E. Ochiai, M. Novaes [et al.] // *Arq. Bras. Cardiol.* – 2010. – Vol. 95, № 4. – P. 524-529.
6. Khavandi K. Diabetic cardiomyopathy – a distinct disease? / K. Khavandi, A. Khavandi, O. Asghar, A. Greenstein [et al.] // *Best practice and research. Clinical endocrinology and metabolism.* – 2009. – Vol. 23, № 3. – P. 347-360.

УДК 612.314+615.2

**CHANGES OF ORAL MUCOSA AFTER CHEMOTHERAPY AND RADIATION THERAPY**

**ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ ХІМІО- ТА РАДІОТЕРАПІЇ**

**O.Golovchanska**

*Department of Dentistry*

*Bogomolets National Medical University*

*Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601*

**M.Syroishko,**

*Department of Dentistry*

*Bogomolets National Medical University*

*Bul. Shevchenko, 13, Kiev, Ukraine, 01601*

**О.Д.Головчанська**

*Кафедра стоматологии*

*Национальный мед. университет им. О.О.Богомольца*

*Бул. Шевченко, 13, г.Киев, Украина, 01601*

**М.В.Сироїшко,**

*Кафедра стоматологии*

*Национальный мед. университет им. О.О.Богомольца*

*Бул. Шевченко, 13, г.Киев, Украина, 01601*

Tumor diseases - a serious challenge for medicine at last two centuries. The incidence of tumors, including malignant, increases; tumor diseases occupy the third place as the cause of deaths (6.4%). Integrated treatment of cancers includes chemotherapy and radiotherapy. As the tumor itself, so these treatments lead to the development of secondary immunodeficiencies, which may also occur in the oral mucosa. The article describes clinical examples of diseases of the oral mucosa caused by the action of chemotherapeutic drugs and radiation, discussed the possible mechanism of iatrogenic disorders of the oral mucosa (OM). A symptomatic treatment of these patients is offered, the appointment of drugs is justified. Problem issues are raised, including the creation of the Protocol for medical assistance the patients with iatrogenic lesions of the oral mucosa.

**Key words:** oral mucosa, tumorous diseases, chemotherapy, radiation therapy, secondary immunodeficiency.

Пухлинні захворювання - серйозний виклик медицині останніх двох сторіч. Захворюваність на пухлини, зокрема злоякісні, зростає; серед причин смертей пухлинні захворювання займають третє місце (6,4%). Комплексне лікування пухлинних захворювань включає хіміо- та радіотерапію. Як пухлини самі по собі, так і вказані види лікування призводять до розвитку вторинних імунодефіцитів, які можуть проявлятися і на слизовій оболонці ротової порожнини. В статті наведено клінічні приклади захворювань слизової оболонки порожнини рота, що виникли внаслідок дії хіміотерапевтичних засобів та опромінення, обговорюється можливий механізм виникнення ятрогенних порушень слизової оболонки порожнини рота (СОГР). Запропоновано симптоматичне лікування таких хворих, обґрунтовано призначення вказаних препаратів. Поставлено проблемні питання, що потребують вирішення, зокрема, створення протоколу надання допомоги хворим з ятрогенними ураженнями СОГР.

**Ключові слова:** слизова оболонка порожнини рота, пухлинні захворювання, хіміо- та радіотерапія, вторинний імунодефіцит.

За М.Ф.Данилевським та співавторами (1994р.), захворювання слизової оболонки порожнини рота поділяються на самостійні, симптоматичні та синдромальні [1]. Звісно, цей поділ є умовним, оскільки прояви захворювань на слизовій оболонці порожнини рота не можуть не викликати генералізованої реакції на рівні всього організму, і навпаки, загальні захворювання часто викликають зміни слизової оболонки порожнини рота, хоча не є синдромальними. Так, згідно цієї класифікації виділяють радіомукозит як самостійне

захворювання травматичного походження; зміни слизової оболонки ротової порожнини при дії токсичних речовин розглядають лише з точки зору впливу солей тяжких металів.

За статистичними даними ВООЗ, серед десяти найпоширеніших причин смерті сукупно пухлинні захворювання (рак трахеї, бронхів, легень; рак товстої і прямої кишок; рак шлунку; рак грудних залоз) посідають третє місце (6,4%) [11].

Лікування пухлинних захворювань у більше, ніж половини хво-