

УДК 616.311-006.61: 616-07-03: 614.46

Бублій Т.Д., Волошина Л.І., Дубовая Л.І.

ВПЛИВ КАРАНТИННИХ ОБМЕЖЕНЬ НА ШВИДКІСТЬ ДІАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ПОРОЖНИНИ РОТА

Полтавський державний медичний університет, Полтава, Україна

Жорсткий карантин, що тривав 2 місяці як основний засіб боротьби з коронавірусною інфекцією, створив для пацієнтів низку проблем. В умовах сучасної епідеміологічної обстановки стоматологічними медичними установами всіх систем охорони здоров'я надавалася екстрена медична допомога в повному обсязі, але планове лікування відкладалося до зняття карантинних обмежень. Зростаюча загальна тривожність створювала несприятливий психоемоційний фон, що, безумовно, позначалося на зростанні числа онкологічних захворювань, у тому числі – і в порожнині рота. З 2012 року питання онконастороженості в стоматології стоїть на особливому контролі [2]. Рак порожнини рота займає далеко не перше місце по захворюваності в країні, але в нашому регіоні натепер кількість хворих із цим видом раку зростає. Наприклад, у США плоскоклітинна карцинома порожнини рота щорічно уражає близько 34 000 осіб. У США на частку плоскоклітинної карциноми ротової порожнини припадає 3% усіх ракових захворювань у чоловіків і 2% – у жінок [2]. Середній вік – 50 років і старші. Симптоми на початкових стадіях неспецифічні, і багато людей не звертають на них увагу. Через обмежений доступ до спеціалізованої стоматологічної допомоги в період карантину це питання стає вкрай актуальним.

Мета дослідження – установити клінічний діагноз пацієнтці та звернути увагу лікарів стоматологічного й загального профілю на вчасну діагностику онкохвороб.

Плоскоклітинний рак – це, як правило, досить агресивна й малочутлива до лікування пухлина. Тому найголовніше – вчасно звернутися до лікаря. Для плоскоклітинного зроговілого раку характерні екзофітна форма розростання, повільне збільшення, незначна інфільтрація навколишніх тканин, метастазування, пізні виразкування. Для плоскоклітинного незроговілого раку характерні ендофітна форма розростання, раннє виразкування, інфільтрація навколишніх тканин, часте метастазування, швидке зростання. Лімфогенне метастазування відбувається в 5-8% випадків у регіонарні лімфатичні вузли: глибокі яремні, піднижньощелепні, підпідборідні. Гематогенне метастазування відбувається у 2% випадків, переважно в легені. Клінічний перебіг ракових пухлин органів порожнини рота умовно можна розділити на три фази, або періоди.

Початковий період. У цей час пацієнти найчастіше мають незвичні відчуття в зоні патологі-

чного вогнища. При огляді порожнини рота можуть бути виявлені різні зміни: ущільнення слизової оболонки, ущільнення тканин, поверхневі виразки, папілярні новоутвори, білі плями тощо. Біль, який зазвичай змушує звертатися до лікаря, відчують у початковий період розвитку раку приблизно 25% хворих. Однак біль пов'язують з ангіною, захворюванням зубів тощо. Особливо часто це спостерігається при раку з локалізацією в задній половині порожнини рота й альвеолярного краю щелепи. На початковій стадії злоякісну пухлину важко відрізнити від банальної виразки. Характерна локалізація – слизова оболонка щік по лінії змикання зубів, ретромоларна ділянка, кути рота. Симптоми: біль під час мовлення, уживання їжі, ковтання.

У початковий період розвитку раку органів порожнини рота доцільно виділяти три анатомічні форми: а) виразкову; б) вузлувату; в) папілярну.

Розвинений період. У цей час виникають численні симптоми. Перш за все, майже всіх пацієнтів турбує біль різної інтенсивності, хоча іноді, навіть при великих розмірах пухлин, він може не відчуватися. Біль стає гострим, має локальний характер або іррадіює в ту чи іншу ділянку голови, частіше у відповідне вухо, скроню. У багатьох пацієнтів посилюється саливація внаслідок подразнення слизової оболонки продуктами розпаду пухлини. Типовий симптом – смордючий запах із рота, супутник розпаду й інфікування пухлини.

У розвинутий період раку слизової оболонки порожнини рота ми виділяємо дві анатомічні форми: 1) екзофітна форма (папілярна – пухлина грибоподібної форми з бляшкоподібним або папілярним виростами; виразкова – наявність виразки з крайовим валиком активного пухлинного росту, незважаючи на збільшення її розмірів, вона все ж залишається поверхневою, а пухлинний валік ніби відмежовує процес) і 2) ендофітна форма (виразково-інфільтративна – виразка на масивному пухлинному інфільтраті). Виразки часто набувають вигляду глибоких щілин; інфільтративна форма характеризується дифузним ураженням органа [4]. Виразкова форма спостерігається найчастіше. Ракова виразка має вигляд кратера з піднятими вивернутими валікоподібними щільними краями. На дні виразки наявні горбисті щільні розростання з ділянками некрозу і гнійними виділеннями. Таким чином, рак органів порожнини рота, формуючись завжди в зовнішніх шарах слизової оболонки, у

початковий період може розростатися не тільки всередину тканини, а і назовні. Унаслідок цього утворюються екзо- або ендофітні анатомічні форми пухлин з продуктивними й деструктивними змінами.

Період занедбаності. Рак органів порожнини рота швидко поширюється, руйнує навколишні тканини. Рак язика швидко інфільтрує дно порожнини рота і глотку, піднебінні дужки. Рак СОПР – альвеолярний відросток, край тіла щелепи, кістку, щоку, дно порожнини рота, шкіру тощо. Рак слизової оболонки дистальних відділів порожнини рота має злоякісний перебіг, ніж передніх.

Подібний клінічний випадок стався і в нашій практиці. Пацієнтка А., 50 років, звернулася зі скаргами на наявність виразки в ротовій порожнині, біль, неприємний запах із рота.

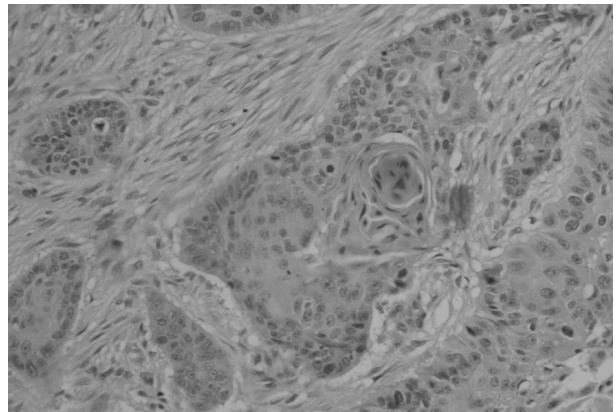


Мал.1. Клінічні прояви раку у хворой А., 50 років

Зі слів пацієнтки, 04.09.2020 вона звернулася до лікаря-стоматолога за місцем проживання з приводу болю в зубі на нижній щелепі справа, що посилюється при накушуванні. На огляді лікар установив, що колір зуба 4.8 змінений, на жувальній поверхні каріозна порожнина, зондування неболюче, перкусія різко болюча. Слизова оболонка правої щічної ділянки гіперемійована, набрякла. Лікар вирішив видалити цей зуб, отримавши інформовану згоду пацієнтки. Після видалення зуба було призначено лінкомицин і німесил за традиційною схемою. Загоювання лунки було без особливостей. 09.12.2020 пацієнтка повторно звернулася до лікаря зі скаргами на біль у зубі на нижній щелепі справа при накушуванні й розростання слизової оболонки правої щічної ділянки. Зі слів пацієнтки, по допомогу не зверталася через карантин і обмежений доступ до стоматологічних клінік, крім того, мала надію, що все минеться. На огляді лікар установив, що слизова оболонка в межах 4.7 і видаленого 4.8 зубів гіперемійована, набрякла, у правій щічній ділянці – гіпертрофована. Зуб 4.7 –

рухомість III ступеня, виражена больова реакція. У той же день зуб видалили. Однак 15.12.2020 пацієнтка знову звернулася до лікаря зі скаргами на наявність виразки в порожнині рота. Після огляду лікар направив її на консультацію до співробітників УМСА.

На огляді пацієнтки встановлено: Обличчя симетричне. Шкірні покриви звичайного кольору, чисті. Видимі слизові оболонки без патології. При пальпації виявлено трохи збільшений правий піднижньощелепний лімфатичний вузол (діаметром до 1,5 см), щільний, рухомий, неболючий, із прилеглими тканинами не спаяний. Відкривання рота вільне. Екскурсія суглобних голівок без особливостей. Слизова оболонка переддвер'я рота блідо-рожевого кольору, волога, без видимих патологічних змін. У дистальних відділах правої привушно-жувальної ділянки виявлено виразку розміром 3х5 см, покриту брудно-білим нальотом, що легко знімається. Краї виразки трохи підняті, щільні, неболючі при пальпації. Відчувався неприємний запах. Було зроблено мазок-відбиток, який відправлено в цитологічну лабораторію комунального підприємства "Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради". За результатом цитологічного дослідження виявлено атипові клітини.



Мал.2. Мікропрепарат. Забарвлення гематоксилін-еозином. Об.40х ок.10х

Після цього пацієнтку оглянув лікар-онколог комунального підприємства "Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер Полтавської обласної ради", зроблено гістологічне дослідження, яке підтвердило діагноз: плоскокіттиний рак з ороговінням.

На ранніх стадіях виявити злоякісні новоутвори в порожнині рота дуже непросто: вони ховаються під маскою звичайних запальних захворювань, але через обмежений доступ до спеціалізованої стоматологічної допомоги в період карантину пацієнти своєчасно не звертаються до лікарів.

На цю ж проблему звертають увагу й лікарі в Європі, де боротьба з раком стикається з чималими труднощами. Наразі всі обмеження через карантин припинено [7]. Відповідно, істотно знизилася й виявлення онкології на ранній стадії.

Висновок

Рання діагностика злоякісних новоутворів щелепно-лицевої ділянки залежить головним чином від онкологічної настороженості лікарів-стоматологів і їхніх знань, подальшої тактики стосовно хворого. За професійного підходу, уважності до пацієнта, сприяння лікарів-онкологів можна своєчасно запобігти розвитку пухлинного процесу й виникненню злоякісної пухлини.

Список літератури

1. Михальченко ДВ, Жидовин АВ. Види злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки та сучасні способи їх лікування. Сучасні проблеми науки та освіти. 2016;6:24-36.
2. Скрипникова ТП, Богашова ЛЯ, Соколова НА. Онконастороженість в стоматології. Український стоматологічний альманах. 2013;5:39-42.
3. Соколова НА, Жукова ТО, Бойко МО. Аналіз причин пізньої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки. Актуальні проблеми стоматології, щелепно-лицевої хірургії, пластичної та реконструктивної хірургії голови та шиї : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Полтава, 14–15 лист. 2019 р.: тези доп. – Полтава, 2019. С. 85–86.
4. Светицкий ПВ, Аединова ИВ, Волкова ВЛ. Местно– распространенный рак верхней челюсти. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015;2-8:1435-8.
5. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population QJM, 2020 Jun 22;113(8):531-7.
6. Bugshan A., Faroog I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis/ Published online. 2020. Apr 2;9:229.
7. Tandon P, Dadhich A, Saluja H, Bawane S, Sachdeva S. The prevalence of squamous cell carcinoma in different sites of oral cavity at our Rural Health Care Centre in Loni, Maharashtra – a retrospective 10-year study. Contemp Oncol (Pozn).2017; 21(2): 178–83.
8. Соколова НА, Волошина ЛИ, Скикевич МГ. Заболеваеть злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации. Паринские чтения 2014. Интегративная медицина в челюстно-лицевой хирургии и стоматологии : сб. трудов науч.-практ. конф. з междунар. участием. – Минск, 2014. С. 345–8.
9. Филенко БН, Ройко НВ, Проскурня СА. Клинико-морфологические прогностические критерии высо-

кодифференцированного плоскоклеточного рака легкого центральной локализации. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2017; 2(17): 61–4.

References

1. Mihalchenko DV, Zhidovin AV. Vidi zloyakisnih novoutvoren shelepno-licevoyi dilyanki ta suchasni sposobi yih likuvannya Suchasni problemi nauki ta osviti. 2016;6:24-36. (Ukrainian).
2. Skripnikova TP, Bogashova LYa, Sokolova NA Onkonastorozhenist v stomatologiyi Ukrayinskij stomatologichnij almanah. 2013;5:39-42. (Ukrainian).
3. Sokolova NA, Zhukova TO, Bojko MO Analiz prichin piznoyi diagnostiki zloyakisnih novoutvoren shelepno-licevoyi dilyanki Aktualni problemi stomatologiyi, shelepno-licevoyi hirurgiyi, plastichnoyi ta rekonstruktivnoyi hirurgiyi golovi ta shiyi : materialy nauk.-prakt. konf. z mizhnar. uchastyu, m. Poltava, 14–15 list. 2019 r. : tezi dop. – Poltava, 2019. S. 85–6. (Ukrainian).
4. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M, The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population QJM, 2020 Jun 22;113(8):531-7.
5. Bugshan A., Faroog I. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis/ Published online 2020 Apr 2;9:229
6. Tandon P, Dadhich A, Saluja H, Bawane S, Sachdeva S. The prevalence of squamous cell carcinoma in different sites of oral cavity at our Rural Health Care Centre in Loni, Maharashtra – a retrospective 10-year study. Contemp Oncol (Pozn).2017; 21(2): 178–83.
7. Svetickij PV, Aedinova IV, Volkova VL. Mestno– rasprostranennyj rak verhnjej chelyusti Mezhdunarodnyj zhurnal prikladnyh i fundamentalnyh issledovaniy.2015;2-8:1435-8. (Russian).
8. Sokolova NA, Voloshina LI, Skikevich MG Zabolevaemost zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami chelyustno-licevoj lokalizacii Parinskie chteniya 2014. Integrativnaya medicina v chelyustno-licevoj hirurgii i stomatologii: sb. trudov nauch.-prakt. konf. z mezhdunar. uchastiem. – Minsk, 2014. S. 345–8.(Russian).
9. Filenko BN, Rojko NV, Proskurnya SA Kliniko-morfologicheskie prognosticheskie kriterii vysokodifferencirovannogo ploskokletochnogo raka legkogo centralnoj lokalizacii Aktualni problemi suchasnoyi medicini. 2017; 2(17): 61–4. (Ukrainian).

**Стаття надійшла
29.03.2021 р.**

Резюме

У зв'язку з карантинними обмеженнями планове лікування хворих відкладалося, надавалася тільки екстрена стоматологічна допомога в повному обсязі. Крім того, стан хронічного стресу вплинув на число онкологічних захворювань. Відомо, що плоскоклітинна карцинома порожнини рота займає 3% усіх ракових хвороб у чоловіків і 2% – у жінок, зазвичай у віці старше 50 років, спостерігається тенденція до омолодження захворювання. Симптоми цього виду раку на початкових стадіях абсолютно неспецифічні, тому утруднення в діагностиці виникають часто й особливо можливі в період пандемії коронавірусу.

Автори статті визначили своєю метою привернути увагу лікарів-стоматологів і сімейних лікарів до проблеми ранньої діагностики раку, у тому числі в порожнині рота.

Для підкреслення проблем, викладених у статті, автори наводять клінічний випадок, який ілюструє утруднення в ранній діагностиці раку в порожнині рота, які посилюлися введеними карантинними заходами. Указується важлива роль відповідальності пацієнта за своє здоров'я.

Ключові слова: плоскоклітинний рак порожнини рота, карантин, діагностика.

UDC 616.311-006.61: 616-07-03: 614.46

EFFECT OF QUARANTINE ON THE RATE OF DIAGNOSTICS OF ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Bubliy T.D., Voloshina L.I., Dubovaya L.I.

Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine

Summary

Oral squamous cell carcinoma is the most prevalent manifestations of malignant tumors in the cranial and cervical regions and they cannot be frequently established until symptoms appear. So there is an urgent need to device methods for the detection of oral premalignant lesions and oral cancer at an early stage in order to improve further patients' conditions.

The whole world was suddenly affected the uncontrolled spread of the coronavirus. All spheres of life were affected, especially medicine. The strict quarantine for 2 months created problems for the patients. Patients who needed dental care they also suffered from it. Dental medical institutions provided only emergency medical care during the period of quarantine restrictions. The planned treatment was postponed until the quarantine restrictions stopped.

In fact, the entire population of the country was in a state of significant psycho-emotional stress. This was combined with the state of chronic stress, and influenced the number of cancers. This trend can be traced worldwide.

According to the literature, in the United States, squamous cell carcinoma of the oral cavity takes 3% of all cancers in men and 2% in women. The tendency of this disease in people 50 years older observed all over the world, however, the disease occurs in people aged 32-49 years. About 40% of intraoral squamous cell carcinomas begin on the floor of the mouth or on the lateral and ventral surfaces of the tongue. About 38% of all oral squamous cell carcinomas occur on the lower lip; these are usually solar-related cancers on the external surface.

The symptoms of this disease in the initial stages are absolutely nonspecific. Many patients do not attach importance to them. Quarantine restrictions on the provision of advisory assistance make this problem of particular relevance.

The authors of the article have determined that their goal to attract the attention of dentists and family doctors to the problem of early diagnosis of oncological diseases and oral cancer is enough important nowadays. Early, curable lesions are rarely symptomatic; thus, preventing fatal disease requires early detection by screening.

The main goal for such investigations is to attract the attention of dentists and family doctors to the problem of early diagnosis of cancer, including oral cavity.

The article presents the clinical characteristics of squamous cell carcinoma of the oral cavity. Particularly, doctors should pay attention to the variety of symptoms characteristic of the initial period of the disease. Patients may complain of thickening of the tissues of the oral cavity, the presence of white spots, ulcerative lesions, which may be covered with plaque. Slight painful sensations are distinguished as manifestations of other diseases. Sometimes the symptoms are relieved by taking analgesics. Patients self-medicate and postpone visiting a specialized specialist for an indefinite time. This does not trouble both patients and some health workers. It should be noted that a typical symptom in the developed period is fetid odor from the mouth due to decay and infection of the tumor.

Oral lesions are asymptomatic initially, highlighting the need for oral screening. Most dental professionals carefully examine the oral cavity and oropharynx during routine care and may do a brush biopsy of abnormal areas. The lesions may appear as areas of erythroplakia or leukoplakia and may be exophytic or ulcerated. Cancers are often indurated and firm with a rolled border. As the lesions increase in size, pain, dysarthria, and dysphagia may result.

During the period of neglect, cancer of the oral cavity organs quickly spreads and destroys the surrounding tissues, infiltrates the floor of the oral cavity, palatine arches, pharynx, etc.

To illustrate the problems outlined in the article, the authors took a clinical case that combines the problems of early diagnosis of oral cancers. It should be noted that in addition to the "inactivity" of the patient in solving problems that occurred in the oral cavity, the resolution of the situation was inhibited by the introduced quarantine measures.

Key words: oral squamous cell carcinoma, quarantine, diagnosis.