

## РОЛЬ ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО В ВЫЯВЛЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

*Ронь Г.И., Епишова А.А.*

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России. г. Екатеринбург

### АННОТАЦИЯ

Гигиенисты стоматологические обязаны осматривать полость рта, исследовать кожу, кости лицевого черепа, слюнные железы, регионарные лимфатические узлы с целью выявления опухоли или предопухолевого заболевания независимо от жалобы, с которой обратился человек. При выявлении на слизистой оболочке каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора. С целью ранней диагностики предопухолевой патологии необходимо использовать средства для массового онкоскрининга полости рта.

Ключевые слова

Гигиенист стоматологический, предопухолевая патология слизистой оболочки рта, диагностика, профилактика.

Abstract

Dental Hygienists are required to examine the mouth and examine the skin, facial bones, salivary glands, lymph nodes to detect tumors or precancerous diseases, regardless of the complaint, which turned people. In identifying the mucous membrane of any changes (ulcers, erosion, hyperkeratosis, etc.) to exclude or confirm the possibility of the traumatic factor. For early diagnosis of precancerous disease should be used screening systemes.

Keywords

Dental hygienist, precancerous oral mucosal pathology, diagnosis, prevention.

Проблема онкологических заболеваний является одной из главных для современного общества. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний во всем мире возрастает. Отличительными особенностями новообразований челюстно-лицевой области являются быстрый темп роста, раннее метастазирование, низкая эффективность различных видов лечения, неблагоприятный прогноз, высокие показатели одногодичной летальности.

В Уральском регионе общий интенсивный показатель заболеваемости злокачественными опухолями органов полости рта за период с 2002 по 2011 гг. увеличился с 3,3 до 4,1 на 100 000 жителей. Причинами поздней диагностики злокачественных опухолей челюстно-лицевой области являются малосимптомное течение заболевания, несвоевременное обращение больных и врачебные ошибки[3].

Шестидесятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения настоятельно призывает государства-члены предпринять шаги по обеспечению того, чтобы профилактика рака полости рта являлась неотъемлемой частью национальных программ борьбы с раком. Необходимо вовлекать специалистов по гигиене полости рта в выявление, раннее диагностирование и лечение [11].

В связи с этим за последние 10—15 лет дальнейшее развитие получил раздел стоматологии, который занимается совершенствованием организационных форм, способов профилактики и раннего выявления заболеваний полости рта. Поэтому и возникла необходимость в подготовке стоматологических гигиенистов -специалистов, владеющих современными методами планирования, организации и проведения профилактических и гигиенических мероприятий (как совместно со стоматологом, так и самостоятельно).

Гигиенист стоматологический должен, среди прочих, иметь навыки диагностики основных стоматологических заболеваний, выявления и устранения факторов риска основных стоматоло-

гических заболеваний, осуществления принципа онкологической настороженности на амбулаторном стоматологическом приеме.

В настоящее время хорошо известно, что раку предшествуют предопухолевые изменения, которые в ряде случаев имеют характер определенного заболевания. Предраковые изменения отличаются от рака тем, что не хватает одного или нескольких признаков, совокупность которых позволяет поставить диагноз рак. Прогрессирование предракового процесса может наступить при условии продолжающегося действия канцерогенного фактора на любом этапе развития этого состояния. В то же время прекращение действия канцерогенного фактора может предотвратить злокачественные даже в тех случаях, когда предраковому заболеванию на пути к раку остается претерпеть незначительную трансформацию.

При первичном обследовании пациента с целью выявления предопухоловой патологии выясняют и уточняют факторы риска и фоновые процессы, которые приводят к развитию злокачественных новообразований:

Экзогенные неблагоприятные факторы:

- механические: грубая пища, различные виды зубных протезов и ортодонтических аппаратов, кариозные зубы, дефекты пломб, аномалии прикуса и положения отдельных зубов;
- химические раздражители: производственные (щелочи, кислоты в виде паров и аэрозолей и др.), бытовые (пряности, спирты, курение); Так, из факторов риска возникновения лейкоплакии на первом месте стоит воздействие табачного дыма.
- температурные раздражители: горячая пища, прижигание губ сигаретой, горячий воздух при работе на некоторых предприятиях;
- метеорологические факторы: воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей, соленой воды;
- биологические факторы: дрожжеподобные грибы, бледная спирохета, палочка Коха.

Риск развития злокачественного новообразования повышается при использовании некоторых лекарственных веществ. Немаловажное значение в канцерогенезе имеет наследственность.

Среди эндогенных факторов имеют значение стрессовые состояния, заболевания желудочно-кишечного тракта, соматические заболевания, недостаток в организме витамина А, гормональные расстройства (сахарный диабет), болезни крови и кроветворной системы, ксеростомия различной этиологии [1,2,4,7,8,9,10].

С этой целью проводят сбор анамнеза и уточняют наличие вредных привычек, профессиональных вредностей, соматических заболеваний, хронических инфекционных заболеваний.

Для лучшей расстановки акцентов можно предложить пациентам заполнить анкету следующего содержания:

Отмечаете ли Вы у себя следующие признаки:

- Незаживающая рана во рту (самый распространенный симптом).
- Белое или красное не исчезающее пятно на десне, языке, миндалинах или других покровных тканях.
- Припухлость или утолщение в области щеки.
- Постоянная ангина или чувство застрявшего в горле предмета.
- Затрудненное жевание или глотание.
- Онемение языка или других областей в полости рта.
- Увеличение челюсти, нарушающее посадку протезов.
- Расшатывание зубов, боль в области зубов или челюсти.
- Изменения голоса.
- Припухлость или новообразование на шее.
- Потеря массы тела.

Гигиенисты стоматологические обязаны осматривать полость рта, исследовать кожу, кости лицевого черепа, слюнные железы, регионарные лимфатические узлы с целью выявления опухоли или предопухолевого заболевания независимо от жалобы, с которой обратился человек.

При внешнем осмотре обращают внимание на общий вид больного, наличие припухлости, асимметрии, образований на красной кайме губ.

Осмотр полости рта начинают с преддверия рта при сомкнутых челюстях и расслабленных губах. Осмотр окружающей здоровой слизистой оболочки и красной каймы губ позволяет сопоставить с ними состояние патологического участка (кератоза). При осмотре очага поражения обращают внимание на ряд симптомов, отличия его от нормального вида. Должны быть фиксированы следующие признаки: цвет, блеск, рельеф поверхности.

Цвет участка кератоза белый либо серый; белесовато-перламутровый вид имеют папулы красного плоского лишая.

Блеск слизистой оболочки в очаге кератоза потерян. Слизистая оболочка уже в ранних стадиях заболевания выглядит помутневшей, а с его развитием – матовой.

Рельеф слизистой оболочки полости рта может изменяться в зависимости от формы заболевания. Продуктивные формы кератоза (бородавчатая форма лейкоплакии и др.) способствуют повышению уровня очага; понижение рельефа, втянутость поверхности наблюдаются с развитием трещин, изъязвлений, атрофических рубцов.

Изучение внешнего вида поражения – его цвета, блеска, рельефа – должно быть дополнительно характеристикой его протяженности, локализации, размеров и формы. Необходимым методом объективного исследования пораженного участка слизистой оболочки полости рта и губы является его пальпация.

При выявлении на слизистой оболочке каких-либо изменений (язва, эрозия, гиперкератоз и др.) необходимо исключить или подтвердить возможность действия травматического фактора, что необходимо для постановки правильного диагноза.

Очень ценными диагностическими признаками являются подвижность зубов на той или другой челюсти, не связанная с пародонтитом и другими заболеваниями зубочелюстных тканей.

Определение скорости слюноотделения является доступным методом отражающим функцию слюнных желез. Пациент собирает слюну (ротовую жидкость) путем сплевывания в градуированную пробирку в течение 10 мин.. Результаты выражается отношением полученного объема слюны (мл) и времени (мин), за которое она была собрана. В норме скорость слюноотделения равна 0,4-0,5 мл/мин. Этот показатель может повышаться или снижаться. На него оказывают влияние патологические процессы возникающие на слизистой оболочке рта, заболевания слюнных желез, прием некоторых лекарственных препаратов (клофелин, белладонна и пр.), курения, возраст.

Одним из методов ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта является световая стоматоскопия. Данный метод обладает высокой чувствительностью, простотой и быстротой получения результатов. При исследовании обращают внимание на цвет, сосудистый рисунок слизистой оболочки; при выявлении патологических изменений (пятно, узелок, бугорок и т. д.) определяют его отношение к окружающим тканям. Для получения большей четкости рисунка слизистой оболочки применяют тот или иной способ витальной окраски.

Проба уксусной кислотой — на слизистую оболочку в области исследования прикладывают ватный тампон, смоченный 2—4 %-ной уксусной кислотой. Кислота способствует устранению слизи, происходит набухание эпителия, возникает спазм сосудов и, как следствие, побледнение слизистой оболочки. Такая реакция расценивается как нормальная и присутствует при воспалительных процессах. У больных раком слизистой оболочки побледнение не происходит вследствие патологического роста сосудов в зоне опухолевого роста.

Проба Шиллера (йодная реакция): слизистая оболочка в зоне исследования обрабатывается 2 % раствором Люголя в течение 1 мин. Происходит окрашивание в темно-коричневый цвет участков слизистой оболочки, богатой гликогеном. Накопление большого количества гликогена

характерно для многослойного плоского эпителия. В ороговевающем эпителии или при наличии участков гиперкератоза гликоген отсутствует и такие участки прокрашиваются слабо.

Окраска толуидиновым голубым является наиболее информативным методом, указывающим на наличие у больного злокачественного опухолевого роста. Применяют 1 % раствор толуидинового голубого, прикладывая его на ватном тампоне с экспозицией 2—3 мин на участок подозрительный в отношении опухолевого роста. Препарат интенсивно воспринимается ядрами клеток, количество которых в значительной степени возрастает при наличии опухолевого роста. Окрашивание эпителия в темно-синий цвет дает возможность с большой достоверностью говорить о наличии злокачественной опухоли.

Сегодня эффективным средством для массового онкоскрининга полости рта являются продукты компании ZILA Pharmaceutical: ViziLite® Plus с TBlue® («Визилайт с ТиБлю» или «Визилайт Плюс»).

Набор ВизиЛайт Плюс состоит из хемилюминесцентного источника света («фонарика» ВизиЛайт) для более точного обнаружения поражения слизистой оболочки ротовой полости и синего метакроматического красителя (ТиБлю) для маркировки обнаруженных при помощи «фонарика» очагов поражения. Тест ВизиЛайт Плюс был разработан для проведения онкоскрининга среди лиц из высокой и очень высокой групп риска развития предраковых и раковых заболеваний ротовой полости и угрожающих состояний.

Прокрашенные синим красителем ткани наглядно видны врачу уже невооруженным глазом при обычном офисном освещении.

Проведения теста рекомендуется лицам, входящим в группу риска развития предраковых и раковых состояний и заболеваний ротовой полости.

Группа высокого риска:

Пациенты в возрасте 40 лет и старше; Пациенты в возрасте 18 – 39 которые:

- курят, систематически употребляют алкоголь;
- являются носителями вируса папилломы человека 16, вируса простого герпеса, вируса

Эпштейн-Бар; вируса иммунодефицита человека;

Пациенты, имеющие хронический кандидоз слизистой полости рта; Пациенты, подвергающиеся систематическому воздействию солнечного света и ветра.

Группа очень высокого риска:

Наследственная предрасположенность (наличие онкологического заболевания ротовой полости в роду);

Все пациенты в возрасте 65 лет и старше (даже изредка курящие или употребляющие алкоголь);

Пациенты с ранее диагностированным предраковым состоянием;

Пациенты с ранее леченым раком полости рта.

Реализация комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний – первоочередная задача российской стоматологической службы сегодня. И основным звеном в этой структуре является новый специалист – гигиенист стоматологический

Пути профилактики рака и предрака слизистой оболочки полости рта и красной каймы основаны на знании этиологических факторов. В связи с этим необходимо пропагандировать отказ от употребления табака и, в первую очередь, от курения трубки, папирос и сигарет без фильтра, от частого употребления алкоголя, горячей и раздражающей пищи, а также включение в рацион питания продуктов, богатых витаминами А, С, В.

Средствами борьбы с избыточным солнечным излучением являются защитная одежда, мази, гигиеническая помада, соблюдение режима принятия солнечных процедур[6].

Общезвестна роль гигиены полости рта в профилактике предопухолевых заболеваний. Их возникновению и переходу в злокачественные может способствовать постоянное травмирование слизистой оболочки полости рта, языка, десен острыми краями разрушающихся кариозных зубов.

При соблюдении правил гигиены ротовой полости, своевременном лечении больных зубов и других заболеваний опасности хронических состояний не возникает.

Мировой опыт, научные исследования ученых убедительно доказали, что только целенаправленная, эффективная профилактическая программа может оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дунаевский В. А., Шеломенцев Ю. А. Предопухольевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта. // Л.: Медицина, 1986. — 184 с.
2. Данилевский Н.Ф. Стоматология. Заболевание слизистой оболочки полости рта. Учебное пособие. 2000.
3. Диагностика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области: Метод. пособие для врачей стоматологического профиля и врачей – онкологов. – Ижевск. 2012.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Под ред. проф. Е. В. Боровского, проф. А. Л. Машкилейсона. — М.: МЕДпресс, 2001. — 320 с., ил.
5. Заболевание слизистой оболочки рта и губ: Учебное пособие/ Л.А. Цветкова, С.Д. Арутюнов, М.В. Петрова, Ю.Н. Перлаутров.- 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕД пресс-информ. 2006 – 208 с.
6. Кузьмина Э. М. Профилактика стоматологических заболеваний. Учебное пособие. Издательство – «Тонга-Принт», 2001, 216 с.
7. Машкилейсон А.Л. Предрак красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта. – М.: Медицина, 1970.
8. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. // М.: Медицина. — 2000. — 479 с.
9. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / под ред. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005 г., – ч.з. – 288 с.
10. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е. В. Боровского. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2004. – 340 с
11. интернет ресурс: ([www.who.int](http://www.who.int))