

УДК 616.313-006.6
DOI: 10.36979/1694-500X-2023-23-1-92-98

РОЛЬ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЯЗЫКА

И.Б. Сулайманов, А.А. Субанова

Аннотация. Исследование посвящается светлой памяти моего прадедушки Фаизова Анвара Галиевича, доблестно прошедшего Великую Отечественную войну, командиру корабля Ли-2. На основании имеющихся данных заболевания удалось выяснить: была травма ЧЛЮ при крушении воздушного судна (во время ВОВ), с последующим зубным протезированием и наблюдением у врача-стоматолога. В 1979 году была диагностирована 4-я стадия, 4-я клиническая группа рака языка. Проведена резекция языка на базе Национального центра онкологии города Бишкека, после большой получал симптоматическое лечение, в этом же году скончался от асфиксии. Более подробной информации об объеме операции, метастазах и медикаментозном ведении не сохранилось. Причинами возникновения злокачественных новообразований языка являются: различные химические канцерогены, хронические травмы, онкогенные вирусы, вредные привычки (курение табака, махорки, злоупотребление алкоголем, употребление насвая, бетеля, листьев кокки и др.), различные предраковые заболевания полости рта (болезнь Боуэна, гиперкератотическая и язвенно-эрозивная формы системной красной волчанки и красного плоского лишая, папилломы, лейкоплакия, хронические эрозии, язвы и др.). Проведен анализ научной литературы по вопросам роли врача стоматолога в оказании квалифицированной помощи пациентам со злокачественными новообразованиями языка. Рекомендован комплекс методов профилактики и своевременного выявления злокачественных новообразований языка.

Ключевые слова: стоматология; диагностика; рак языка; онкология; онкоскрининг; онкологическая настороженность, челюстно-лицевая хирургия.

ТИЛ РАГЫНЫН АЛДЫН АЛУУДА ЖАНА АНЫКТООДО СТОМАТОЛОГДУН РОЛУ

И.Б. Сулайманов, А.А. Субанова

Аннотация. Бул изилдөө Ли-2 кораблинин командири, Улуу Ата Мекендик согушту эрдик менен басып өткөн чоң атам Фаизов Анвар Галиевичтин куттуу элесине арналат. Оору боюнча колдо болгон маалыматтарга таянып, төмөнкүлөрдү билүүгө мүмкүн болду: учактын кыйрашында (Улуу Ата Мекендик согуш учурунда) жаак-бет аймагынан жаракаат алып, андан кийин тиш протездөө жүргүзүлүп, врач-стоматологдун байкоосунда болгон. 1979-жылы тилдин рак оорусунун 4-баскычы, 4-клиникалык тобу аныкталган. Бишкек шаарынын Улуттук онкология борборунун базасында тилге резекция жүргүзүлүп, бейтап симптоматикалык дарылануудан өтүп, ошол эле жылы асфиксиядан каза болгон. Операциянын масштабы, метастаздар жана дары-дармектердин берилиши жөнүндө кеңири маалыматтар сакталып калган эмес. Тилдин залалдуу шишиктеринин пайда болуу себептери болуп төмөнкүлөр эсептелет: ар кандай химиялык канцерогендер, өнөкөт жаракааттар, онкогендик вирустар, жаман адаттар (тамеки, махорка чегүү, алкогольдук ичимдиктер, насвай, жаңгак, коктун жалбырагын колдонуу ж. б.), ооз көндөйүнүн рака алып келүүчү ар түрдүү оорулары (Боуэн оорусу, системалуу кызыл жегичтин гиперкератоздук жана жаралуу эрозиялык формалары, папилломалар, лейкоплакиялар, өнөкөт эрозиялар, жаралар ж.б.). Тилдин залалдуу шишиктери бар бейтаптарга квалификациялуу жардам көрсөтүүдө стоматологдун ролу боюнча илимий адабияттарга талдоо жүргүзүлдү. Тилдин залалдуу шишиктерин алдын алуу жана өз убагында аныктоо ыкмаларынын комплекси сунушталат.

Түйүндүү сөздөр: стоматология; аныктоо; тил рагы; онкология; онкоскрининг; онкологиялык кооптонуу; жаак-бет хирургиясы.

THE ROLE OF A DENTIST IN THE PREVENTION AND DIAGNOSIS OF TONGUE CANCER

I.B. Sulaimanov, A.A. Subanova

Abstract. The research is dedicated to the bright memory of my great-grandfather Fayzov Anvar Galievich, who valiantly passed the Great Patriotic War, the commander of the Li-2 ship. On the basis of the available data of the disease, it was possible to find out: there was a trauma in the crash of an aircraft (during the Second World War), followed by dental prosthetics and observation by a dentist. In 1979, stage 4, 4 clinical group of tongue cancer was diagnosed. Tongue resection was performed on the basis of the National Oncology Center of Bishkek, after receiving symptomatic treatment, he died of asphyxia in the same year. More detailed information about the scope of the operation, metastases and drug management has not been preserved. The causes of malignant neoplasms of the tongue are: various chemical carcinogens, chronic injuries, oncogenic viruses, bad habits (tobacco smoking, shag, alcohol abuse, the use of naswai, betel, cocca leaves, etc.), various precancerous diseases of the oral cavity (Bowen's disease, hyperkeratotic and ulcerative erosive forms of systemic lupus erythematosus and red flat lichen, papillomas, leukoplakia, chronic erosions, ulcers, etc.). The analysis of scientific literature on the role of a dentist in providing qualified care to patients with malignant neoplasms of the tongue is carried out. A set of methods for the prevention and timely detection of malignant neoplasms of the tongue is recommended.

Keywords: dentistry; diagnostics; tongue cancer; oncology; oncological screening; oncological alertness; maxillofacial surgery.



Введение. Диагностика и лечение онкологических заболеваний являлись актуальной проблемой еще у древних лекарей. В современной медицинской практике продолжается разностороннее изучение этиологии, патогенеза, диагностики, лечения и комплексного ведения пациен-

тов, однако вопрос продолжает оставаться открытым [1].

Злокачественные новообразования могут локализоваться на теле, корне или нижней поверхности языка, при объективном осмотре могут иметь папиллярную, язвенную, инфильтративную или инфильтративно-язвенную формы. С момента возникновения проходят четыре стадии, каждая из которых имеет характерную клиническую картину, быстротечное развитие и отсутствие болевого синдрома до поражения близлежащих нервных окончаний.

Первым специалистом, который обнаруживает новообразования языка, часто является врач-стоматолог. Из данных статистических исследований следует отметить, что на 2014 год в России злокачественные новообразования языка составляли 0,5 % в общей структуре онкологических заболеваний [2], после установления соответствующего диагноза в первый год,

летальность среди пациентов составляет 46,5 % [3].

Злокачественные новообразования органов и тканей головы и шеи составляют не более 20 % в общей структуре онкологических заболеваний [4], пациенты часто обращаются при запущенных стадиях [5]. Основными методами лечения являются комбинации хирургических, химиотерапевтических и лучевых терапий [6].

Профилактикой развития злокачественных новообразований языка являются:

1. Санация полости рта.
2. Соблюдение пациентом гигиены полости рта.
3. Исключение вредных привычек и вредных пищевых предпочтений.
4. Своевременное выявление и лечение доброкачественных новообразований и травматических поражений слизистой оболочки полости рта и языка.
5. Способность врача конкретизировать риски для каждого больного индивидуально, предрасположить и добиться активного участия пациента в процессе лечения, так как отсутствует возможность непрерывного контроля состояния пациента [7].
6. Предупреждение ятрогенного генеза путем минимизации воздействия хронических травмирующих элементов. Необходимо внимательное наблюдение за реакцией окружающих и контактирующих с областью вмешательства тканей. Особенно обоснованным такого рода контролем можно считать его проведение

у пациентов стоматологами, чья работа подразумевает применение конструкций воздействующих на подвижный и чувствительный язык постепенно или агрессивно травмирующих его. Необходим учет всех клинически значимых факторов при наблюдении пациента: его возраст, сопутствующие заболевания, личностные характеристики, наличие ортопедических конструкций в ротовой полости, максимальное устранение травмирующих факторов и т. д. [8, 9].

7. Систематическое диспансерное наблюдение врачом-стоматологом при обнаружении новообразований [9].

Врачу любой специальности должна быть свойственна онкологическая настороженность, а именно: знания клиники предраковых заболеваний, злокачественных новообразований, детального обследования пациента и вероятности обнаружения нетипичной картины новообразования [9].

Также необходимо определение возможно проявления доброкачественного, немалигнизированного и малигнизированного поражения. В первую очередь клинический опыт позволяет проводить правильную диагностику элемента поражения и позволяет вовлечь пациента в его устранение, не менее важным является освоение знаний и навыков при подготовке будущих квалифицированных специалистов, достаточное для данного аспекта работы [10].

Во время тщательного обследования по стандартной схеме можно заподозрить злокачественную природу заболевания, назначить дополнительные методы обследования и направить пациента на консультацию к врачу-онкологу [11].

Диагностические мероприятия, составляющие стоматологическое обследование:

1. Опрос включает выяснение информации о пациенте, сбор жалоб, обнаружение первых симптомов (боль, неприятный запах, трудности с глотанием, нарушение подвижности и речи, потеря чувствительности языка, гиперсаливации и потеря аппетита), наличие или отсутствие предрасполагающих факторов.

2. При объективном осмотре внимательно осматривают все поверхности языка на наличие: выростов, пятен, язв, кровоточивости, очагов

воспаления, скопления налета, сглаженности, ворсинчатости, зубчатости, борозд и изменений размера отдельных участков. Обращают внимание на цвет, наличие отека языка, неприятный запах изо рта и увеличение регионарных лимфатических узлов.

3. При пальпации обращают внимание на наличие и расположение размера уплотнений.

4. По результатам мазков-отпечатков и биопсии определяют клеточную атипию, анаплазию и полиморфизм.

5. Дифференциальная диагностика новообразований языка проводится с папилломой, фибромой, аденомой, ботриомиксомой, липомой, миомой, кистой, гемангиомой, лимфангиомой, нейрофибромой, туберкулезной язвой, лейкоплакией, твердым шанкром первичного сифилиса, аномалией развития и воспалительным процессом.

6. При доброкачественном течении новообразований языка лечение обычно успешное.

7. При необходимости – обязательны консультации врача-онколога.

На первичных и повторных осмотрах важно тонкое понимание психологических и социальных аспектов нездоровья, равно как и профессиональная компетентность стоматолога [12].

В процессе ведения пациента необходимо учитывать его индивидуальную психологическую модель поведения и подстраивать свою при коммуникации. Необходимо учитывать, что каждый человек обладает двумя сигнальными системами ЦНС (системой условно-рефлекторных реакций на конкретный раздражитель и условно-рефлекторных связей на речевой раздражитель). При преобладании первой, предпочтение отдается вербальным и невербальным эмоционально-окрашенным воздействиям, а второй – убеждению, т. е. логической аргументации [13].

Р. Витч выделяет 4 модели поведения врача во взаимоотношениях врача и пациента: техническую, сакральную, коллегальную и контрактную.

1. Техническая. Сантехник, соединяет трубы и промывает засорившиеся системы.

2. Сакральная. Противоположность первой модели, больше заботится о душе, чем о теле.

3. Коллегиальная. Решающий момент – доверие. Врач и пациент коллеги (совещательная модель).

4. Контрактная (информационная, контракт или соглашение, информированное согласие). Позволяет избежать отказа от моральных норм со стороны врача и пациента.

В отечественной медицине принято выделять две основные модели взаимоотношений: патерналистскую (когда врач самостоятельно решает, какую информацию предоставлять, решает, в чем заключается благо пациента) и автономную (с равноправным диалогом и обязательным полным информированием пациента о состоянии его здоровья) [14].

Конечно же, на результат лечения влияет отношение пациента к своему состоянию, выделяют следующие 12 типов:

- 1) гармоничный (взвешенный);
- 2) эргопатический (уход в работу);
- 3) анозогнозический (эйфорический);
- 4) тревожный, ипохондрический (преувеличивание);
- 5) неврастенический (раздражительная слабость);
- 6) меланхолический (устойчивое сомнение в успехе лечения);
- 7) апатический (безразличие);
- 8) сенситивный (боязнь стать обузой для близких);
- 9) эгоцентрический (истероидный);
- 10) паранойяльный (неоправданная вера в наличие осложнений, присутствие халатности);
- 11) дисфорический (агрессивный) [15].

Для эффективного обследования и лечения онкологических пациентов с новообразованиями языка, существует необходимость определения конкретного типа отношения пациента к состоянию его здоровья, потому что результат лечения зависит во многом от психоэмоциональной модели поведения пациента.

В случае подтверждения злокачественности новообразования, к пациенту применяются комбинации различных методов лечения, таких как лучевая терапия, химиотерапия и хирургическое вмешательство. В случае, когда необходим метод высокой онкологической эффективности в виде хирургического вмешательства [16],

применяют резекцию, электрорезекцию. При лучевой терапии предпочтение отдается внутривидовому, внутривидовому и внутритканевому облучению с высокой мощностью дозы. Лечение занимает несколько минут и применяется как в самостоятельном плане, так и в сочетании с дистанционным облучением [17]. При лечении рака языка применяют дистанционную гамма-лучевую и брахитерапию. В качестве химиотерапии применяются: цисплатин, 5-фторурацил, метотрексат, блеомицин и карбоплатин.

Реконструктивные методы лечения включают: островковый кожный лоскут на передних мышцах шеи, расположенных ниже подъязычной кости [18, 19], одномоментное устранение дефекта реваскуляризованным, реиннервированным «химерным» лоскутом с включением передней зубчатой мышцы и широчайшей мышцы спины (послехирургического лечения местно-распространенного рака языка) [20] и т. д.

Как в процессе лечения, так и в послеоперационный период, рекомендуется наблюдение у врачей психотерапевтов [21].

Высокая распространенность нозогенных реакций и психических расстройств, среди онкологических больных приводит к снижению эффективности лечения и является одним из важных факторов ухудшения прогноза. В 71 % случаев встречаются непсихотические (пограничные) психические расстройства [22], кумулятивный характер хронического стресса [23], этапы смирения, афферентные расстройства [24] и т. д.

Существует необходимость организации соответствующей психотерапевтической помощи, предпочтительно с полимодальным подходом [22], также психолого-консультативная работа против посттравматического стресса [25].

Результаты и их обсуждение. Предложен перечень профилактических манипуляций, основных элементов, составляющих комплексное ведение пациентов с новообразованиями языка и алгоритм клинического обследования врачами стоматологами (рисунок 1).

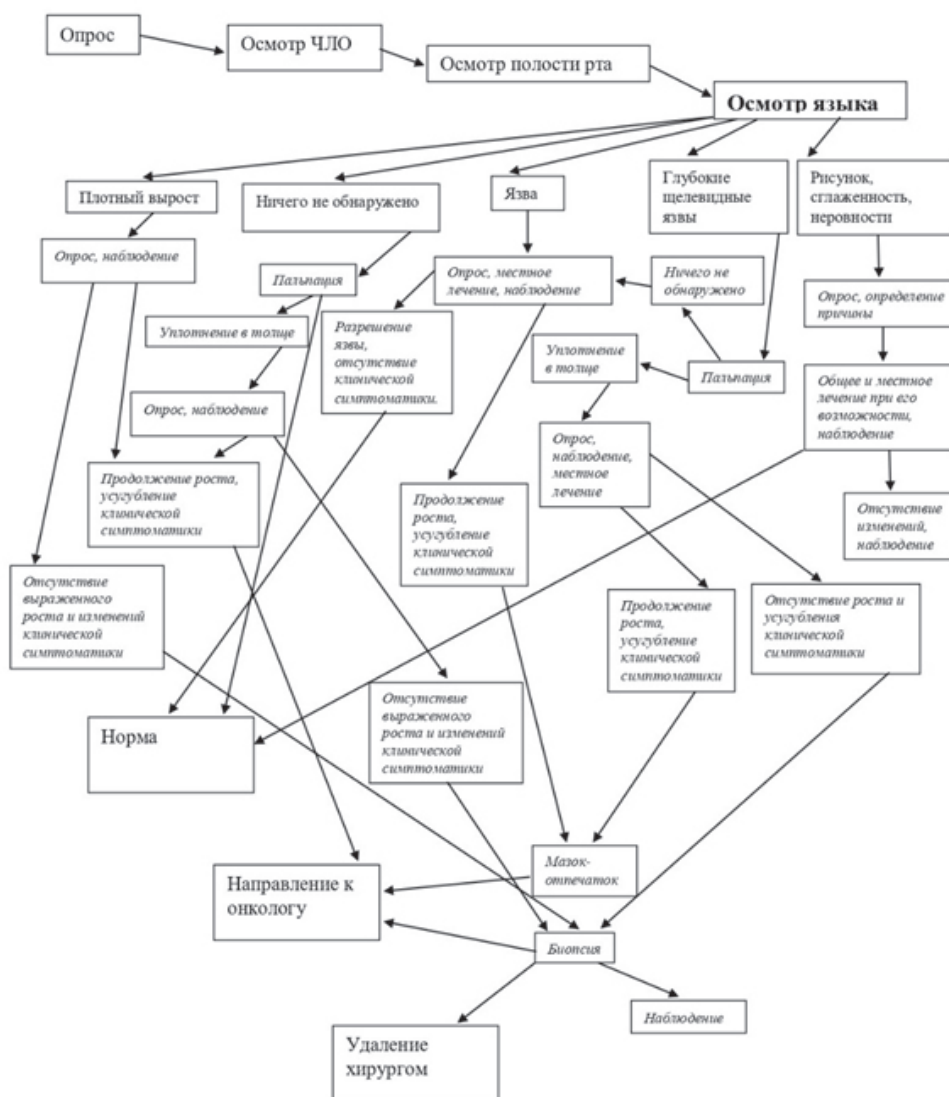


Рисунок 1 – Алгоритм клинического обследования врачом-стоматологом при подозрении наличия злокачественного новообразования языка

Заключение

Таким образом, роль врача-стоматолога заключается в:

- 1) соблюдении врачом и пациентом всех возможных профилактических мероприятий;
- 2) обладании знаниями плана действий при обнаружении злокачественных новообразований;
- 3) мотивировании пациента к регулярному врачебному осмотру;
- 4) определении природы новообразования языка;
- 5) привлечении врача-онколога при достаточно обоснованных причинах подозрения злокачественной природы новообразования;
- 6) обоснованном и целенаправленном назначении методов исследования для установления точного диагноза;
- 7) преждевременном предугадывании реакций пациентов на любые действия и манипуляции врача;

- 8) строгом соблюдении деонтологических правил при информировании пациента о результатах диагностики и выдаче соответствующего направления.

Поступила: 12.09.22; рецензирована: 26.09.22;
принята: 29.09.22.

Литература

1. Кистенева О.А. Онкология в истории медицины / О.А. Кистенева, А.В. Нестеренко, А.И. Былдина // International scientific review. Ветеринарные науки. 2017. С. 92–93.
2. Злокачественные новообразования в России в 2014 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016.
3. Пачес А.И. Современные методы диагностики и лечения рака слизистой оболочки полости рта / А.И. Пачес, Т.Д. Таболиновская, С.О. Подвязников, Е.Ц. Чойнзонов. М., 2011. С. 48.
4. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2015. 250 с.
5. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России, 2014. 235 с.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. М.: Медицина, 2000. 429 с.
7. Рахманкулова Г.С. Онкологическая настороженность при заболеваниях полости рта (обзор литературы) / Г.С. Рахманкулова, К.А. Тулебаев, С.С. Жолдыбаев // Вестник КазНМУ. 2017. № 1. С. 168–172.
8. Зазулевская Л.Я. Онкологическая настороженность врачей-стоматологов – залог профилактики рака слизистой оболочки полости рта / Л.Я. Зазулевская, В.П. Русанов, К.М. Валов // Вестник КАЗНМУ. 2012. № 1. С. 201–204.
9. Зыкова Е.А. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / Е.А. Зыкова // Здоровоохранение Югры: опыт и инновации. 2016. № 3. С. 49–55.
10. Фирсова И.В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / И.В. Фирсова, В.Ф. Михальченко, Д.В. Михальченко // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. Выпуск 1 (45). 2013. С. 3–6.
11. Луцкая И.К. Системное обследование слизистой оболочки полости рта (СОПР) – способ профилактики злокачественных новообразований / И.К. Луцкая, С.В. Латышева // Український стоматологічний альманах. 2017. № 3. С. 10–14.
12. Гапанович А.Л. Взаимоотношения “врач – пациент”: взаимодействие и сотрудничество на пути к выздоровлению / А.Л. Гапанович // Вестник Смоленской медицинской академии. 2008. № 3. С. 71–73.
13. Березина Н.Н. “Образ врага” в отношениях между врачом и пациентом / Н.Н. Березина, Е.Ф. Онищенко // Российский семейный врач. 2010. № 4. С. 45–49.
14. Сурмач М.Ю. Коммуникационный процесс «врач – пациент» в современном здравоохранении / М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко // Практикующему врачу. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2007. № 1. С. 198–201.
15. Васильева И.А. Отношение к болезни пациентов на хроническом гемодиализе / И.А. Васильева // Нефрология. 2005. Т. 9. № 2. С. 53–60.
16. Карпенко А.В. Онкологические результаты эффективности хирургического лечения рака ротовой полости I и II стадий / А.В. Карпенко, Р.Р. Сибгатуллин, А.А. Бойко [и др.] // Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ. 2017. Т. 7. № 7. С. 30–36.
17. Овчинников В.А. Современные методы лучевого лечения онкологических больных / В.А. Овчинников, К.Н. Угляница, В.Н. Волков // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2010. № 1. С. 93–97.
18. Письменный В.И. Реконструкция дефекта языка после его резекции с применением кожного лоскута на мышцах ниже подъязычной кости / В.И. Письменный, Е.П. Кривошеков, О.В. Осокин, И.В. Письменный // Сибирский онкологический журнал. 2010. № 3 (39) С. 74–75.
19. Письменный И.В. Рак языка: хирургическое лечение / И.В. Письменный // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Т. 17. № 2 (3). С. 633–637.
20. Поляков А.П. Способ устранения дефекта полости рта и языка сложносоставным свободным «химерным» ревааскуляризованным, реиннервированным кожно-мышечным лоскутом после тотальной глоссэктомии / А.П. Поляков, А.Д. Каприн, М.В. Ратушный [и др.] //

- Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕИ. 3'2017. Т. 7. С. 12–18.
21. Вагайцева М.В. Психологические исследования в онкологии / М.В. Вагайцева, В.А. Чулкова, Э.Б. Карпова, С.А. Леоненкова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». 2015. Т. 8. № 3. С. 28–35.
 22. Коровников А.Г. Опыт становления психотерапевтической службы регионального онкологического диспансера города Семей / А.Г. Коровников, М.Н. Сандыбаев, Т.А. Адылханов, М.Т. Нургазин // Research methodology. Science&Healthcare. 2015. № 5. С. 68–80.
 23. Тарабрина Н.В. Взаимосвязь психологических характеристик посттравматического стресса и иммунологических параметров у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, М.А. Падун [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 4. С. 22–28.
 24. Мамытова А.Б. Психолого-психиатрические аспекты в сфере оказания помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией / А.Б. Мамытова, И.Б. Сулайманов // Вестник Кыргызского Российского Славянского университета. 2021. Т. 21. № 1. С. 34–42.
 25. Тарабрина Н.В. Психофизиологические коррелянты посттравматического стресса у онкологических больных / Н.В. Тарабрина, М.С. Курчакова // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. С. 17–23.