

Своевременное выявление онкологических заболеваний в полости рта

Авторы

Мещерякова Юлия Геннадьевна,

Микляев Станислав Валерьевич,

Леонова Ольга Михайловна

Библиографическое описание

Мещерякова, Ю. Г. Своевременное выявление онкологических заболеваний в полости рта / Ю. Г. Мещерякова, С. В. Микляев, О. М. Леонова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 7 (193). — С. 105-113. — URL: <https://moluch.ru/archive/193/48386/>.

Актуальность. Скаждым годом частота онкологических заболеваний в полости рта стремительно растет, и процент не выявленных и запущенных онкостоматологических заболеваний достиг уже 60 %. Возникновению предопухолевых заболеваний и злокачественных новообразований полости рта предшествует несоблюдение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, который включает устранение вредных бытовых привычек, правильное питание, выполнение гигиены полости рта, качественную санацию полости рта. Важность данной проблемы говорит о необходимости усовершенствования способов диагностики и профилактики, повышения степени «онкологической настороженности» как врачей стоматологов, так и самих пациентов.

Ключевые слова: онкостоматологическая настороженность, классификация, факторы, влияющие на малигнизацию, диагностика, профилактика, тактика врача-стоматолога.

Введение. Из-за своего близкого расположения с жизненно важными органами опухоли лица, челюстей, органов полости рта и шеи являются очень опасными заболеваниями, могут вызывать косметические нарушения и приводить к летальному исходу. Они составляют 13 % от всех других хирургических стоматологических заболеваний.

Согласно данным «Состояния онкологической помощи в России в 2013 году» В. И. Чиссова, В. В. Старинского, Г. В. Петровой, 78 % всех случаев заболевания раком полости рта и губ в России диагностируется на III-IV клинических стадиях, среди таких пациентов коэффициент выживаемости не превышает 5 лет. По показателям диагностики в Тамбовской области в 2016 г. (рис. 2.), мы видим, что 38,8 % новообразований в полости рта были выявлены на II стадии, а 35,3 % на III стадии заболевания. На учете в Тамбовских онкологических учреждениях на конец 2016 г. находились 349 человек — абсолютное число (рис.1).

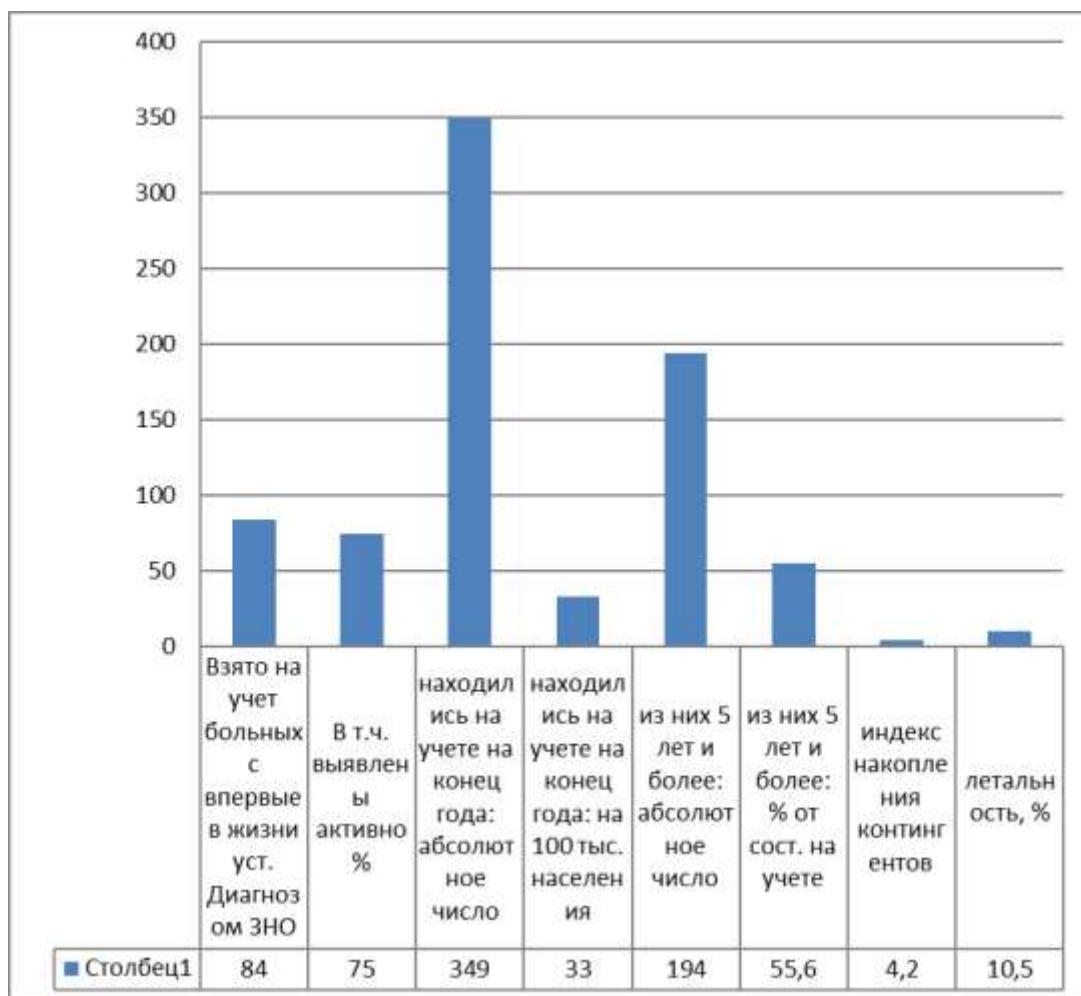


Рис. 1. Сведения о контингенте больных со ЗНО полости рта, состоящих на учете в онкологических учреждениях Тамбовской области в 2016 г.

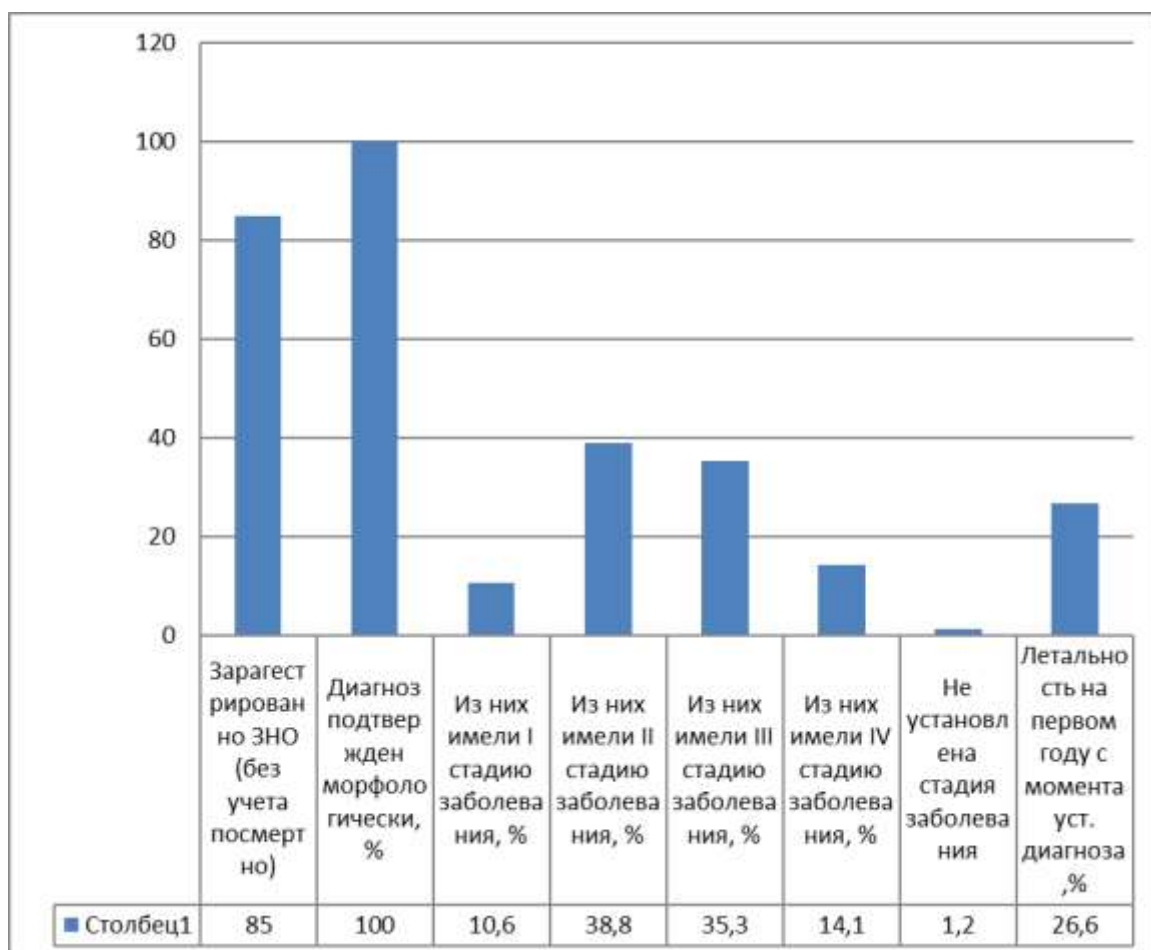


Рис. 2. Показатели диагностики новообразований полости рта, выявленных в Тамбовской области в 2016 г.

В Российской Федерации не прекращается рост количества больных злокачественными новообразованиями и повышение смертности от них. При этом показатель смертности жителей от злокачественных новообразований занимает третье место в структуре факторов смертности. Рак слизистой оболочки рта в 2010 г. составил 9,7 на 100 000 жителей: мужчины — 10,2, женщины — 1,7 (соответственно, 4,4 и 1,3 последние 15–20 лет назад).

Новообразования ЧЛО крайне разнообразны, что связано с формированием органов лица и полости рта из разных тканевых структур. [2].

В таблице 1 представлена выраженность заболеваемости населения РФС ЗНО полости рта и глотки по половому признаку. У мужчин старше 45 лет 95 % случаев мы отмечаем рак полости рта и глотки. Рост заболеваемости у женщин наблюдается после 45 лет.

Таблица 1

Заболеваемость населения РФС ЗНО полости рта и глотки (С 01–14) в 2007–2011 годах в зависимости от пола (стандартизованные показатели)

Показатели	Годы									
	2007		2008		2009		2010		2011	
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
Язык	2,1	0,5	2,1	0,5	2,2	0,5	2,1	0,5	2,3	0,6
Большие слюнные железы	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	0,4	0,7	0,5	0,7	0,4
Ротоглотка	2,1	0,2	2,1	0,3	2,2	0,2	2,1	0,2	2,0	0,2
Гортаноглотка	1,9	0,1	1,9	0,1	2,0	0,1	2,0	0,1	1,8	0,1

По таблице 2, где представлена заболеваемость населения РФ ЗНО полости рта и глотки, мы видим значительное увеличение данного показателя.

Таблица 2

Заболеваемость населения РФ ЗНО полости рта и глотки (С 01–14) в 2007–2011 годах

Показатели	Годы					Динамика, %
	2007	2008	2009	2010	2011	
Язык	1,6	1,7	1,8	1,8	1,9	18,8 %
Большие слюнные железы	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,0 %
Ротоглотка	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	7,1 %
Гортаноглотка	1,2	1,2	1,3	1,3	1,2	0,0 %

В 20 % случаев рак появляется на фоне предрака, в 2 % случаев — при наличии фоновой патологии, в 22,5 % ему предшествовало повреждение, а у 55,5 % больных рак возник на неизменной слизистой оболочке. В 97 % ситуаций на слизистой оболочке рта развивается плоскоклеточный рак, реже аденокарцинома (из малых слюнных желез) и саркомы.

Выявить опухолевый процесс на первых этапах крайне трудно. Возникновение и развитие опухолей протекают обычно незаметно, на фоне удовлетворительного самочувствия. Обнаруживается опухоль, когда происходит нарушение функций какого-либо органа. Боли возникают при значительном увеличении размера опухоли, а также, если она располагается рядом с каким-либо нервом.

Успех онкологического больного напрямую зависит от раннего распознавания болезни. Очень важно для врача-стоматолога уметь обнаруживать и лечить предопухолевые заболевания и фоновые состояния.

Анализ литературных источников. В процессе нашей работы был произведен анализ, таких патологических состояний полости рта, как предрак и рак.

Термин «предрак» предложил в 1896 г. дерматолог Дюбрейль. Под предраком предполагают все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы и дисгормональные состояния, на фоне которых при определенных обстоятельствах может возникнуть рак. В настоящее время классификация Всесоюзного комитета по изучению опухолей головы и шеи (1977), основанная на классификации А. Л. Машкиллейсона, выделяет следующие формы предрака слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (табл.3).

Таблица 3

Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и заболеваний красной каймы губ

	С высокой частотой озлокачествления (облигатные)	С малой частотой озлокачествления (факультативные)
Заболевания слизистой оболочки полости рта	1.Болезнь Боуэна	1.Лейкоплакия (эрозивная и веррукозная); 2. Папилломатоз; 3. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая; 4. Постлучевой стоматит
Заболевания красной каймы губ	1. Бородавчатый предрак; 2. Ограниченный предраковый гиперкератоз; 3. Абразивный хейлит Манганотти	1. Лейкоплакия веррукозная; 2. Кератоакантома; 3. Кожный рог 4. Папиллома с ороговением; 5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая; 6. Постлучевой хейлит

Те из видов предраковых заболеваний, которые с наибольшей частотой озлокачествляются, принято называть облигатными. К факультативным относят заболевания с длительным течением и меньшей вероятностью озлокачествления. В данной классификации не входят такие редко озлокачествляющиеся заболевания как плоская лейкоплакия, хронические трещины губ, а также актинический и метеорологический хейлиты, рубцы, которые рассматриваются как фоновые процессы.

Наиболее часто встречаемыми предраками, которые могут перейти в рак являются

лейкоплакия, болезнь Боуэна, хейлит Манганотти, бородавчатый предрак.

Лейкоплакией является ороговение слизистой оболочки полости рта или красной каймы нижней губы. Чаще всего встречается лейкоплакия, вызванная биохимическими процессами гиперкератоза [2]. Выделяют лейкоплакию плоскую и веррукозную, различается также эрозивная форма лейкоплакии. Лейкоплакия веррукозная (рис.3) внутри группы подразделяется на бляшечную и бородавчатую. Бородавчатая форма — бугорчатые, серо-белоснежные, плотные образования с бородавчатыми разрастаниями на поверхности. Бляшковидная форма — ограниченные, поднимающиеся, молочно-белоснежные бляшки с ровной либо шершавой поверхностью. В 20–25 % случаев бородавчатой и эрозивной лейкоплакии осуществляется озлокачествление.



Рис. 3. Лейкоплакия веррукозная

Выделяют плоскую лейкоплакию курильщиков с локализацией на твердом нёбе — лейкоплакия Таппейнера (рис. 4). Явления паракератоза проявляются на слизистой оболочке твердого, реже мягкого нёба. Слизистая серо-белоснежного цвета, немного уплотнена, с красноватыми точками открытых устьев выводных протоков слюнных желез.

Прогноз благоприятный.

Лечение комплексное и зависит от формы заболевания. Необходимо устранить раздражающий агент. Используются большие дозы витамина А, рибофлавин, фолиевая кислота. Местно — аппликации витамина А, чередующиеся со смазыванием 10 % раствором буры в глицерине. Участки веррукозной и эрозивной лейкоплакии подвергаются иссечению, криодеструкции [10].



Рис. 4. Лейкоплакия Таппейнера

Болезнь Боуэна по международной классификации относится к внутриэпидермальному раку — *cancer in situ*. Болезнь Боуэна связана с воздействием солнечного излучения. Выражается

она в виде одиночного или множественных очагов на слизистых или красной кайме губ (рис.5). Сперва это высыпания пятнисто-узелковые до 1 см, иногда схожие с лейкоплакией, или с красным плоским лишаем. Находится чаще всего в задних отделах полости рта. Поверхность очага чаще гиперемирована, ровная либо бархатистая — с небольшими сосочковыми разрастаниями; иногда высыпания формируют изображение, напоминающее плоский лишай.

Субъективные ощущения отсутствуют. Клинический диагноз обязан быть подтвержден гистологическим исследованием. Болезнь Боуэна может оставаться поверхностным раком или видоизменяться в плоскоклеточный рак.

Течение заболевания неблагоприятное.

Лечение состоит в полном удалении пораженного участка. При обширном распространении — иссечение, криодеструкция, электрокоагуляция участков, подозрительных на наличие инвазивного роста [3].



Рис. 5. Болезнь Боуэна

Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая

При эрозивно-язвенной форме красной волчанки появляются язвы и эрозии, не предрасположенные к эпителизации, нерезко выражен гиперкератоз. При гиперкератотической форме красной волчанки характерен находящийся на фоне четко ограниченного эритематозного пятна, существенно возвышающийся над уровнем красной каймы гиперкератоз (рис. 6).

Лечение: синтетические антималярийные препараты (хлорохин-дифосфат, делагил, хингамин) в комбинации с небольшими дозами кортикостероидов и витаминами группы В, никотиновой кислотой [4].



Рис. 6. Гиперкератотическая форма красного плоского лишая

Хейлит Манганотти.

Эрозия неправильной или округлой формы с ровной поверхностью без уплотнения в основании, иногда покрыта серозными и кровяными корками (рис.7). Около эрозии часто маленькая воспалительная инфильтрация.

Лечение: аппликации витаминов А и D2 (масляная форма), мази с кортикостероидами, витаминные мази. При неэффективности консервативного лечения необходимо провести операцию [5].



Рис. 7. Хейлит Манганотти

Бородавчатый предрак

Чаще всего находится у людей на красной кайме нижней губы сбоку от средней линии. На кожу и на зону Клейна не распространяется. Предрасполагающим фактором для его возникновения является солнечная радиация и другие виды хронической травмы.

Клиника. Бородавчатый предрак представлен в виде резко ограниченного образования полушаровидной формы с диаметром от 0,4 до 1см, плотной консистенции. Он выступает над красной каймой на 0,3–0,5см. Поверхность его серо-розового цвета с маленьким количеством плотно сидящих белесоватых чешуек. В следствии обилия чешуек поверхность узла принимает серый цвет (рис 8).

Проводить дифференциальную диагностику следует с обычной бородавкой, папилломой, пиогенной гранулемой. Озлокачивается быстро — через несколько месяцев от начала заболевания. Симптомом озлокачивания считается возникновение уплотнения у основания новообразования, болезненность, увеличение размеров и появление кровоточивости.

Лечение — иссечение узла в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием [7].



Рис. 8. Бородавчатый предрак

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Находится на нижней губе, чаще у мужчин среднего и молодого возраста.

Клиника. Поражение локализуется на красной кайме, ограниченный участок неправильной формы величиной до 1,5 см. зачастую выстланный чешуйками сероватого цвета. Около очага располагается белесоватый валик и находится ниже уровня красной каймы (рис 9).

Пальпация безболезненна, инфильтрация отсутствует, самостоятельно не кровоточит.

Лечение. Тотальная биопсия с последующим гистологическим исследованием [8].



Рис. 9. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Предраковые изменения могут развиваться вчетырёх основных направлениях:

- прогрессия
- рост без прогрессии
- длительное существование без значительных изменений
- регрессия

Процесс перехода предракового состояния в рак называется регрессией [11].

В случае озлокачествления образуется уплотнение у основания очага, ограничение его в подвижности, увеличивается ороговение, возможно появление эрозии на поверхности.

Факторы, способствующие малигнизации:

- вредные привычки (табакокурение, злоупотребление спиртными напитками);
- вредные производственные условия;

- вид питания;
- хроническая механическая травма коронкой разрушенного зуба, заостренным краем пломбы или плохо сделанного протеза;
- однократное механическое повреждение.

Диагностика заболевания онкологических больных. Жизненно важное значение имеют сроки раннего выявления онкологических заболеваний полости рта. При первичном контакте с каждым пациентом у врача-стоматолога обязана присутствовать онконастороженность. Врач должен активно собирать анамнез. Знание образа жизни пациента, место постоянного жительства, профессиональных вредностей, наследственности, предоставляет возможность выявить предрасположенность к тому или иному новообразованию.

Так, пердрак слизистой оболочки полости рта зачастую появляется из-за воздействия на слизистую горячей и острой пищи, отдельных химических веществ. В особенности вредны вещества, сопутствующие процессу табакокурения в комбинации действием алкоголя [6].

Весьма значимым этапом считается объективное обследование пациента. Осмотр позволяет выявить изменение цвета кожных покровов, асимметрию лица, локализацию и размеры новообразования.

В случае если патологический процесс в полости рта найден, врач обязан направить пациента на дополнительное обследование:

- соскоб или мазки с эрозированных или язвенных поверхностей для цитологического исследования;
- пункцию увеличенных лимфатических узлов;
- биопсию опухоли;
- Rg диагностику нижней челюсти, верхней челюсти, включая ортопантомографию при локализации процесса в этих областях;
- КТ (по показаниям).

Важную роль в обнаружении онкологических заболеваний в полости рта занимает противораковая просветительная работа среди населения.

Малая информированность жителей о скрытых, недостаточно выраженных признаках начала заболевания и его течения способствует позднему обращению к врачу-специалисту.

Вина поздней диагностики лежит равносильно между врачом-стоматологом и пациентом. Вина больного связана с поздним обращением к врачу, до появления выраженного болевого симптома, или длительном самолечении и отсутствии положительного результата.

Пациенты должны не только регулярно посещать врача-стоматолога, но и самостоятельно осматривать свою полость рта в зеркале. Концентрировать особенное внимание необходимо при возникновении малых белоснежных язвочек либо ранок — это может быть лейкоплакией, а алые язвочки и пятнышки — могут быть эритроплакией. Пациенты, носящие зубные протезы, обязаны посещать стоматолога 1–2 раза в полгода независимо от отсутствия неприятных ощущений или жалоб, так как хроническое травмирование СОПР из-за ношения съемного протеза может являться фактором риска рака ротовой полости.

Вина врача может заключаться в отсутствии онконастороженности, в недостаточном количестве знаний у врача, и в следствии этого продолжительное лечение, без выявления и устранения причины заболевания.

Очень часто врачи утаивают онкологический диагноз от пациента. Некоторые полагают, что это ложь во благо, и что такое страшное заключение способно подтолкнуть больного к необдуманным поступкам, послужить причиной к депрессии. Однако этим мы только усугубляем положение, так как распространена стоматологическая безграмотность населения. Врачи должны как можно больше сообщить больному о заболевании, выполнить эмоциональную поддержку и сообщать о последующем лечении.

Алгоритм диагностики онкологических больных. Тактика врача-стоматолога, выявившего заболевание СОПР языка и губ.

1. При наличии сомнений в присутствии у пациента злокачественного новообразования, его следует незамедлительно направить на консультацию к онкологу.
2. При нахождении предопухолевых заболеваний СОПР тактика врача-стоматолога зависит от характера патологического процесса, уровня малигнизации и состоит в следующем:
 - при выявлении язвенного процесса СОПР, связанного с острой или хронической травмой следует, в первую очередь, ликвидировать причину и назначить местную терапию. В случае если уже после выполнения соответственной терапии, на протяжении десяти дней, нет положительной реакции, следует выполнить дополнительные способы обследования, применяя консультации других врачей;
 - пациента с высокой частотой предопухолевого заболевания слизистой оболочки полости рта следует направить на хирургическое лечение с дальнейшим диспансерным присмотром;
 - пациенту с низкой частотой малигнизации предопухолевого заболевания следует выполнить необходимое лечение и убедить его в необходимости постоянного профилактического осмотра;
 - при выявлении у больного вредных привычек цель врача-стоматолога - мотивировать больного к отказу от вредных привычек, ликвидировать очаги хронической одонтогенной

инфекции, оповестить о необходимости постоянных профилактических осмотров для раннего нахождения и лечения предопухолевых заболеваний [7].

Данный алгоритм Киларджиева Е. Б., Парфенова С. В., Кобзева Ю. А., Моргунова В. М., по нашему мнению, точно описывает действия врача-стоматолога при выявлении новообразования в полости рта. Мы считаем его приемлемым для использования в нашей практике.

Выводы

Согласно нашим исследованиям и анализу данных литературных источников, выявлен алгоритм врача-стоматолога и пациента в диагностике онкологических заболеваний полости рта. Обязательным фактором в работе врача-стоматолога должна быть онкологическая настороженность.

Литература:

1. Злокачественные опухоли органов слизистой оболочки полости рта и языка. Учеб.-метод. пособие./ О. П. Чудаков, Л. Е. Мойсейчик, Т. Б. Людчик, Л. Г. Быкадорова.- Мн.: БГМУ, 2007.- 39 с.
2. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И. М. Федяев, И. М. Байриков, Л. П. Белова, Т. В. Шувалова/ Издательство НГМА 2000
3. И. М. Федяев, И. М. Байриков, Л. П. Белова, Т. В. Шувалова, «ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ» 2000
4. Онкология: учебник для вузов / Вельшер Л. З., Матякин Е. Г., Дудицкая Т. К., Поляков Б. И. — 2009. — 512 с.
5. Поддубная И. В. *Онкология. Справочник практикующего врача.* — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — 768 с.; ил.
6. Предопухолевые заболевания полости рта и губ. Л. З. Вельшер, Т. К. Дудицкая, Д. Н. Решетов
7. Робустова Т. Г. *Хирургическая стоматология* / Учебник, 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. — 688с.: ил.
8. Сильвермен С. *Заболевания полости рта* / СолСильвермен, Л. Рой Эверсоул, Эдмонд Л. Трулав; пер. с англ. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 472 с.: ил.
9. Терапевтическая стоматология: учебник. В 3-х частях. Часть 3. Заболевания слизистой оболочки рта. Барер Г. М., Волков Е. А., Гемонов В. В. и др. / Под ред. Г. М. Барера. 2-е изд., перераб. и доп. 2010. — 256 с.: ил. — ISBN 978-5-9704-1119-3.
10. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов/Под ред. Е. В. Боровского. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. — 840 с: ил.

ISBN 5-89481-111-2

11. Тимофеев 1-3 том / том 3 / 29. Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей / 29.1Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ и кожи лица.