

При обстеженні язика у пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами виражена гіперемія наявна у 7,50% на верхній щелепі і 12,0% на нижній щелепі, які застосовували фіксаційні креми. Наліт на язичі спостерігався у 17,50% пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами на верхній щелепі і 24,0% на нижній щелепі, які використовували креми для фіксації протеза, а також 4,17% на верхній щелепі і 16,67% на нижній щелепі, які не використовували.

Висновки

1. Пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами, які для покращення фіксації протеза використовували адгезивні креми частіше турбують явища дискомфорту в ротовій порожнині (сухість у 35,09%, стягнутість у 28,30%).

2. При обстеженні слизової оболонки ротової порожнини запальні ураження виявляли у 55,26% пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами на верхній щелепі і у 81,82% на нижній щелепі, які застосовували адгезивні креми.

3. Використання адгезивних кремів до 0,5 року сприяє адаптації пацієнта до повного знімного пластинкового протеза, травматичні і запальні ураження слизової оболонки спостерігались у 1-2% обстежених.

4. У пацієнтів з повними знімними пластинковими протезами, які користувались фіксаційними пастами до 3-х і більше років, спостерігали запальні явища слизової оболонки ротової порожнини у 9%.

Перспектива подальших досліджень

Подальші дослідження будуть присвячені вивченню впливу фіксаційних кремів на слизову оболонку ротової порожнини, розробка показань і протипоказань до застосування даних кремів.

УДК 371.315+616-071+546.72+613.95

Вовк З.В.

Прояви анемічного синдрому у дітей із злоякісними новоутвореннями

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Резюме. Проаналізовано клініко-гематологічні особливості перебігу анемії при злоякісних захворюваннях. Встановлено, що рівень гемоглобіну перед початком хіміотерапії впливає на ефективність первинної відповіді на лікування. При злоякісних пухлинах анемічний синдром є мультифакторіальним чинником. Як показали результати наших досліджень, клінічна картина анемії злоякісних захворювань різностороння і залежно від того, який орган чи система органів є найбільш уражені онкогеном. Клінічні прояви анемії обумовлені анемічною гіпоксією, сидеропенічним синдромом та синдромом ендогенної інтоксикації. Ознаки метаболічної інтоксикації спостерігались у групах з лейкеміями, лімфомами та нефробластою майже з однаковою частотою. Виявлено особливості метаболізму заліза у дітей із злоякісними захворюваннями. Ознаки анемії у хворих онкопатологічними захворюваннями підтверджувалися лабораторними даними. Виявлені зміни обґрунтовують необхідність поглибленого вивчення анемічного синдрому в онкологічній практиці.

Ключові слова: анемія, злоякісні новоутворення, лейкемія, лімфоми.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Останні десятиліття сповнені бурхливого росту гемобластозів, онкологічних та лімфопроліферативних захворювань, особливо серед дітей. Виявлена чітка тенденція до омолодження та зростання агресивності клінічних проявів злоякісних новоутворень.

Література

1. Лабунець В.А. Фактори, що визначають потребу населення у повному знімному протезуванні / В.А. Лабунець, Т.В.Дієва, Е.В. Дієва // Одеський медичний вісник. - 2002. - №6. - С.107-110.

2. Мартиненко І.М., Рубаненко В.В., Дворник В.М. Проблема фіксації і стабілізації повних знімних протезів // Актуальні питання профілактики і лікування стоматологічних захворювань. - 2010. - С.202-205.

3. Миронова Л.А. Совершенствования методов диагностики и лечения больных с полным отсутствием зубов на верхней челюсти: Автореферат дис. канд. мед. наук. - Ижевск. - 2002. - 22с.

4. Диасамидзе Э.Д. Влияние психосоматики лиц пожилого возраста на результаты стоматологического лечения и их профилактика, стоматологического лечения и их профилактика / Э.Д.Диасамидзе, М.В.Бережная // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. - 2004. - №8. - С.180-181.

5. Дамарацкий И.В. Вирулентность бактерий, как функции адаптации // Журн.микробиол.- 1997.- №4. - С.16-20.

6. Засоби Когега для зубних протезів: ефективний догляд та надійна фіксація // Новини стоматології. - 2000. - №1. - С.33-34.

Verbovska R.I., Rozhko M.M., Divnych T.Ya.

Adhesive Agents Influence on the Oral Tissues in Patients with Complete Laminar Dentures

Summary. 120 patients with complete laminar dentures have been examined and divided into groups: patients that used adhesive agents and those that didn't use them. Complete edentia leads to local and general complications. The influence of dentures fixation creams on the oral mucosa depending upon their life time is worth investigating. Discomfort in the oral cavity (dry mouth, tension) is more common in those patients with complete laminar dentures that use creams to improve fixation. While examining the oral mucosa it has been found out that patients using fixing creams suffer more often from inflammatory conditions.

Key words: complete laminar dentures, oral mucosa, adhesive creams.

Надійшла 15.10.2012 року.

Серед ряду клінічних проявів, що притаманні для гемобластозів, постійним є анемічний синдром, механізм розвитку якого залежить як від форми, так і від стадії захворювання. Встановлено, що рівень гемоглобіну перед початком хіміотерапії впливає на ефективність первинної відповіді на лікування. Аналіз даних, зокрема, по неходжкінських лімфомах показав, що анемія є негативним прогностичним фактором виживання хворого. При злоякісних пухлинах анемічний синдром виникає внаслідок ураження кісткового мозку, кровотеч, гемолізу, гіперспленізму, дефіциту кофакторів гемопоезу, а також розвивається анемія злоякісних новоутворень [1, 2, 5].

Анемія злоякісних новоутворень (АН) є наслідком сумарної активності ряду факторів, а саме: супресивного раннього синергічного ефекту цитокінів (ІЛ-1, ФНП, ІФ- γ) на ранні еритроїдні попередники, внаслідок чого пригнічується еритропоез, а також порушується утилізація заліза кістковим мозком [3, 4]. На фоні цього знижується тривалість життя еритроцитів з 120 днів до 80-90 днів. Актуальним є також факт невідповідної продукції еритропоетину, тобто відсутнє адекватне співвідношення с-ЕПО і гемоглобіну, який би вказував на нормальний механізм зворотного зв'язку. Патогенетичною основою блокування утворення еритропоетину є мієлосупресія, яка виникає при використанні цитостатичних

препаратів під час проведення хіміо- та променевої терапії [4, 6].

Бажання покращити якість життя пацієнтів і пошук можливих резервів підвищення ефективності лікування визначають необхідність досліджень з вивчення анемічного синдрому в онкологічній практиці.

Мета нашого дослідження полягала у вивченні ролі обміну заліза, визначення ступеня вираженості анемічного та сидеропенічного синдромів у дітей, хворих на злоякісні новоутворення до початку проведення хіміотерапії шляхом ретроспективного аналізу карт стаціонарних хворих та у аналізі клініко-лабораторної картини у хворих із АЗН.

Матеріал і методи дослідження

Проведено аналіз обстеження і лікування 99 дітей, які знаходилися на лікуванні в гематологічному відділенні обласної дитячої лікарні м. Івано-Франківська в період із 2004 по 2011 рік. Із них 65 хлопчиків та 34 дівчинки віком від 1 року 9 місяців до 14 років 7 місяців (медіана віку 6 років 3 місяці).

Нозологічні форми були представлені наступним чином: 54 дитини, хворих на гостру лейкемію, із них: I група – 50 на гостру лімфобластну та чотири дитини на мієлобластну лейкемію; II група – 33 дітей, хворих на злоякісні лімфоми; III група – 12 дітей, хворих на нефробластоми.

Клініко-біохімічні обстеження були проведені перед початком хіміотерапії. Обстеження включали клінічний огляд та лабораторно-інструментальні обстеження: загальний аналіз крові, визначення кольорового показника еритроцитів, їх морфологічного та кількісного складу, показників метаболізму заліза (сироваткове залізо, залізов'язуюча здатність сироватки крові), загальний білок, аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ).

Статистична обробка проводилася методом варіаційної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

Як показали результати наших досліджень, клінічна картина анемії злоякісних захворювань різностороння і залежно від того, який орган чи система органів є найбільш уражені онкогеном, так буде представлена загальна клінічна картина захворювання. Зокрема, клінічні прояви складаються із загальних симптомів анемії, які зумовлені анемічною гіпоксією, сидеропенічним синдромом та синдромом ендотеліоцитозу (табл. 1).

Як видно із вищенаведених даних, ознаки метаболічної інтоксикації, зокрема загальна слабкість спостерігалася у трьох досліджуваних групах майже з однаковою частотою (I група – 92,6%, II група – 93,9%, III група – 83%). Підвищена втомлюваність була більш виражена у дітей із лейкемією в 77,7% проти 52% випадків у дітей із лімфомами та у 52% випадків у дітей із нефробластою. В той час як головний біль був вираженіший у дітей із нефробластою (75,0% випадків проти 48,1% у I групі та у 36,4% випадків у II групі). Однією із провідних ознак лімфопроліферативного процесу є субфебрилітет: у 81,5% - у дітей із лейкемією та 84,8% випадків - у дітей із лімфою, і у 3,3 рази рідше (25,0%) – у дітей із нефробластою.

У дітей з гострою лімфобластною та мієлобластною лейкеміями усі симптоми анемічного синдрому були наявні у більшій половині дітей. Зокрема, блідість шкірних покривів та слизових оболонок спостерігались у переважній більшості дітей (88,9%). Діти почували себе сонливими, спостерігались часті запаморочення (72,2%). Анемічний синдром обумовлений гіпоксією органів та тканин і його вираженість прямо пропорційна ступеню тяжкості анемії. У дітей із лімфою серед симптомів анемічного синдрому переважала блідість шкірних покривів та слизових оболонок

Таблиця 1. Клінічні синдроми та симптоми при анемії злоякісних захворювань

Симптоми	Лейкемії (I група)		Лімфоми (II група)		Нефробластоми (III група)	
	n=54	% спостер.	n=33	% спостер.	n=12	% спостер.
Метаболічна інтоксикація						
Загальна слабкість	50	92,6%	31	93,9%	10	83%
Втома	42	77,7%	17	52%*	3	25% [°]
Головний біль	26	48,1%	12	36,4%	9	75% [°]
Субфебрилітет	44	81,5%	28	84,8%	3	25% [°]
Симптоми анемічного синдрому						
Сонливість	37	68,5%	6	18,2%*	2	16,7% [°]
Запаморочення	39	72,2%	7	21,2%*	3	25% [°]
Задихка	32	59,3%	21	63,6%	4	33,3% [°]
Тахікардія	34	63%	20	60,6%	5	41,7% [°]
Парестезії	31	57%	11	33,3%*	4	33,3% [°]
Набряки	33	61%	10	30,3%*	6	50%
Блідість шкірних покривів та слизових оболонок	48	88,9%	29	87,9%	9	75%
Симптоми сидеропенічного синдрому						
М'язова гіпотонія	42	77,7%	30	90,9%	3	25% [°]
Спотворення смаку	44	81,5%	21	63,6%	2	16,7% [°]
Випадання волосся	38	70,4%	18	54,5%	2	16,7% [°]
Сухість шкіри	45	83,3%	19	57,6%*	4	33,3% [°]
Ангулярний стоматит	39	72,2%	12	36,4%*	2	16,7% [°]
Сидеропенічна дистрофія ендотеліо	34	63%	7	21,2%*	1	83% [°]

Примітка: * - достовірна різниця між показниками у I та II групах, $p < 0,05$; [°] - достовірна різниця між показниками у I та III групах, $p < 0,05$; [°] - достовірна різниця між показниками у II та III групах, $p < 0,05$

(87,9%). Задихка, що спостерігалася у 63,6% випадків, зумовлена не тільки анемічним, скільки лімфопроліферативним синдромом, так як у обстежених хворих клінічний прояв основного захворювання є збільшення лімфатичних вузлів не тільки по периферії, але й в середостінні, черевній порожнині і малому тазу. У дітей із нефробластою ознаки анемічного синдрому були виражені помірно.

Привертають увагу виражені симптоми сидеропенічного синдрому у дітей із лейкемією та лімфомами.

М'язова гіпотонія виявлена у більшості хворих дітей на лейкемію та лімфоми (77,7% і 90,9% випадків відповідно) і значно рідше у дітей із нефробластою.

Спотворення смаку та нюху (рса chlorotica) у вигляді споживання глини, льоду, вапна, непереносимість окремих продуктів спостерігалася у 81,5% випадків I групи та 63,6% випадків II групи (р). Зміна шкіри та її придатків у вигляді сухості шкірних покривів, вогнищ ліхеніфікації на розгинальних поверхнях великих суглобів, сухість та ламкість волосся спостерігалася у переважній більшості дітей з лімфопроліферативним синдромом. Сидеропенічна дистрофія ендотеліо судин проявлялася ранковим набряком повік у 61% випадків – серед дітей I групи, і у два рази рідше (30,3%) – в II групі дітей. Набряки у половині дітей (III група) - спровоковані враженням нирок. Трофічні зміни слизових у вигляді ангулярного стоматиту та дистрофії, стоматиту найчастіше зустрічались у дітей із лейкеміями.

Ознаки анемії у хворих онкопатологічними захворюваннями проявлялися як клінічно так і підтверджувалися лабораторними даними (табл. 2). У дітей із лейкеміями знижений не тільки рівень гемоглобіну, еритроцитів, але й також рівень тромбоцитів.

Із вищенаведеної таблиці видно, що рівень гемоглобіну у хворих на лейкемії суттєво нижчий, порівняно із групою хворих на лімфоми та групою із нефробластою ($p < 0,001$). Знижений рівень еритроцитів прямо пропорційний зниженому рівню гемоглобіну у досліджуваних групах. Показники червоного паростка крові (рівень еритроцитів і гемоглобіну) при лейкемії і лімфомах відповідають середньоважкому ступеню анемії, однак істотно є нижчим при лейкемії. Рівень

Таблиця 2. Біохімічні показники крові при анемії злоякісних захворювань

	Лейкемії (I група)	Лімфоми (II група)	Нефробластоми (III група)
Рівень еритроцитів, x 10 ¹² /л	2,01±0,34	2,73±0,91*	3,05±0,96°
Гемоглобін, г/л	79,3±0,51	83,41±1,27*	91,7±0,94°
Лейкоцити, x 10 ⁹ /л	24,9±0,69	27,11±0,93*	12,7±0,64°
Тромбоцити, x 10 ⁹ /л	91,03±0,79	184,07±1,37*	197,4±1,74°
ШОЕ, мм/год	23,14±1,73	28,98±1,03	10,8±0,71°
Заг. білок, г/л	60,7±0,91	63,4±1,9	69,3±1,9°
Заг. білірубін, мкмоль/л	18,7±1,3	17,3±1,21	14,2±0,91°
АлАТ, ммоль/л	0,88±0,81	0,87±1,1	0,61±1,2
АсАТ, ммоль/л	0,75±0,18	0,78±0,3	0,64±0,3
Сиров. залізо, мкмоль/л	10,29±1,2	8,39±1,14	14,61±1,04°
ЗЗСК	61,3±1,4	58,4±1,21	49,8±1,19°

Примітка: * - достовірна різниця між показниками у I та II групах, p<0,05; ° - достовірна різниця між показниками у I та III групах, p<0,05; ° - достовірна різниця між показниками у II та III групах, p<0,05

еритроцитів і гемоглобіну відповідали легкому ступеню анемії. Рівень сироваткового заліза знаходиться на нижній межі норми, так як і рівень залізов'язуючої здатності сироватки крові. Дані результати метаболізму заліза свідчать про багатфакторіальний рівень формування анемії у дітей із онкопатологією. Тромбоцитопенія наростає у дітей, хворих на лімфому, порівняно з нефробластою (р). Вміст тромбоцитів в периферичній крові є найнижчим (91,03±0,79) при лейкемії, що має мультифакторіальне походження. У першу чергу це зумовлене витісненням мегакаріоцитарного паростка в кістковому мозку лейкемічною масою (розростанням), гіперспленізмом і є важливим предиктором геморагічного синдрому. Помірно виражений лейкоцитоз є найвищим у дітей з лімфомами ([27,11±0,93]x10⁹/л), (p<0,001) у порівнянні з лейкемією та нефробластою. Аналогічно найвищою є величина ШОЕ при лімфомах (p<0,001) у порівнянні з пацієнтами III групи. Провівши аналіз даних по біохімічному дослідженні крові, виявлено незначне підвищення рівнів трансаміназ у всіх групах.

Висновки

1. Анемічний синдром є одним із провідних ознак при злоякісних новоутвореннях.

2. Анемія злоякісних новоутворень є наслідком багатфакторного процесу, який активується імунною і запальною системами з утвореннями цитокінів (ІФ, ФНП і ІЛ-1), що беруть участь у розвитку онкологічної патології, а також наявна відносна недостатність еритропоезу для компенсації вкороченого періоду життя еритроцитів.

3. Знижений рівень показників обміну заліза впливає на якість життя пацієнтів, прогноз життя і протікання захворювання, а також на ефективність специфічного лікування.

Перспективи подальших досліджень: бажання покращити якість життя пацієнтів і пошук можливих резервів підвищення ефективності лікування визначають необхідність досліджень анемічного синдрому в онкологічній практиці.

Література

1. Гусева С.А. Рекомбінантний еритропоетин (Епокрин): застосування в клінічній практиці / С.А.Гусева, Я.П.Гончаров, К.В.Курищук, О.О.Петруга // - Київ: Логос, 2004, 130с.
2. Дурнов Л.А. Руководство по детской онкологии / Л.А.Дурнов // - М.: Миклош, 2003. - 504с.
3. Дзись С.І. Гематологія. Розлади та неоплазії клітин крові / С.І.Дзись, О.Я.Томашевська // -Львів: Кварт, 2007.-220с.
4. Клиническая гематология. // Ред. А.Ф. Романовой. - Київ: Медицина, 2006. - 456 с.
5. Матлан В.Л. Онкогематология: Классификації. Клінічні рекомендації. Режим медикаментозної терапії / В.Л. Матлан, Я.В. Шпарик // - Львів: Галицька видавнича спілка, 2009. - 180с.
6. Шиффман Ф. Д. Патологическая физиология крови / Ф. Д. Шиффман / Пер. с англ. - М.: СПб. Издательство БИНОМ - Невский диалект, 2000 г. - 448с.

Вовк З.В.

Проявления анемического синдрома у детей со злокачественными новообразованиями

Резюме. Проанализированы клинико-гематологические особенности течения анемии при злокачественных заболеваниях. Установлено, что уровень гемоглобина перед началом химиотерапии влияет на эффективность первичного ответа на лечение. При злокачественных опухолях анемический синдром является мультифакториальным фактором. Как показали результаты исследований, клиническая картина анемии злокачественных заболеваний разносторонняя и зависит от того, какой орган или система органов наиболее поражена онкогеном. Клинические проявления анемии обусловлены анемичной гипоксией, сидеропеническим синдромом и синдромом эндогенной интоксикации. Признаки метаболической интоксикации наблюдались в группах с лейкемией, лимфомой и нефробластомой почти с одинаковой частотой. Выявлены особенности метаболизма железа у детей со злокачественными заболеваниями. Признаки анемии у больных онкологическими заболеваниями подтверждались лабораторными данными. Выявленные изменения обосновывают необходимость углубленного изучения анемического синдрома в онкологической практике.

Ключевые слова: анемия, злокачественные новообразования, лейкомия, лимфомы.

Вовк З.В.

Manifestations of the Anemic Syndrome in Children with Malignant Tumors

Summary. Analysis of clinical and hematological peculiarities of anemia in malignant diseases. Found that hemoglobin level before chemotherapy affects the efficiency of the primary response to treatment. In malignant tumors of anemic syndrome is multifactorial factor. As the results of our clinical studies of anemia of cancer and many-sided, depending on which organ or system of organs are most affected oncogenes. Clinical manifestations of anemia caused by anemic hypoxia, sideropenichnum syndrome and syndrome of endogenous intoxication. Signs of metabolic intoxication were observed in groups with leukemia, lymphomas and nefroblastomoyu almost equally. The features of iron metabolism in children with malignant diseases. Signs of anemia in patients onkopatolohichnymy disease confirmed by laboratory data. Revealed changes justify the need for in-depth study of anemic syndrome in oncological practice.

Key words: anemia, malignant neoplasms, leukemia, lymphoma.

Надійшла 29.08.2012 року.