

ЛЕКЦИЯ

УДК 616.31-006.6-07

ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ

И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко, Д. В. Михальченко

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра терапевтической стоматологии*

В лекции рассматриваются актуальные вопросы онкологической настороженности в стоматологической практике, тактика врача-стоматолога при диагностике предраковых состояниях полости рта, которые требуют особого внимания специалиста.

Ключевые слова: стоматология, предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, диагностика.

APPROACH TO THE PATIENT IN THE DIAGNOSIS OF PRECANCEROUS LESIONS OF THE MUCOUS MEMBRANES OF THE MOUTH AND VERMILION BORDER

I. V. Firsova, V. F. Mikhilchenko, D. V. Mikhilchenko

The lecture deals with topical issues of suspected cancer in dental practice, the tactics of a dentist in the diagnosis of precancerous oral conditions that require professional attention.

Key words: dentistry, precancerous oral mucosa, diagnostics.

Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта (СОПР) и ротоглотки составляют около 1,5 % всех опухолей у человека, абсолютное число этих больных растет с каждым годом. Данные официальной онкологической статистики указывают, что общий интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта и глотки в России за период с 2000 по 2010 гг. увеличился с 7,26 до 8,4 на 100000 населения [6].

Несмотря на то, что опухоли указанной локализации относятся к визуальным формам новообразований, опухолевый процесс в 66,5 % случаев выявляется на III—IV стадии заболевания. Актуальность проблемы подтверждается неуклонным ростом смертности данного контингента больных. Одногодичная летальность от злокачественных опухолей органов полости рта составляет 44,8 %. Причины запущенности заболевания разные. Главная — недостаточная осведомленность врачей-стоматологов в этом разделе медицины, отсутствие у них онкологической настороженности, незнание структуры онкологической службы, что заставляет больного ходить от специалиста к специалисту для уточнения диагноза, теряя при этом драгоценное время. В связи с этим, в рамках реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни населения Волгоградской области, Министерством здравоохранения Волгоградской области издан приказ «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта» [5].

Другой причиной поздней диагностики новообразований СОПР является бессимптомность течения или стертость клиники, как следствие — несвоевременное обращение больных к врачу.

Несомненная роль в развитии злокачественных новообразований СОПР и красной каймы губ принадлежит предраковым состояниям. *Предрак* — патологический процесс, обязательно предшествующий злокачественной опухоли, но не всегда переходящий в нее [1, 35]. Термин «*предрак*» предложен на международном конгрессе дерматологов (Лондон, 1896 г.) М. В. Дюбрейлем. Он поставил вопрос о кератозах как предшественниках (предраках) злокачественных опухолей кожи. С тех пор этот термин широко применяется в клинической практике. Предрак переходит в рак не столько в результате количественных изменений (время, масса), сколько вследствие изменения биологической сущности клеток, накопления в них свойств, присущих злокачественным клеткам. Предраковым процессам не хватает одного или нескольких признаков, позволяющих диагностировать рак.

Принципы ранней диагностики. Основоположники отечественной школы онкологов Н. Н. Петров, П. А. Герцен, А. И. Савицкий, разрабатывая основы ранней диагностики опухолей, подчеркивали необходимость онкологической настороженности у врачей всех специальностей, особенно в отношении пациентов с неясной клинической картиной заболевания.

Онкологическая настороженность сводится к следующему:

- знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение и предупреждение;
- знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях и их лечение;
- знание принципов организации онкологической помощи, что позволяет своевременно направить больного с подозрением на злокачественную опухоль по назначению;
- тщательное соблюдение схемы обследования больного для исключения возможного онкологического заболевания;
- при неясной клинической картине следует всегда помнить о возможности нетипичного стертого проявления опухоли.

Врач, соблюдающий принципы онкологической настороженности, в большей степени гарантирован от несвоевременной диагностики и ошибочной тактики по отношению к больному.

Анализ заболеваемости новообразованиями СОПР показал ее зависимость от целого ряда так называемых предрасполагающих факторов [4]. Знание профессиональных вредностей, с которыми сталкивается больной, часто позволяет выявить предрасположенность к тому или иному поражению СОПР (химические производства, горячие цехи, работа в запыленных помещениях, постоянное пребывание на открытом воздухе, во влажной среде при низких температурах, чрезмерная инсоляция) [2]. Большое значение в возникновении прераковых поражений полости рта и губ имеют вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем, горячей и острой пищей. При обследовании больного необходимо учитывать *наследственность*.

У некоторых больных в анамнезе фигурирует однократная механическая травма (прикусывание языка или щеки во время еды или разговора, повреждение слизистой оболочки инструментом во время лечения или удаления зубов). Однако чаще среди причин возникновения предраковых заболеваний выступают хронические травмы, проявлениями которых могут быть: эрозии и язвы, повышенное ороговение или гиперплазия слизистой. Определенное значение имеет характер питания. Недостаточное содержание в пище витамина А или нарушение его усвояемости приводит к нарушению процессов ороговения. Актуальным сегодня является вопрос о роли вирусов в развитии предрака и рака СОПР и, в частности, папилломовирусов человека, имеющих онкологический потенциал. Врач-стоматолог любой специальности должен знать и учитывать эти факторы не только для своевременной диагностики, но и профилактики развития патологических процессов на СОПР и красной кайме губ (ККГ). В свою очередь, решение этой задачи невозможно без совершенствования форм профилактических осмотров, санпросветработы среди населения, повышения профессионального уровня медицинских работников.

Алгоритм обследования больного с заболеваниями СОПР и ККГ. В обследовании каждого пациента, а при поражении СОПР в особенности, должна быть четкая и определенная последовательность. Особенно тщательному осмотру подлежат больные, страдающие различными хроническими заболеваниями: хронические трещины, язвы и гиперкератоз красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта. Следует учесть, что далеко не всегда пациенты предъявляют жалобы на изменение цвета, рельефа или целостности слизистой полости рта и красной каймы губ. Многие даже не предполагают о наличии у них патологии и обращаются к стоматологу с просьбой удалить или вылечить зуб.

Формально подошедший к осмотру врач, нарушающий схему обследования стоматологического больного, пропускает начальные признаки развития новообразования.

Стоматологическое обследование пациента предусматривает:

1. Сбор жалоб и анамнеза.

Жалобы пациента чаще касаются эстетических нарушений, функции жевания, появления болей, кровоточивости, подвижности зубов, запаха изо рта, чувства тяжести, ощущение инородного тела, дискомфорт.

При сборе анамнеза выясняют наличие факторов риска, вредные привычки, наследственность, давность заболевания и перенесенные заболевания.

2. Осмотр (внеротовой и внутриротовой) и использование специальных методов исследования. Стоматологический осмотр проводят в стоматологическом кресле при естественном освещении, так как искусственное изменяет окраску слизистой оболочки и может способствовать диагностическим ошибкам, с помощью набора диагностических инструментов: стоматологических зеркал, зондов, пинцетов.

При внеротовом обследовании оценивают:

- конфигурацию лица, наличие асимметрии и дефектов;
- цвет кожных покровов: наличие гиперемии или бледности, высыпаний;
- степень выраженности носогубных складок, красную кайму губ (контур, характер смыкания, образование чешуек, корок);
- лимфоузлы (размер, подвижность, болезненность). Для этого пальпируются все группы региональных лимфоузлов не только на стороне поражения, но и на противоположной стороне. Определяют количество, локализацию, консистенцию, болезненность лимфоузлов. Нормальные лимфоузлы обычно мягкие, небольших размеров (1,0—1,5 см), овальной формы, подвижные, безболезненные.
- область височно-нижнечелюстного сустава: степень открывания рта и смещения нижней челюсти, щелканье в суставе, болезненность.

При внутриротовом обследовании оценивают:

- преддверие полости рта: цвет, увлажненность, целостность слизистой оболочки; наличие отпечатков зубов.

Полость рта осматривают при широко открытом рте, оценивают состояние:

- всех поверхностей языка;
- слизистой оболочки дна полости рта, твердого и мягкого неба, щечной поверхности и десен, альвеолярного отростка.

Следует обратить внимание на изъязвления, свищи, участки кератоза, налета на слизистой. При выявлении на слизистой оболочке каких-либо изменений (эрозия, язва, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора: разрушенная коронка зуба, острый край пломбы, некачественный зубной протез.

При пальпаторном исследовании сравнивают тургор тканей симметричных органов, определяют размеры инфильтратов, их консистенцию, плотность, болезненность, подвижность по отношению к окружающим тканям, выраженность кровоточивости.

3. Постановка диагноза и лечение.

Диагноз ставится на основании клинических и дополнительных лабораторных данных (микробиологическое, цитологическое, гистологическое, рентгенологическое исследование). В процессе дифференциальной диагностики предраковых заболеваний помимо перечисленных клинических проявлений и этиологических факторов, следует учитывать возраст пациентов и излюбленную локализацию определенных форм.

Классификация предраковых заболеваний. Наиболее четко предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ представлены в классификации 1976 г., утвержденной Комитетом по изучению опухолей головы и шеи Всесоюзного научного медицинского общества онкологов:

- I. Обязательные предраковые заболевания.
 1. Болезнь Боуэна (эритроплазия).
 2. Бородавчатый предрак красной каймы.
 3. Абразивный преинвазивный хейлит Манганотти.
 4. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы.
- II. Факультативные предраковые заболевания с большей потенциальной злокачественностью.
 1. Лейкоплакия эрозивная и веррукозная.
 2. Папиллома и папилломатоз неба.
 3. Кожный рог.
 4. Кератоакантома.
- III. Факультативные предраковые заболевания с меньшей потенциальной злокачественностью.
 1. Лейкоплакия плоская.
 2. Хронические язвы.
 3. Эрозивные и гиперкератотические формы красного плоского лишая и красной волчанки.
 4. Хронические трещины губ.
 5. Пострентгеновский хейлит и стоматит.
 6. Метеорологический и актинический хейлиты.

Общие принципы лечения и профилактики предраковых заболеваний СОПР и ККГ. Объем врачебной помощи определяется степенью потенциальной злока-

чественности предракового процесса, длительностью заболевания, площадью очага поражения. Обязательные и некоторые факультативные формы предрака подлежат хирургическому лечению в условиях онкологического стационара. В любом случае характер вмешательства устанавливается только после тщательной консультации со специалистом-онкологом, особенно при выявлении симптомов малигнизации.

Клиническими симптомами угрозы озлокащивания патологического процесса являются:

- длительное, вялое течение процесса;
- безуспешность консервативного лечения;
- увеличение размеров патологического очага, несмотря на адекватное лечение;
- появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- кровоточивость;
- усиление процесса ороговения;
- реакция регионарных лимфатических узлов.

Эти клинические процессы могут встречаться как порознь, так и в различных сочетаниях. В любом случае они должны насторожить врача.

Наблюдение или консервативное лечение больного с предраковыми заболеваниями (без применения прижигающих, раздражающих средств, физиопроцедур) не должно превышать двухнедельный срок во избежание появления запущенных в результате несвоевременной диагностики форм злокачественной опухоли. При лечении предраковых заболеваний в первую очередь устраняют все местные травмирующие факторы, выявленные при осмотре полости рта (острые края зубов, некачественные ортопедические конструкции, разнородные металлические коронки, зубные отложения и др.). Проводится санация и коррекция гигиенического состояния полости рта.

Важной мерой профилактики является диспансеризация, формирование групп повышенного онкологического риска и их углубленное обследование, что позволяет повысить выявляемость предраковых заболеваний на ранних стадиях, особенно для визуальных локализаций.

Рациональная и планомерно проводимая диспансеризация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ со строгим соблюдением ее методических основ является эффективной мерой профилактики онкологических заболеваний полости рта. Необходимо рассматривать три направления в профилактике:

- санитарно-гигиеническое;
- клиническое;
- административное.

Первое направление предусматривает неформальное проведение санитарно-просветительной работы. Информационными каналами могут служить СМИ, санитарные бюллетени, индивидуальные беседы. Второе направление заключается в своевременном выявлении и устранении канцерогенных рисков и симптомов предраковых состояний. Здесь очень важны и личная от-

ветственность врача, и уровень его профессиональной подготовки, а также строгое соблюдение алгоритма ведения пациентов данного профиля. Третье направление должно осуществляться совместно с органами управления здравоохранением. Необходимо наладить систему информированности главных внештатных специалистов по стоматологии со стороны онкологического диспансера о выявляемых онкологических заболеваниях СОПР в виде уведомлений по каждому запущенному случаю. Главным внештатным специалистам по стоматологии необходимо планировать проверки работы стоматологических учреждений по выявляемости и диспансеризации больных с патологией СОПР. При общей диспансеризации населения использовать онкомаркеры.

Анализ причин позднего выявления новообразований СОПР и ККГ свидетельствует, что большинство врачей-стоматологов не приобрели личного опыта диагностики предраковых заболеваний полости во время обучения в вузе, постдипломной практике и при самостоятельной практической работе. Лишь небольшое число врачей поликлинического звена сталкивались с данной патологией и имеют представление о клинических симптомах и проявлениях предраковых заболеваний СОПР. В связи с этим актуальным и своевременным является вопрос об обязательном включении в программу постдипломного обучения тем, посвященных более углубленному изучению профилактики, диагностики и лечению различных заболеваний СОПР.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий во многом определяется и отношением пациента и степенью его осознания необходимости соблюдения рекомендаций врача. Без активного содействия больного вряд ли можно рассчитывать на успех лечения предраковых заболеваний, которое может по-

требовать от него отказа от ряда сложившихся привычек, длительного проведения диагностических и лечебных мероприятий и регулярных наблюдений. Именно поэтому важной задачей врача является активное вовлечение пациента в терапевтический процесс. Добиться этого можно путем конкретизации для каждого пациента риска возникновения у него злокачественной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Банченко Г. В., Максимовский Ю. М., Гринин В. М. Язык — «зеркало» организма: Клиническое руководство для врачей. — М., 2000. — 407 с.
2. Диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта: Учебно-методическое пособие. — Волгоград, 2003. — 32 с.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е. В. Боровского, проф. А. Л. Машкиллейсона. — М.: МЕД-пресс, 2001. — 320с.
4. Машкиллейсон А. Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. — М., 1970.
5. «О ведении стоматологического больного с заболеваниями слизистой оболочки полости рта». Приказ № 1020 Министерства здравоохранения Волгоградской области от 11.05.2012 г.
6. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). — М.: ФГБУ МНИОИ им. П. А. Герцена, 2012. — 260 с.

Контактная информация

Фирсова Ирина Валерьевна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: pin177@rambler.ru