DOI 10.31718/2077-1096.21.2.123

УДК 616.31-006-083

Шелешко П.В., Баштан В.П., Васько Л.М., Корнєєв О.В., Калішенко О.О.

ДО ПИТАННЯ ПРО БАЗИСНУ ОСНОВУ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Запальні захворювання зубів, слизової з її передраковими змінами у вигляді лейко- і еритроплакій, гіперкератозів, папілом виникають в ротовій порожнині під дією її мікрофлори. Серед причинних факторів значиться хронічний тиск на слизову пластинчатими зубними протезами, відламками зубів, жування тютюну, зловживання алкогольними напоями. Мають значення також виробничі шкідливості. Мета. Згідно літературним даним та проведеними нами дослідженнями обґрунтувати можливість профілактики раку ротової порожнини з урахуванням його причинних факторів і доступності їх попередження у відповідності з лікувально-діагностичною тактикою з візуальною оцінкою їх результативності. Матеріал та методи. У відділенні пухлин голови та шиї Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру з приводу передракових захворювань ротової порожнини проліковано 54 хворих. Серед них 34 чоловіка та 20 жінок віком від 42 до 76 років. Госпіталізація хворих проводилась згідно направленню лікарів-стоматологів, якими передракові стани слизової діагностувались при лікуванні запальних захворювань зубів, а також при їх пломбуванні і протезуванні. За даними анамнезу хворих локальні зміни слизової були безболісні, невеликі за розмірами, з давністю їх існування від 3 місяців до 2 років. Зі слів хворих така малосимптоматичність була основною причиною незвернення їх за медичною допомогою. Результати і обговорення. За даними анамнезу хворих локальні зміни слизової були безболісні, невеликі за розмірами, з давністю їх існування більше 2 років. Локальні папіломатозні утворення слизової 1 см в діаметрі виявлено у 17 хворих, такі ж за розмірами зміни з вираженим гіперкератозом – у 8 хворих, лейкоплакія – у 9 хворих, а бородавчаті лейкоплакії з підвищенням їх над слизовою відмічались у 8 пацієнтів. В області кореня язика наявність цих змін були у 18 хворих, по боковій поверхні язика – у 13, в області слизової обох щік – у 11 хворих. При гістологічному дослідження видалених бородавчатих лейкоплакій у 4 хворих і папіломатозних ущільнень у 2 хворих констатована атіпія базальноклітинного епітелію з його проліферацією, що свідчить про початок малігнізації цих утворень. Висновки. 1. Профілактика раку ротової порожнини з урахуванням доступності і можливості усунення його основних причинних факторів реальна і, в порівнянні з іншими локалізаціями, її здійснення не складне. 2. Своєчасне виявлення передракових змін слизової в зв'язку з їх локальністю і безболісністю – неможливе без ретельного огляду ротової порожнини лікарями-стоматологами. 3. Даний огляд слід внести до обов'язкових щорічних профілактичних оглядів для осіб старше 40 років з урахуванням малосимптоматичності передракових змін слизової навіть у випадках їх малігнізації, що вже почалась.

Ключові слова. Рак ротової порожнини, передракові зміни, профілактичні заходи.

Стаття є фрагментом НДР кафедри післядипломної освіти лікарів-стоматологів «Відновлення стоматологічного здоров'я у пацієнтів з основними захворюваннями та їх реабілітація» № 0116U004191

Вступ

Згідно опублікованим статистичним даним в Україні щорічно реєструється до 3 тис. первинних хворих раком ротової порожнини. Серед них рак III-IV стадій діагностується у 60% хворих з летальністю до року більше 50%. Кожен другий хворий з моменту встановлення діагнозу не проживає більше року. В Полтавській області щорічно виявляють 105 хворих зі смертністю до року 46,7% [1,2,3].

Безумовно ці дані не залишаються без уваги на всіх рівнях надання медичної допомоги. Однак, не дивлячись на заходи по організації медичної служби з урахуванням запізнілої діагностики раку ротової порожнини, суттєвих позитивних змін в показниках захворюваності та смертності від цієї патології не відмічається. На сучасному етапі боротьби із злочи́сними пухлинами з урахуванням їх діагностики, лікування та прогнозу рак краще попередити, ніж лікувати. Вирішення цієї непрості проблеми в значній мірі залежить від локалізації пухлини, проведення відповідних лікувально-діагностичних процедур з

усунення її причин. В цьому аспекті, в порівнянні з іншими локалізаціями, вільний доступ до ротової порожнини сприяє здійсненню необхідних профілактичних заходів з візуальною оцінкою їх результативності.

Згідно літературним даним різні запальні захворювання зубів та слизової з її передраковими змінами у вигляді лейко- і еритроплакій, гіперкератозів, папілом виникають в ротовій порожнині під дією мікрофлори різної за якістю і бактеріально-вірусним співвідношенням [2].

Виділяють постійні мікрофлору ротової порожнини і випадкову. В складі постійної мікрофлори переважають факультативні анаеробні стрептококи, строго анаеробні бактерії, актиноміцети і спірохети. При патологічних процесах в порожнині рота відмічаються значні зміни в складі постійної мікрофлори. При запальних ураженнях слизової оболонки підсилено множаться строгі анаероби, при карієсі зубів – інші анаероби і молочнокислі бактерії. До випадкової мікрофлори порожнини рота відносяться сапрофіти зовнішнього середовища і патогенні мікроби. Останні

потрапляють в ротову порожнину в результаті капельно-аерогенної і аліментарної інфекції від хворих та носіїв. [4,5,6].

До факторів, що призводять до несприятливого впливу мікрофлори відносяться поверхневі зміни слизової у вигляді безболісного білуватого нальоту і локальних ущільнень. Виникають вони під впливом нікотину, при хронічному тисненні на слизову пластинчастими протезами, відламками зубів, постійним жуванням бетеля, наса і частим вживанням міцних спиртних напоїв [6,7].

Вважається доведеним, що усунути місцеві фактори, що сприяють розвитку запальних захворювань слизової оболонки, карієсу, пародонтозу, неприємного запаху із рота неможливо без відповідних гігієнічних заходів при відмові від шкідливих звичок. Крім регулярної чистки зубів, догляду за зубними протезами необхідно полоскання рота з використанням хлоргексидину, 1% розчину гідрокарбонату або хлориду натрію, евкаліпту з ментолом.

Мета

Згідно літературним даним та проведеними нами дослідженнями обґрунтувати можливість профілактики раку ротової порожнини з урахуванням його причинних факторів і доступністю їх попередження, що відповідає лікувально-діагностичній тактиці з візуальною оцінкою її результативності.

Матеріал та методи

В Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері було проліковано 54 хворих, яким проведено лікування з приводу передракових захворювань ротової порожнини у відділенні пухлин голови та шиї. Серед них 34 чоловіка та 20 жінок віком від 42 до 76 років. Госпіталізація хворих проводилась згідно направлення лікарів-стоматологів, якими передракові стану слизової діагностувались при лікуванні запальних захворювань зубів, а також при їх пломбуванню і протезуванню.

За даними анамнезу хворих локальні зміни слизової були безболісні, невеликими за розмірами, з давністю їх існування від 3 місяців до 2 років. Зі слів хворих така малосимптоматичність була основною причиною не звернення їх за медичною допомогою.

Локальні папіломатозні утворення слизової, що не перевищували 1см в діаметрі виявлено у 17 хворих, такі ж за розмірами зміни з вираженим гіперкератозом – у 8 хворих, лейкоплакія у вигляді окремих пласких білих плям з ущільненням мали місце у 9 хворих, а бородавчаті лейкоплакії з підвищенням їх над слизовою відмічались у 8 пацієнтів. В області кореня язика наявність цих змін були у 18 хворих, по боковій поверхні язика – у 13, в області слизової обох щік – у 11 хворих.

Всі бородавчаті утворення, зокрема, папіломи, лейкоплакії, кератози були видалені за до-

помогою електрокоагулятора. При гістологічному дослідження видалених бородавчатих лейкоплакії, у 4 хворих констатована виражена атипія базальноклітинного епітелію з його проліферацією, що свідчить про початок малігнізації цих утворень. Аналогічні зміни мали місце у 2 хворих при мікроскопії видалених папіломатозних ущільнень. Однак клінічної симптоматики у вигляді больових відчуттів у цих пацієнтів не було.

У трьох хворих при надмірному курінні тютюну-самосаду був діагностований нікотинний лейкокератоз у вигляді білого нальоту на слизовій твердого піднебіння до 3см в діаметрі. Після видалення нальоту за допомогою полоскання ротової порожнини відмічалось ущільнення слизової з наявністю локальних червоних плям зі схильністю до кровотечі. Щоденні чотирикратні полоскання ротової порожнини хлоргексидином продовжувались протягом 12 днів. Папули при цьому поступово зникали з відновленням рухливості слизової та її складчастості. Аналогічне консервативне лікування було проведено двом хворим з лейкокератозом у вигляді пласких локальних білих плям.

Стаціонарне лікування також проведено 12 хворим з приводу декубітальних виразок слизової ротової порожнини. Серед них 8 чоловіків і 4 жінок віком від 55 до 70 років. При огляді ротової порожнини у пацієнтів виразки були одиничними, у 6 з них вони локалізувались на слизовій щік, у 4 – на боковій поверхні язика і у 2 – на слизовій нижньої губи. Всі виразки були болючі, розмірами від 0,6см до 1,2см в діаметрі з круговим запально-щільним інфільтратом покритим фіброзним нальотом. Згідно анамнезу у хворих тривалість наявності виразок перевищувала 3-х місячний період.

Серед факторів, що спричинюють виникнення виразок, у 6 хворих було хронічне травмування слизової щік уламками каріозних зубів, у 4 пацієнтів аналогічному травмуванню піддавалась слизова язика нерівностями зубних протезів, а у 2 – слизова нижньої губи. У всіх хворих локально-виразкова патологія слизової розвивалась за хронічним типом. З урахуванням доступності до огляду, хворі самі відмічали, що все починалось з появи локальної болісної припухлості слизової з незначним почервонінням. Поява на цих припухлостях болісних ерозій, особливо піз час їжі, являлась причиною звернення пацієнтів за відповідною допомогою до стоматолога. Ними проводилось видалення нерівностей каріозних зубів і пломб з рекомендацією про необхідність щоденної гігієни ротової порожнини. Але, незважаючи на надану пацієнтам допомогу, через декілька днів на основі ерозій з'являлись виразки із крайовою щільністю, що не виключало їх малігнізацію.

Для вирішення питання про подальше лікування хворі були направлені в онкологічний диспансер з подальшою госпіталізацією у відділення голови та шиї, де їм з виразок ротової порож-

нини за типом бранш-біопсії було виконано забір матеріалу для цитологічного дослідження. При мікроскопії мазків лікарями-цитологами була констатована атипія епітеліальних клітин в поєднанні з мікрофлорою.

З урахуванням цих даних, після проведеної протизапальної терапії сімом хворим локальні виразки слизової були видалені за допомогою електрокоагуляції, а п'ятьом – із застосуванням кріодеструкції. При гістологічному дослідженні операційного матеріалу була підтверджена виражена атипія плоскоклітинного епітелію зі схильністю до малігнізації.

Всі пацієнти після проведеного хірургічного і консервативного лікування в задовільному стані були виписані із клініки з рекомендаціями відносно гігієни ротової порожнини. Наголошувалось про необхідність полоскання дезодорантом після кожного прийому їжі та припинення шкідливих звичок. В подальшому при динамічному нагляді в терміни від одного місяця до двох років із дзеркальним оглядом ротової порожнини ніяких патологічних змін на слизовій не виявляли.

Результати дослідження та їх обговорення

З урахуванням частоти раку ротової порожнини і його запізнілою діагностикою, що закінчується 50% летальністю хворих з моменту встановлення діагнозу, необхідність проведення відповідних профілактичних заходів відносно раку даної локалізації не підлягає сумніву.

Дані проведеного дослідження свідчать, що передракові зміни слизової ротової порожнини аналогічно іншим його локалізаціям драма не одноактна, а багатоступінчастий процес. Передракові зміни слизової ротової порожнини різні за своїм виглядом, але дуже подібні за клінічними симптомами, через відсутність локально-больових відчуттів являються основною причиною несвоєчасного звернення хворих за медичною допомогою.

Початково-стартовою причиною виникнення передракових змін слизової ротової порожнини з їх потенційною можливістю переходу в рак являється мікрофлора в комбінації з побутовими і професійними шкідливостями. Це являється основним приводом до необхідності і систематичності відповідної гігієни в догляді за порожниною рота.

Реферат

К ВОПРОСУ О БАЗИСНОЙ ОСНОВЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Шелешко П.В., Баштан В.П., Васько Л.Н., Корнеев О.В., Калишенко А.А.

Ключевые слова. Рак ротовой полости, предраковые изменения, профилактические мероприятия.

Воспалительные заболевания зубов, слизистой с ее предраковыми изменениями в виде лейко- и эритроплакий, гиперкератозов, папиллом возникают в ротовой полости под действием ее микрофлоры. Среди причинных факторов значится хроническое давление на слизистую пластинчатыми зубными протезами, отломками зубов, жевание табака, злоупотребление алкогольными напитками. Имеют значение также производственные вредности. Цель. Согласно литературным данным и проведенными нами исследованиями обосновать возможность профилактики рака ротовой полости с учетом его причинных факторов и доступностью их предупреждения в соответствии с лечебно-диагностической тактикой с визуальной оценкой их результативности. Материал и методы. В отделении опухолей головы и шеи Полтавского областного клинического онкологического диспансера по поводу предрако-

Висновки

1. Профілактика раку ротової порожнини з урахуванням доступності і можливості усунення його основних причинних факторів реальна і, в порівнянні з іншими локалізаціями, її здійснення не складне.

2. Своєчасне виявлення передракових змін слизової в зв'язку з їх локальністю, безболісністю - неможливе без ретельного огляду ротової порожнини лікарями-стоматологами.

3. Даний огляд слід внести до обов'язкових щорічних профілактичних оглядів для осіб старше 40 років з урахуванням малосимптоматичності передракових змін слизової навіть у випадках їх малігнізації, що вже почалась.

Перспективи подальших наукових досліджень

Комплексне проведення відповідних профілактичних заходів відносно раку ротової порожнини в поєднанні з імунізаційною системою організму.

Література

1. Fedorenko ZP, Hulak LO, Mykhailovych YuY, Horokh YeL, Ryzhov AYU, Sumkina OV, et al. Rak v Ukraini, 2018-2019. Zakhvoriuvaniist, smertnist, pokaznyky diialnosti onkologichnoi sluzhby [Cancer Ukraine, 2018-2019. Morbidity, mortality, indicators of oncology service activity]. Biul. Nats. kantser-reiestru Ukrainy. 2020;21:136. (Ukrainian).
2. Fedorenko ZP, Hulak LO, Mykhailovych Yul, et al. Otsinka stanu orhanizatsii onkologichnoi dopomohy naselenniu za danymy Natsionalnoho kantser-reiestru Ukrainy [Evaluation of cancer care to the population with the use of data of National cancer registry of Ukraine]. Klynycheskaia onkologhiia. 2015;3:7-12. (Ukrainian).
3. Nestulia KI, Sharmazanov OP, Vasko LM. OPTH v diagnostytsi perelomiv nyzhnoi shchelepy v mezhakh zubnoho riadu [OPTG in the diagnosis of mandibular fractures within the dentition]. In: Materialy VI Natsionalnoho konhresu z mizhnarodnoiu uchastiu Radiolohiia v Ukraini; 2018 Mar. 28-30; Kyiv. Kyiv; 2018. p. 80-1. (Ukrainian).
4. Bashtan VP, Zhukova TA, Korneev OV, et al. Onkologija: ucheb. posob. dlja stud. [Oncology: study guide for students] Poltava: ASMI; 2013. 336 p. (Ukrainian).
5. Schiff BA. Oral Squamous Cell Carcinoma [Internet]. 2019. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/ear,-nose,-and-throat-disorders/tumors-of-the-head-and-neck/oral-squamous-cell-carcinoma>
6. Schiff BA, Roberts DB, El-Naggar A, et al. Selective vs modified radical neck dissection and postoperative radiotherapy vs observation in the treatment of squamous cell carcinoma of the oral tongue. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Oct;131(10):874-8.
7. Cho JK, Ow TJ, Lee AY, Smith RV, Schlecht NF, Schiff BA, et al. Preoperative ¹⁸F-FDG-PET/CT vs Contrast-Enhanced CT to Identify Regional Nodal Metastasis among Patients with Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Sep;157(3):439-47.

вых заболеваний ротовой полости пролечено 54 больных. Среди них 34 мужчины и 16 женщин в возрасте от 42 до 76 лет. Результаты и обсуждение. По данным анамнеза больных локальные изменения слизистой были безболезненными, небольшими по размерам, с давностью их существования от 3 месяцев до 2 лет. Локальные папилломатозные образования слизистой 1 см в диаметре выявлено у 17 больных, такие же по размерам изменения с выраженным гиперкератозом - у 8 больных, лейкоплакия - у 9 больных, бородавчатая лейкоплакия с возвышением над слизистой отмечалась у 8 пациентов. В области корня языка наличие этих изменений были у 18 больных, по боковой поверхности языка - у 13, в области слизистой обеих щек - у 11 больных. При гистологическом исследовании удаленных бородавчатых лейкоплакий у 4 больных и папилломатозных уплотнений у 2 больных констатирована атипия базальноклеточного эпителия с его пролиферации, что свидетельствует о начале малигнизации этих образований. Выводы. Предраковые изменения слизистой ротовой полости из-за отсутствия локально-болевого ощущений являются основной причиной несвоевременного обращения больных за медицинской помощью. Своевременное выявление предраковых изменений слизистой в связи с их очаговостью и безболезненностью невозможна без тщательного осмотра ротовой полости врачами-стоматологами. Данный осмотр следует внести в разряд обязательных ежегодных профилактических осмотров для лиц старше 40 лет.

Summary

CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR ORAL CANCER PREVENTION

Sheleshko P.V., Bashtan V.P., Vasko L.M., Korneev O.V., Kalishenko O.O.

Key words: oral cancer, precancerous alterations, preventive measures.

Inflammatory diseases of the teeth, mucous membranes with its precancerous alterations in the form of leuko- and erythroplakia, hyperkeratosis, papillomas occur in the oral cavity under the influence of its microflora. Among the causal factors there is chronic pressure onto oral mucosa areas caused by laminar dentures, tooth fragments, as well as chewing tobacco, and alcohol abuse. Occupational hazards can also contribute to the occurrence of precancerous conditions. The objective of this study is to provide the conceptual framework for prevention of oral cancer with the consideration of its underlying causes and their early detection and prevention in accordance with medical and diagnostic tactics and visual assessment of their effectiveness. The study included 54 patients treated for precancerous diseases of the oral cavity at the Department of Head and Neck Tumours, Poltava Regional Clinical Oncology Dispensary. There were 34 men and 20 women aged from 42 to 76 years. According to the anamnesis of the patients, local changes in the oral mucosa were painless, small in size, their duration varied from 3 to more than 2 years. Local papillomatous mucosal newgrowths 1 cm in diameter were found in 17 patients, the same size changes with pronounced hyperkeratosis were diagnosed in 8 patients, leukoplakia was found in 9 patients, and warty leukoplakia slightly raised over the mucosa was seen in 8 patients. 18 patients had those changes in the area of the root of the tongue, 13 patients – on the lateral surface of the tongue; 11 patients – in the area of the buccal mucosa. Histological findings of removed warty leukoplakia in 4 patients and papillomatous masses in 2 patients revealed atypism of the basal cell epithelium with its proliferation that indicates the beginning of malignancy. Precancerous alterations in the oral mucosa because of their silent cause can result in the progression of the disease and its late detections. Timely diagnosis of precancerous alterations in the oral mucosa due to their foci character and painlessness is impossible without a thorough intraoral examination. This examination should become a component of mandatory annual preventive checkups for persons over 40 years.