

УДК 616.31- 006:614.253

*С.В. Коломієць, К.О. Удальцова, В.І. Шинкевич***РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ТАКТИКИ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ПОТЕНЦІЙНО ЗЛОЯКІСНИХ УРАЖЕНЬ У ПОРОЖНИНІ РОТА**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»

Вступ

Основою організації онкологічної допомоги населенню України є принцип диспансерного спостереження, який передбачає активний динамічний нагляд за станом здоров'я хворих, надання їм необхідної та своєчасної лікувально-діагностичної допомоги. Згідно з наказом МОЗ України від 27.08.2010 № 728 "Про диспансеризацію населення" формування груп підвищеного ризику хворих на злоякісні новоутвори і передпухлинні хвороби виконують спеціалісти, які беруть участь у проведенні щорічної диспансеризації всього населення. Лікар-онколог надає методичну допомогу у формуванні груп, контролює облік, своєчасність і повноту обстеження пацієнтів, спільно зі спеціалістами проводить щорічний аналіз ефективності диспансерного нагляду й оздоровчих заходів.

Оскільки порожнина рота, голова і шия є відносно добре візуалізованими анатомічними ділянками, лікар-стоматолог має широкі можливості для оглядової оцінки слизової оболонки, шкіри обличчя, червоної облямівки губ і оцінки лімфовузлів шиї під час роботи і, хоча і не є спеціалістом з онкології, має всі підстави для виявлення підозрілих уражень.

Мета статті – порівняти клінічні рекомендації МОЗ України та настанови Американської асоціації стоматологів щодо оцінки потенційно злоякісних утворів у ротовій порожнині.

Принципи, на яких базується онконастороженість у стоматології та клінічний маршрут пацієн-

та. Для скринінгової клінічної діагностики в стоматології використовують класифікацію передракових хвороб, яку запропонували Є.В. Боровський, М.Ф. Данилевський, А.Л. Машкіллейсон (1991).

I. Передракові ураження слизової оболонки рота:

а) облігатні форми (з високою частотою переродження): хвороба Боуена;

б) факультативні форми (з низькою частотою переродження): лейкоплакія (верукозна); папіломатоз; ерозивно-виразкова і гіперкератотична форми червоного вовчака, а також червоний плесканий лишай; післяпроменевий стоматит.

II. Передракові ураження червоної облямівки губ:

а) облігатні форми: бородавчастий передрак; обмежений гіперкератоз; абразивний преанцерозний хейліт Манганотті;

б) факультативні форми: лейкоплакія; кератоакантома; шкірний ріг; папілома з ороговінням; ерозивно-виразкова і гіперкератотична форми червоного вовчака, а також червоного плескатоного лишая; післяпроменевий хейліт.

Орієнтування в цій класифікації становить перший крок онконастороженості в стоматології. Роль стоматолога в допомозі в разі виявлення підозрілих щодо онкології уражень продемонстрована в таблиці. А шаблоном дії вважається направлення безпосередньо до онколога, який і зобов'язаний проводити біопсію та гістологічне дослідження [1].

Таблиця
Спеціалісти, які проводять диспансеризацію при передракових захворюваннях слизової оболонки рота, червоної облямівки губ/шкіри обличчя

Діагноз	Фахівець, відповідальний за проведення диспансеризації
Облігатні передраки	
Хвороба Боуена, еритроплазія Кейра Бородавчастий або вузликаний передрак червоної облямівки губ	Хірург-стоматолог за участі сімейного лікаря, спільно з лікарем-онкологом
Хейліт Манганотті	Стоматолог-терапевт за участі сімейного лікаря, онколог
Обмежений гіперкератоз	Хірург-стоматолог за участі сімейного лікаря
Факультативні передракові захворювання з високою потенційною злоякісністю	
Лейкоплакія верукозна	Стоматолог
Лейкоплакія, ерозивно-виразкова форма Папіломи, папіломатоз, кератоакантома, шкірний ріг	Хірург-стоматолог за участі сімейного лікаря
Факультативні передракові захворювання з нижчою потенційною злоякісністю	
Плоска лейкоплакія, хронічні виразки	Терапевт-стоматолог за участі сімейного лікаря
Ерозивно-виразкова і гіперкератотична форми червоного вовчаку та червоного плескатоного лишая	Сімейний-лікар за участі терапевта-стоматолога
Плесканий лишай Хронічна тріщина губи	Сімейний лікар за участі стоматолога і дерматолога
Післяпроменевий хейліт	Стоматолог за участі онколога і сімейного лікаря
Хейліт актинічний і метеорологічний	Стоматолог-терапевт за участі сімейного лікаря

Для формування онконастороженості українських стоматологів чинна класифікація зосереджена на передраках, з чого випливає її досить цінна профілактична спрямованість [1], але менше зважає на безпосе-

редньо рак.

Досить спірним моментом ми вважаємо розподіл участі в диспансеризації стоматологів-терапевтів і стоматологів-хірургів, із повним виключенням, напри-

клад, стоматологів-ортопедів та ортодонтів. Це передбачає цілу низку перенаправлень пацієнта серед самих стоматологів і передусе направлення до справді необхідних спеціалістів. Однак відповідно до ролі стоматолога в диспансеризації пацієнтів із передраками нескладно відкорегувати клінічний маршрут пацієнта, направивши до хірурга-стоматолога для виконання біопсії, зменшивши психологічний стрес хворого, шляхом верифікації діагнозу на рівні стоматологічної клініки, що в принципі не забороняється і вкладається в рамки власне стоматологічної допомоги населенню України. З іншого боку, тісна взаємодія стоматології з онкологією втілюється у створення взаємодіючих організацій, центрів, прикладом яких став обласний науково-практичний центр захворювань слизової оболонки порожнини рота в Полтаві – медична установа ВДНЗУ «УМСА», яка має за провідну мету профілактику раку і передраків (наказ Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації та ВДНЗУ «УМСА» №258/56 16.03.2011).

На відміну від алгоритму, передбаченого МОЗ України, негайна біопсія в пацієнтів із підозрілим ураженням у порожній рота або направлення до фахівця, який може її виконати, залишається єдиною найважливішою рекомендацією Американської стоматологічної асоціації (ADA) в оновлених клінічних рекомендаціях щодо оцінки потенційно злоякісних розладів у ротовій порожнині [2]. Попереднє відповідне керівництво щодо клінічної практики було видано у 2010 році, коли ADA знову підкреслила важливість негайної біопсії будь-якого підозрілого ураження, принаймні, в пацієнтів, які звернулися до відповідного спеціаліста – щелепно-лицевого хірурга чи отоларинголога, для ретельнішої оцінки стану пацієнта. Обґрунтуванням є те, що доброякісне і злоякісне ураження слизової оболонки порожнини рота часто має дуже схожу клінічну маніфестацію. Навіть якщо тривалість захворювання становить 2 тижні, а не 2 місяці, нерідко доводиться підтверджувати діагноз біопсією.

Рекомендації МОЗ України для лікаря-стоматолога формуються на порадах професора Соловйова М.М., 1983 р. [3] і не мають альтернативи до сьогодні, хоча їхня сутність онконастороженості має вигляд фундаментальної. Наведемо кілька порад. «У кожного хворого, що звернувся на прийом до лікаря, необхідно оглянути шкіру обличчя і шиї, в разі виявлення будь-якої патології хворого необхідно дообстежити та при необхідності направити на консультацію до лікарів спеціалістів.

Підставою для підозри на злоякісну пухлину є наявність таких симптомів: поява екзофітного утворення з інфільтративною основою, яке швидко збільшується в розмірах або супроводжується кровотечею; наявність виразки з інфільтратом в основі, яка не загоюється протягом 2-3 тижнів при лікуванні; поява постійного болю помірної інтенсивності в зоні патологічного процесу, особливо якщо він турбує хворого в нічний час; поява рухомості одного або декількох інтактних зубів; зміна характеру виділень з носу у хворих на хронічний гайморит - поява кров'янистих виділень з неприємним запахом; поява поступово наростаючого парезу м'язів, парестезій в зоні іннервації другої та третьої гілок трійчастого нерва; наявність збільшених, щільних, малорухомих, безболісних лімфатичних вузлів підщелепних і підборідної ділянок та шиї.

При підозрі на наявність злоякісної пухлини хворого необхідно негайно направити на консультацію в спеціалізований онкологічний заклад» [4]. Обґрунтуванням слугує те, що саме онколог є спеціалістом з

лікування таких захворювань і, виконуючи біопсію й гістологічне дослідження, планує можливе хірургічне втручання.

Епідеміологічні відомості. Американське товариство раку (American Cancer Society) оцінило, що у 2017 році в ротовій порожнині та ротоглотці очікується приблизно 50 000 нових випадків раку, понад 80% із яких будуть плоскоклітинною карциномою (плоскоклітинним раком) порожнини рота або ротоглотки [2]. Тож, мішенню основної рекомендації нової клінічної постанови ADA є вивчення передракових уражень слизової оболонки, які мають підвищений ризик розвитку в плоскоклітинний рак і власне плоскоклітинний рак ротової порожнини та ротоглотки.

Щодо аналогічних епідеміологічних відомостей для України, інформація відсутня у вільному доступі, хоча вдалося з'ясувати, що захворюваність (уперше встановлений діагноз) в Україні на злоякісні новоутвори губ у 2009 році складала 1,1% серед чоловіків та 0,37% серед жінок [5]. Окремі епідеміологічні дані по регіонах України нечасто з'являються в науковій літературі: так, аналіз диспансеризації хворих із лейкоплакіями, хейлітом Манганотті, гіперкератозом, фібромами (22 райони Полтавської області та три міста: Полтава, Комсомольськ, Кременчук, 2003-2009 рр.) показав загальну кількість хворих – 508 осіб. Найбільша кількість (196) відповідає віку 45 – 59 років (38,8% загальної кількості хворих); що чоловіки переважали (58,26%) над жіночою статтю (41,74%); аналіз за найчисленнішими нозологічними формами виявив 200 пацієнтів із фібромою, 167 – із лейкоплакіями і 85 – із папіломами [6]. За даними Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру, за 2012 рік на облік узяті 5056 хворих з уперше виявленими злоякісними новоутворами (в цілому), захворюваність складала 374,1 на 100 000 населення (по Україні цей показник склав 352,6 на 100 000 населення). Хворих з онкопатологією щелепно-лицевої локалізації було 157, захворюваність у Полтавській області склала 10,7 на 100 000 населення. Стоматологічна захворюваність складала 3,3% у структурі загальної онкологічної захворюваності [7]. Без висновків про репрезентативність контингенту. Отже, онконастороженість в українській стоматології без точної епідеміології втрачає реальну актуальність і спирається переважно на звіти про клінічні випадки.

Фактори ризику злоякісних уражень порожнини рота. Щодо визначення факторів ризику злоякісних уражень у порожнині рота точка зору українських та американських лікарів збігається з приводу куріння та вживання алкоголю, але фахівці значно розширюють цей спектр професійними шкідливостями, хронічною травмою слизової, гальванізмом у порожнині рота та навіть поганою гігієною [4]. Американські стоматологи визначають сучасний стан проблеми як результат інфікування вірусом папіломи людини (ВПЛ), зазвичай високоонкогенним типом ВПЛ 16. Адже за останні 20 років ВПЛ-інфекція перевершує куріння й алкоголь як основний фактор ризику раку голови та шиї в США, викликаючи приблизно 75% усіх виявлених випадків плоскоклітинного раку [2].

Допоміжна діагностика при передракових захворюваннях та раку в порожнині рота визнаються й українськими, й американськими фахівцями лише додатковою, яку не використовують для підтвердження діагнозу, оскільки ці методи не перевищують точність гістологічного дослідження біоптату [1; 2]. Цитологічне дослідження зскрібків і мазків-відбитків також поступає гістологічному. Згідно з ADA неспецифічність додаткових тестів означає отримання більшої

кількості помилкових результатів: позитивний так чи інакше вимагатиме підтвердження, додаючи стресу пацієнту, з іншого боку, лікар не зацікавлений отримати помилково-негативний результат за наявності раку в пацієнта. І для оцінки клінічно доброякісних чи навіть підозрілих уражень не рекомендує взагалі використовувати додаткові методи діагностики (автофлуоресценцію, відбиття тканиною випромінювання, суправітальне забарвлення і додаткові аналізи слини). Одна ситуація, коли клініцисти можуть обґрунтовано вдаватися до цитологічного допоміжного засобу, полягає в тому, що пацієнт відмовляється від біопсії або від направлення до спеціаліста, на цьому етапі ADA пропонує додаткові методи [2].

Ще одне зауваження, альтернатива якому відсутня в українських рекомендаціях: раки, пов'язані з ВПЛ, які локалізуються на задній частині горла, на корені язика та мигдаликах, і які важко або неможливо візуалізувати, тому лікарі-стоматологи мають навчатися не тільки оглядати ротову порожнину, а й оцінювати пацієнтів на предмет асиметрії мигдаликів і в разі виявлення негайно направляти до ЛОР-фахівця. Симптоми, такі як утруднене ковтання, зміна голосу, а також реакція лімфовузлів голови та шиї (їх збільшення, ущільнення, фіксований/малорухомий стан) можуть бути ознаками прихованого раку, пов'язаного з ВПЛ, і ретельно зібраний анамнез може бути ключем до раннього виявлення цих уражень і негайного направлення до фахівця [2].

Переконані, що ці відомості доцільно взяти до уваги кожному вітчизняному стоматологу.

Висновки

Незалежно від географії стоматологи мають високий потенціал для діагностики новоутворів у порожнині рота за умови повного її огляду. Стоматологи України можуть робити вагомий внесок у виявлення онкологічних хвороб і передракових захворювань як ланка первинної медичної допомоги, а також у інформування й освіту пацієнтів щодо потенційно злоякісних новоутворів у порожнині рота. Клінічний маршрут пацієнта з підозрілими ураженнями має

гнучкий характер і взаємопов'язаний із відповідними консультаційно-діагностичними осередками, що полегшує діяльність лікаря-стоматолога, але складає додаткові ланки перенаправлень замість потрапляння відразу до спеціаліста. До уваги українських стоматологів доцільно взяти рак, пов'язаний із ВПЛ, який може локалізуватися на задній частині горла, корені язика, мигдаликах, що вимагає оцінки, як мінімум, симетричності мигдаликів і структур ротоглотки.

Література

1. Скрипнікова Т.П. Онконастороженість в стоматології: навч.посібник (атлас на електронних носіях) / Т.П. Скрипнікова, С.В. Коломієць, В.В. Баштан.– Полтава, 2014.–106 с.
2. Evidence-based clinical practice guideline for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity. A report of the American Dental Association / Mark W. Lingen, Elliot Abt, Nishant Agrawal [et al.] // The Journal of the American Dental Association.-2017. –Vol. 148, Issue 10. – P. 712 - 727.e10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.07.032>.
3. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии. – М.: Медицина, 1983. –160 с.
4. Соловьев М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) / Соловьев М.М. // Практическая онкология. – СПб., 2003. – Т.4. – С. 31-37.
5. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. ; под ред. академика М. И. Давыдова и д.биол.н. Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.– 2011.– Т., № 3 (прил. 1).– 170 с.
6. Захворюваність на передракові стани слизової оболонки порожнини рота в Полтавській області за 2003-2009 рр. / Скрипніков П. М., Скрипнікова Т. П., Баштан В. П. [та ін.] // СМБ. – 2011. – №3. – С. 122-125.
7. Скрипнікова Т.П. Онконастороженність в стоматології / Т.П. Скрипнікова, Л.Я. Богашова, Н.А. Соколова // Український стоматологічний альманах. –2013. – №5. – С. 39-42.

**Стаття надійшла
27.02.2018 р.**

Резюме

Онкологічна настороженість лікарів-стоматологів передбачає знання симптомів передракових захворювань і ранніх проявів злоякісних пухлин, уміння проводити діагностичний пошук, а також бути обізнаним щодо клінічного маршруту цієї категорії пацієнтів та налагоджувати його. У статті проведено порівняння рекомендацій Американської асоціації стоматологів (2017 р.) із загальноприйнятими в Україні щодо алгоритму дій для виявлення потенційно злоякісних новоутворів у ротовій порожнині. Лікар-стоматолог має широкі можливості для виявлення підозрілих уражень слизової оболонки рота, шкіри обличчя, червоної облямівки губ і оцінки лімфовузлів шиї під час своєї роботи, хоча і не є спеціалістом з онкології. Клінічний маршрут українського пацієнта з підозрілими ураженнями має гнучкий характер і взаємопов'язаний із відповідними консультаційно-діагностичними осередками, що полегшує діяльність лікаря-стоматолога, але передбачає додаткові ланки перенаправлень замість потрапляння відразу до спеціаліста. Українським стоматологам доцільно звернути увагу на рак, пов'язаний із вірусом папіломи людини, який локалізується в задній частині горла, корені язика та мигдаликах, що вимагає оцінки як мінімум симетричності мигдаликів та структур ротоглотки.

Ключові слова: клінічні рекомендації, онконастороженість, передрак, плоскоклітинний рак, порожнина рота, стоматологія.

Резюме

Онкологическая настороженность врачей-стоматологов предполагает знание симптомов предраковых заболеваний и ранних проявлений злокачественных опухолей, умение проводить диагностический поиск, а также быть осведомленным относительно клинического маршрута этой категории пациентов и организовывать его. В статье проведено сравнение рекомендаций Американской ассоциации стоматологов (2017) с общепринятыми в Украине по алгоритму действий при выявлении потенциально злокачественных новообразований в ротовой полости. Врач-стоматолог имеет широкие возможности по выявлению подозрительных поражений слизистой оболочки рта, кожи лица, красной каймы губ и оценки лимфоузлов шеи во время своей работы, хотя и не является специалистом по онкологии. Клинический маршрут украинского пациента с подозрительными поражениями имеет гибкий характер и взаимосвязан с соответствующими консультационно-диагностическими центрами, что об-

легчает деятельность врача-стоматолога, но предполагает дополнительные звенья переадресации вместо направления сразу к нужному специалисту. Украинским стоматологам целесообразно обратить внимание на рак, связанный с вирусом папилломы человека, который локализуется в задней части горла, корне языка и миндалинах, что требует оценки как минимум симметричности миндалин и структур ротоглотки.

Ключевые слова: клинические рекомендации, онконастороженность, предрак, плоскоклеточный рак, полость рта, стоматология.

UDC 616.31- 006:614.253

RECOMMENDED TACTICS FOR THE EVALUATION OF POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS IN THE ORAL CAVITY

S.V. Kolomiets, K.O. Udaltsova, V.I. Shynkevych

Department of Postgraduate Education for Dentists,

Higher State Educational Establishment of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava, Ukraine

Summary

Since oral cavity, head and neck are relatively well-visualized anatomical sites, the dentists have multifold possibilities for the evaluation of the oral mucosa, face skin, lips, and neck lymph nodes during their routine work. Dentists are the specialists who are able to detect malignant tumors and refer patients to the oncologists.

The aim of the article is to compare the clinical recommendations of the Ministry of Healthcare of Ukraine and the recommendation made by the American Dental Association (ADA) in their updated clinical practice guidelines for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity.

Basic principles of the oncological alertness in dentistry, and the route organization of clinical patient. The usage of the classification of precancerous diseases, proposed by Ye.V. Borovskyi, M.F. Danilevskyi, A.L. Mashquillain (1991) is the first step of the oncological alertness in dentistry. The role of dentist is adjuvant and helps to identify a suspicious oral lesion. A pattern of action in such situations is referring patients directly to an oncologist, who will conduct a biopsy, histological examination and treat the cancer. Consequently, the attention of Ukrainian dentists is focused on precancerous lesions, but less attention is paid actually to the cancer. Responsibility for dispensation (clinical follow up) is carried mainly by dentists-surgeons without participation of orthopedists, pediatric dentists, and orthodontists. Those involve whole series of redirections of the patient among dentists themselves, before referring to the really necessary specialist, and it represents a negative item in the organization.

In contrast to the algorithm provided by the Ministry of Healthcare of Ukraine, doing an immediate biopsy in patients with a suspicious oral lesion – or referring a patient to a specialist who can do that – remains the only most important recommendation made by the American Dental Association (ADA) in their updated clinical practice guidelines for the evaluation of potentially malignant disorders in the oral cavity.

Epidemiological data in Ukraine, unlike the USA, is not enough to understand the real situation and to plan the measures of oncological alertness.

Risk factors for malignant lesions in the oral cavity. The role of HPV-related cancer of the oral cavity is underestimated in Ukraine. "Over the past 20 years HPV infection has surpassed tobacco and alcohol as a major risk factor [for head and neck cancer]," the ADA authors note, and they estimate that HPV infection causes approximately 75% of all OPSCCs identified today.

Adjunctive test for precancerous and cancerous cases in the oral cavity (include autofluorescence, tissue reflectance, vital staining, and salivary adjuncts) is recognized by the Ukrainian and American experts, as "adjuncts", none of which was felt to be accurate enough to identify target lesions in the primary care setting. These methods do not exceed the accuracy of the histological examination.

Conclusions. Regardless the geography, dentists have a good opportunity to assess patients for oral cancer caused by traditional head and neck risk factors. Dentists of Ukraine have a good opportunity at the primary care setting to get reports about head and neck cancer prevention, and to inform their patients. The clinical route of a patient with suspected oral lesions is flexible and is connected with appropriate consulting centers, which facilitates the activity of a dentist, but creates additional redirections instead of referring to the specialist immediately. Ukrainian dentists should take signs of HPV-related cancer – cancer that occur at the back of the throat, at the base of the tongue, and on the tonsils – are difficult if not impossible to visualize. So dentists must be trained not only to look inside the mouth but also to assess patients for tonsillar asymmetry.

Key words: clinical recommendations, oncological alertness, precancerous, squamous cell carcinoma, oral cavity, dentistry.