

*Г. Н. Чистенко<sup>1</sup>, Т. Н. Терехова<sup>1</sup>, А. В. Иконникова<sup>2</sup>,  
Ш. Ф. Джураева<sup>3</sup>, В. М. Колчанов<sup>4</sup>*

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАКА ДНА ПОЛОСТИ РТА**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,<sup>1</sup>  
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический  
университет им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия,<sup>2</sup>  
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, Иваново, Россия,<sup>3</sup>*

*ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер», Иваново, Россия<sup>4</sup>*

---

*За период с 2010 по 2017 годы на основании ретроспективного анализа данных историй болезней пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении головы и шеи № 2 ИвООД с морфологически подтвержденным диагнозом рак дна полости рта (C04), изучены*

эпидемиологические и диагностические особенности нозологии для улучшения показателей активного выявления онкопатологии врачами-стоматологами.

Данные указывают на позднее обращение пациентов с раком дна полости рта за медицинской помощью. С другой стороны, врачи-стоматологи общей лечебной сети недостаточно начеку и подготовлены к встрече на амбулаторном приеме с пациентами, у которых имеются злокачественные новообразования дна полости рта.

Доказана важность санации полости рта, диагностика предраковых состояний, вероятность малигнизации процесса.

**Ключевые слова:** диагностические аспекты, полость рта.

**G. N. Chistenko, T. N. Terekhova, A. V. Ikonnikova,  
Sh. F. Juraeva, V. M. Kolchanov**

### **EPIDEMIOLOGICAL AND DIAGNOSTIC ASPECTS CANCER OF THE BOTTOM OF THE ORAL CAVITY**

*For the period from 2010 to 2017, based on a retrospective analysis of data from patient histories treated in the surgical department of the head and neck No. 2 of IOOD with a morphologically confirmed diagnosis of cancer of the bottom of the oral cavity (C04), the epidemiological and diagnostic features of nosology were studied to improve indicators of active detection of oncopathology by dentists.*

*The data indicate that late referral of patients with cancer of the floor of the mouth for medical help. On the other hand, dentists of the General medical network are not sufficiently alert and prepared to meet on an outpatient basis with patients who have malignant tumors of the bottom of the oral cavity.*

*The importance of oral rehabilitation, the diagnosis of precancerous conditions, the likelihood of malignancy of the process is proved.*

**Key words:** diagnostic aspects, oral cavity.

Злокачественные новообразования на сегодняшний день являются одной из основных причин заболеваемости и смертности. Все чаще у больных выявляются опухоли челюстно-лицевой области. Проблема онкозаболеваний и недостаточной медицинской грамотности населения остро стоит не только в Российской Федерации, но и далеко за ее пределами. Поэтому врачам-стоматологам отводится важная роль в профилактике и активном выявлении онкопатологии орофациальной области. Повышение уровня онкологической начеку среди врачей-стоматологов общей лечебной сети позволит проводить своевременное выявление предраковых и раковых заболеваний, что в свою очередь, поможет снизить смертность и повысить показатель пятилетней выживаемости пациентов [1, 3].

Рак дна полости рта – это злокачественная опухоль из покровного эпителия слизистой оболочки полости рта. Рак данной локализации встречается в 10–15 % плоскоклеточного рака полости рта. Топографо-анатомические особенности этой локализации связаны с близостью и, следовательно, возможностью распространения на нижнюю поверхность языка, альвеолярный отросток нижней челюсти, противоположную сторону дна полости рта, что является плохим прогностическим призна-

ком. Нередко дно полости рта инфильтрируется вторично, при этом раковые клетки распространяются паравазально по системе язычной артерии.

Результаты наших исследований и авторов дальнего и ближнего зарубежья [1, 4–6, 8, 9] показали, что рак заднего отдела полости рта протекает более неблагоприятно, чем переднего. Рак дна полости рта довольно рано метастазирует в регионарные лимфатические узлы. Начальные формы рака дна полости рта нередко характеризуются бессимптомным течением, при этом в полости рта появляются: безболезненные узелки, поверхностные трещины или язвы, постепенно увеличивающиеся в размерах. Некоторое время рак не дает о себе знать, пациент не испытывает никаких болевых ощущений, поэтому не обращается за помощью. Потом появляется запах изо рта, кровянистые выделения, усиленная саливация, боль. В дальнейшем опухоль начинает быстро расти, увеличиваются лимфатические узлы шеи.

Нередко первым медицинским работником, к кому обращаются такие пациенты, является врач-стоматолог. В этом случае очень важным является раннее выявление симптомов онкологического заболевания, правильная диагностика и маршрутизация пациента в соответствии с порядком оказания онкологической помощи больным.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические и диагностические особенности рака дна полости рта для улучшения активного выявления онкопатологии врачами-стоматологами.

**Материал и методы.** Материал исследования составили случаи заболевания раком полости рта, находившиеся на лечении в Ивановском областном онкологическом диспансере в период с 2010 по 2017 гг. Клинико-диагностические особенности рака полости рта изучены у 49 пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении головы и шеи с морфологически подтвержденным диагнозом рак дна полости рта (C04). При обработке материала рассчитывали структурные (экстенсивные) показатели, показатели заболеваемости (на 100 000 населения), с использованием метода наименьших квадратов определяли эпидемическую тенденцию. Статистическая обработка данных и анализ результатов исследования проведены с использованием программ Microsoft Excel (Microsoft, Statistica v.6.0).

**Результаты и обсуждение.** Заболеваемость раком дна полости рта (C03-C06,09) в Ивановской области в период 2010–2017 гг. была в пределах от 2,08 до 4,87 случаев на 100 000 населения. В изучаемый период в многолетней динамике выявлена выраженная тенденция к росту заболеваемости этой онкологической патологией (средний темп прироста составил 6,67 %, рисунок 1). Многолетняя тенденция отражает влияние постоянно действующих причин, формирующих заболеваемость раком полости рта. Ее рост указывает на повышение активности постоянно действующих причинных факторов. Одним из объяснений увеличения частоты рака дна полости рта

в Ивановской области, может быть увеличение средней продолжительности жизни и изменение возрастной структуры населения в сторону повышения доли старших возрастных групп.

При детальном анализе 49 случаев заболевания раком дна полости рта нами установлено, что это заболевание не встречалось у пациентов в возрасте до 30 лет. В дальнейшем, с увеличением возраста увеличивалась доля пациентов, страдающих раком дна полости рта. Наибольшую долю составили пациенты в возрасте 50–59 лет ( $59,19 \pm 7,02$  % от всех наблюдаемых случаев). Вторую позицию по величине доли заболевших раком дна полости рта составили пациенты в возрасте 60 лет и старше ( $24,49 \pm 6,14$  %). Таким образом, на эти две возрастные группы пришлось  $83,68 \pm 5,28$  % всех заболевших раком дна полости рта. Следующая особенность изученной группы пациентов с раком дна полости рта состояла в том, что в структуре заболевших существенно преобладали мужчины, доля которых составила  $91,84 \pm 3,91$  %, в то время как на долю женщин приходилось  $8,16 \pm 3,91$  % пациентов, заболевших раком дна полости рта (таблица 1).

Из числа, обратившихся за помощью 27 человек проживают в городе Иваново, остальные 22 на территории Ивановской области, в таких городах, как Шуя, Южа, Вичуга, Кинешма и т. д., из них 2 человека проживают в сельско-поселковой местности.

Одними из главных факторов, оказывающих влияние на озлокачествление предраковых заболеваний, являются вредные привычки, такие как: курение и употребление спиртных напитков. Научно доказано, что риск развития рака у курящих

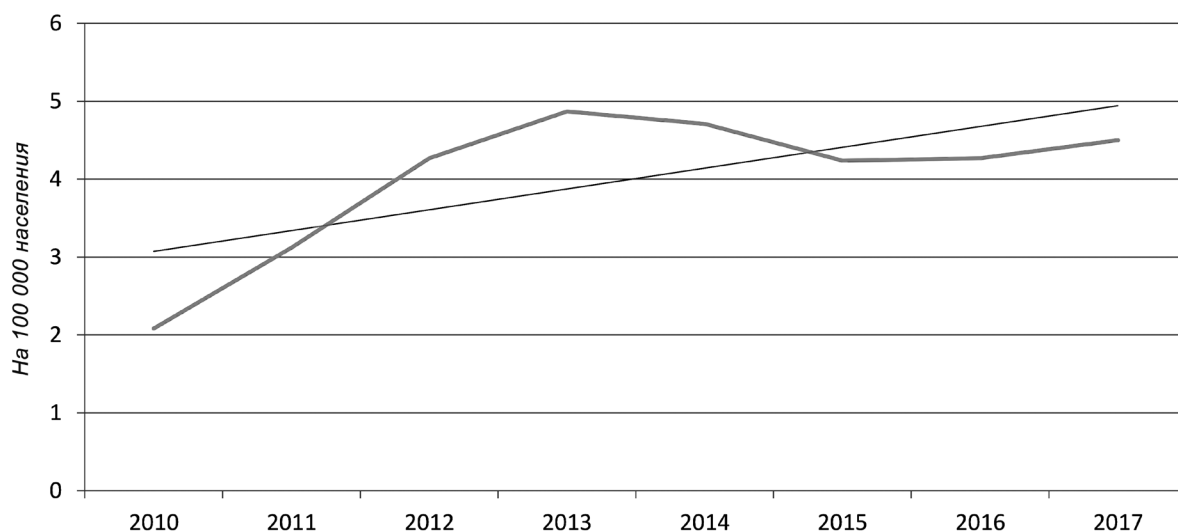


Рисунок 1. Динамика заболеваемости раком дна полости рта населения Ивановской области

Таблица 1. Распределение больных раком дна полости рта по полу и возрасту

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
До 30 лет	0	0	0	0	0	0
30–39 лет	1	2,04	0	0	1	2,04
40–49 лет	5	10,20	2	4,08	7	14,28
50–59 лет	28	57,15	1	2,04	29	59,19
60 лет и старше	11	22,45	1	2,04	12	24,49
Всего	45	91,84	4	8,16	49	100,0

пациентов в 13 раз больше. И возникновение злокачественных новообразований находится в прямой зависимости от интенсивности курения и количества сигарет, выкуриваемых за день. Ядерные клетки под воздействием канцерогенных веществ, содержащихся в сигаретном дыме, подвергаются кариорексису, кариолизису. Таким образом, снижается репаративная функция слизистой оболочки у курящих пациентов [2, 7, 10].

В ходе сбора анамнеза всегда уточняется наличие вредных привычек и профессиональных вредностей у больного. Из 49 больных, проходивших лечение на базе хирургического отделения опухолей головы и шеи 32 (65,30 %) – курильщики (31 мужчина и 1 женщина). После постановки диагноза, некоторые пациентов радикально избавились от вредной привычки (20,40 %). Влияние профессиональных вредностей на возникновение злокачественных новообразований более выражено у мужчин, видимо, в связи с тем, что мужчины работают в тяжелых условиях труда и имеют вредные привычки [2].

Распределение 49 пациентов по социально-профессиональному статусу выглядит следующим образом (гистограмма 1):

Кроме того, часть пациентов (26 человек) получают пособия по инвалидности в связи с сопутствующими соматическими патологиями. Инва-

лиды 1 группы – 6,12 %; 2 группы – 42,85 %; 3 группы – 4,08 %.

Пациенты, у которых впоследствии был установлен диагноз рак дна полости рта, при обращении за медицинской помощью в большинстве случаев (75,51 ± 6,14 %) жаловались на опухолевидные образования в полости рта. В 24,49 ± 6,14 % пациенты указывали на увеличение подчелюстных лимфатических узлов или лимфатических узлов шеи. При обращении пациентов в поликлинику областного онкодиспансера они находились на различных стадиях развития онкологического процесса в области дна полости рта. А именно: первая стадия рака дна полости рта была выявлена у 6,12 ± 3,42 % пациентов, вторая – у 14,29 ± 5,0 %, третья – у 44,90 ± 7,11 %, четвертая – у 34,69 ± 6,8 %. Как следует из приведенных данных, большинство обращений (79,59 %) в поликлинику онкодиспансера было уже на поздней стадии заболевания третья-четвертая стадия.

28,57 ± 6,45 % пациентов обращались к врачам-стоматологам по месту жительства и проходили длительное лечение, которое не давало эффекта. В последующем у них был выявлен рак дна полости рта. Причем, более чем в половине случаев процесс был далеко зашедшим и находился на четвертой стадии. Во всех случаях диагноз рака дна полости рта подтвержден морфологически.

Часто у больных раком дна полости рта имеется много разрушенных зубов и корней, а также обильный зубной налет [1, 2, 7]. На рисунке 2 представлена язвенно-инфильтративная опухоль в передне-боковом отделе дна полости рта слева в виде язвы, покрытой фибринозным налетом с очагами гиперкератоза на массивном опухолевом инфильтрате, переходящая на альвеолярный отросток нижней челюсти, а в задних отделах на подвижную часть языка. Невооруженным взглядом, на поверхности зубов можно обнаружить обильный пигментированный налет курильщика, конгломераты зубного камня на язычной поверхности фронтальной группы зубов. Кроме того, в полости рта присутствуют несостоятельные металло-керамические коронки и съемный частичный протез на верхней челюсти, а также множество разрушенных зубов с острыми и нависающими краями пломб (рис. 2). В начале своего развития рак никак не проявляется, единственной жалобой пациента было неприятное ощущение при прикосновении к опухоли языком. Рак может развиваться как внутрь, так и наружу, в результате

Профессиональная принадлежность больных раком дна полости рта





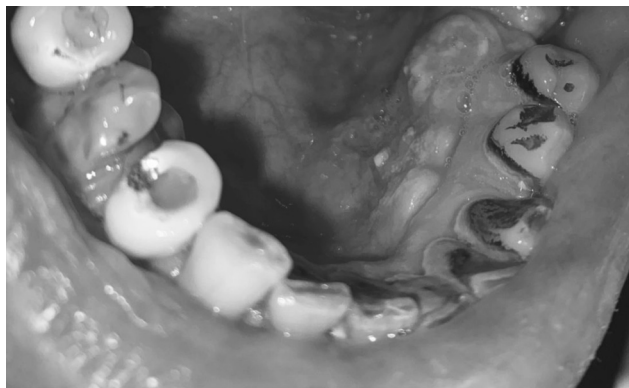


Рисунок 2. Гигиена ротовой полости у больного раком дна полости рта, экзофитная группа рака, папиллярная форма

чего развиваются экзофитные и эндофитные опухоли с деструктивными или продуктивными изменениями. В развитой период появляются многочисленные жалобы со стороны пациентов: на боли различной интенсивности, зловонный запах изо рта, усиление саливации и т. д. Следует отметить, что в период запущенности рак дна полости рта быстро распространяется, разрушает окружающие ткани и обладает исключительно агрессивным течением и сложно поддается лечению [4, 5, 9].

Приведенные выше данные указывают, с одной стороны, на позднее обращение пациентов с раком дна полости рта за медицинской помощью. С другой стороны, врачи-стоматологи общей лечебной сети недостаточно насторожены и подготовлены к встрече на амбулаторном приеме с пациентами, у которых имеются злокачественные новообразования дна полости рта. И первая, и вторая причины приводят к тому, что злокачественные новообразования дна полости рта выявляются поздно. В свою очередь, запущенные случаи рака ротовой полости требуют проведения радикальных хирургических вмешательств, длительного лечения. А с учетом превалирования в структуре больных раком дна полости рта пациентов старших возрастных групп их положение усугубляется наличием тяжелой сопутствующей патологии, что нередко приводит к инвалидности и существенно ухудшает качество жизни этой категории пациентов и проведению радикальных операций, которые приводят к инвалидности.

### Выводы

1. Заболеваемость раком дна полости рта в Ивановской области в период 2010–2017 гг. составляла 2,08–4,87 случаев на 100 000 насе-

ления и характеризовалась выраженной тенденцией к росту (средний темп прироста – 6,67 %),

2. В структуре пациентов, заболевших раком дна полости рта, доминировали мужчины и лица в возрасте старше 50 лет, доля которых составила соответственно  $91,84 \pm 3,91$  % и  $83,68 \pm 5,28$  %.

3. Пациентам, которые обращаются к врачам стоматологам, на амбулаторном приеме, вне зависимости от жалоб, необходимо проводить тщательный внешний, внутриворотной осмотры и пальпацию регионарных лимфатических узлов.

### Литература

1. Джураева, Ш. Ф., Иконникова А. В. Соматический и стоматологический статус больных с онкопатологией челюстно-лицевой области // Эндодонтия today. – 2019. – Т. 17, № 1. – С. 16–20.
2. Иванова, М. К. Эпидемиология злокачественных новообразований полости рта и глотки / М. К. Иванова // Здоровье, демография, экология финно-горских народов. – 2015. – № 3. – С. 72–74.
3. Каприн, А. Д., Старинский В. В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2019. – 250 с.
4. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи: клиническое руководство. – 5-е изд., доп. и перераб. – М.: Практическая медицина, 2013. – С. 142–195.
5. Робустова, Т. Г. Хирургическая стоматология: учебник. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2010. – 688 с.
6. Трубин, В. В. Предраковые заболевания челюстно-лицевой области: конспект лекций / В. В. Трубин, А. Г. Корнилов, А. С. Хачатрян // ИУВ. – Чебоксары, 2006. – 56 с.
7. Фирсова, И. В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочек полости рта и красной каймы губ / И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко, Д. В. Михальченко // Вестник ВолгГМУ. – 2013. – № 1(45). – С. 3–6.
8. Хабибулаев, Ш. З. Косметические и функциональные результаты реконструктивно-пластических операций при опухолях головы и шеи / Ш. З. Хабибулаев, Д. З. Зириходжаев // Известия академии наук Республики Таджикистан. – 2009. – № 3. – С. 79–85.
9. Черенков, В. Г. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиплом. образования врачей / В. Г. Черенков. – изд. 3-е, испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.
10. Farhadi, S. Repair index in examination of nuclear changes in the buccal mucosa of smokers: A useful method for screening of oral cancer / Sareh Farhadi [et al.] // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. – 2017. – № 18(11). – P. 3087–3090.

Поступила 22.11.2019 г.