

Матчин А.А., Козлов В.А.*

Оренбургская государственная медицинская академия

*Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА) В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Дано представление о роли врача общей практики (семейного врача) в вопросах профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных со злокачественными новообразованиями слизистой оболочки полости рта (СОПР). Детализируются симптомы, позволяющие заподозрить и диагностировать опухоль в ротовой полости. Указываются профессиональные факторы, противопоказанные больным после радикального лечения рака СОПР. Обсуждаются вопросы трудовой экспертизы, восстановительного лечения больных.

Введение

Проблема деятельности врача общей практики (семейного врача) широко обсуждается в печати [1]. Переход к семейной медицине обусловлен поиском наиболее эффективных и экономичных форм организации медицинской помощи, призванных обеспечить выполнение важнейшей стратегической задачи в области охраны здоровья, а именно – снижение уровня заболеваемости, распространение которых несет главную угрозу здоровью граждан и национальной безопасности. Потребности семейной медицины и семейного врача ведут к необходимости переосмысливания данных, которые традиционно считаются принадлежностью той или иной узкой специальности. Это положение полностью относится к вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных раком слизистой оболочки полости рта (СОПР). Современный семейный врач, использующий все целесообразные виды лечебно-профилактической работы с больными, должен особое внимание уделять уровню своей подготовки в области онкологии. Именно от его грамотных действий во многом зависит своевременная диагностика любого заболевания, в том числе онкологического. Поэтому настоящая публикация, в первую очередь, преследует цель дать практикующему семейному врачу (врачу общей практики) в концентрированном виде наиболее важную информацию о принципах и сути профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных при злокачественных заболеваниях СОПР,

поскольку достижения в противораковой борьбе определяются не только эффективной специальной терапией, но, прежде всего, профилактикой и высоким удельным весом ранних стадий заболеваний у первично зарегистрированных больных. Только рост этого показателя может существенно улучшить отдаленные результаты современных методов противоопухолевого лечения рака органов полости рта.

Необходимость этого исследования определяется сохраняющейся высокой тенденцией заболеваемости раком СОПР. Так, общий интенсивный показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта и глотки в России за период с 1992 г. по 2001 г. увеличился с 7,13 до 7,21 на 100 000 населения [3]. В 2003 году в Российской Федерации впервые в жизни диагноз злокачественного новообразования полости рта и глотки (С 01 – 14; 46.2) установлен у 9902 больных, при этом I – II стадия диагностирована только у 29,7% пациентов, III стадию имели 36,9%, IV – 31,7% больных. Стадия не установлена у 1,8% пациентов. При профилактических осмотрах злокачественные образования выявлены только у 6,8% больных. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 42%. [4].

Результаты существующих методов лечения местнораспространенного рака СОПР остаются недостаточно эффективными. Даже в ведущих клиниках страны пятилетний срок при плоскоклеточном раке языка в III стадии заболевания переживают 15%, а при IV стадии – 6,5% больных. При раке дна полости рта эти показатели, соответственно, составляют 18,2 и 9,2% [5].

**Злокачественные новообразования
слизистой оболочки полости рта
больных Оренбургской области**

Проанализированы данные Оренбургского областного клинического онкологического диспансера за период с 1980 по 2003 г. За это время в Оренбургской области рак органов полости рта впервые выявлен у 2262 больных, а общий интенсивный показатель заболеваемости возрос с 2,68 до 5,2 на 100 000 населения. Анализ показал, что число впервые выявленных больных раком СОПР в I–II стадиях заболевания не имеет тенденции к увеличению. Так, в 1990 г. из 123 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования полости рта и глотки I и II стадии заболевания имели 52,8% больных, 32,5% – III стадию, IV стадия была диагностирована у 11,4%. Стадия не установлена у 3,3% пациентов. В 2003 г. выявляемость больных раком в I и II стадиях составила 65,5%, запущенный опухолевый процесс III–IV стадии был установлен в 33,4%, стадия не установлена у 0,9% больных. Летальность на первом году с момента установления диагноза составила 35,5%.

Проанализированы истории болезней 200 больных раком СОПР, перенесших хирургический этап комбинированного лечения в клинике челюстно-лицевой хирургии Оренбургской государственной медицинской академии. Установлено, что в 37% наблюдений противоопухолевое лечение было начато через 1-2 месяца от появления первых симптомов заболевания. В 42% наблюдений несоответствующее характеру заболевания лечение либо простое наблюдение продолжалось 3-4 месяца, а в 21% – свыше 4-х месяцев.

Для анализа причин запущенности этой визуальной локализации рака условно сформированы три группы больных. Первая группа включала 84 (42%) пациентов, которые не обращались за медицинской помощью, несмотря на наличие язв, папиллярных новообразований, болей в полости рта, появление подвижности зубов и зловонного запаха изо рта. Эти больные лечились самостоятельно или обходились без всякого лечения до появления тягостных признаков

болезни, которые впоследствии заставили их обратиться к врачу. Среди них основную группу составили пациенты с низким общеобразовательным и культурным уровнем, лица пожилого возраста. Большинство из них были недостаточно осведомлены о возможности развития рака СОПР, плохо соблюдали гигиену полости рта, не придавали должного значения появившимся признакам опухолевого процесса. В этой ситуации имело место незнание больными симптомов опухолевого роста, что связано с недостаточным уровнем санитарной культуры.

Вторая группа представлена 56 (28%) больными, которые при появлении болей и изменений на слизистой полости рта обращались к терапевтам, семейным врачам, хирургам, неврологам, отоларингологам. Эти специалисты длительное время трактовали симптомы опухолевого роста как проявление процессов неопухолевой природы. Этот факт, по-нашему мнению, можно объяснить недостаточными знаниями симптоматики и диагностики рака СОПР вышеуказанными специалистами, несмотря на наличие подчас достаточно ярких клинических симптомов заболевания.

Третью группу составили 60 (30%) пациентов, которые с появлением тех или иных жалоб обращались к врачам стоматологам или зубным врачам. Последние проводили лечение по поводу сиаалоаденитов, слюннокаменной болезни, глосситов, трофических язв, лейкоплакий, остеомиелитов, лимфаденитов и других заболеваний. Назначали лекарственные препараты, физиотерапевтические процедуры, производили разрезы в области раковых инфильтратов, пытались бу-жировать протоки слюнных желез, искать и извлекать слюнные камни. Лишь при отсутствии эффекта от длительного лечения, увеличении зоны поражения и ухудшении общего состояния больные направлялись на консультацию к онкологу.

**Рекомендации по ведению больных со
злокачественными новообразованиями
слизистой оболочки полости рта**

Проведенный анализ и наш многолетний опыт по диагностике и лечению боль-

ных раком СОПР свидетельствуют, что ошибочной диагностике рака способствует тот факт, что большинство специалистов общеполитической сети и врачи-стоматологи не приобрели личного опыта диагностики опухолей органов полости рта во время обучения в вузе, постдипломной подготовки и при самостоятельной практической работе. Беседы с врачами показали, что абсолютное большинство из них в процессе работы вообще не встречалось с больными раком СОПР. Лишь некоторые специалисты имели опыт диагностики рака у одного или двух заболевших. Именно это обстоятельство, по-нашему мнению, способствует диагностическим и тактическим ошибкам, несмотря на осведомленность врачей о возможности появления раковой опухоли в полости рта и наличие даже ярких клинических симптомов заболевания.

Согласно Положению о враче общей практики (семейном враче), утвержденному приказом МЗ РФ №237 от 26 августа 1992 г., в его функциональные обязанности включено осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска; осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением врачебного обследования и необходимых оздоровительных мероприятий.

В литературе описаны основные этиологические факторы рака СОПР [2]. О первых симптомах на начальных стадиях заболевания можно судить по данным анамнеза и клинической картине заболевания в ротовой полости при первичном обращении к семейному врачу. Это позволяет формировать группы лиц с повышенным риском возникновения рака, осуществлять диспансерное наблюдение и проводить целенаправленное обследование и лечение. Так как рак в полости рта в большинстве случаев развивается на патологически измененных участках слизистой оболочки, существующих длительное время, имеется реальная возможность его профилактики и своевременной диагностики врачом общей практики (семейным врачом).

Наши наблюдения свидетельствуют, что в ротовой полости чаще всего встречается рак языка, развивающийся преимущественно на его боковой поверхности в средней трети. Начальные формы рака языка и слизистой оболочки полости рта проявлялись небольшим выростом или неглубокой трещиной, мелкой язвочкой. Подслизистая форма, наиболее коварная, начиналась в виде небольшого подслизистого инфильтрата, ощущаемого, как болезненное уплотнение. В дальнейшем все эти формы сравнительно скоро превращались в болезненную из-за присутствия инфекции язву с развернутым плотным валикообразным толстым краем или в кратерообразную глубокую язву с постепенно увеличивающимся инфильтратом. По мере прогрессирования заболевания дно язвы становилось некротическим с появлением ихорозного запаха изо рта. Иногда появление только именно этого симптома побуждало больного обратиться к врачу.

При язвенно-инфильтративном раке опухолевая инфильтрация распространялась на мышцы языка и на соседние структуры — дно полости рта, корень языка. Пальпаторное исследование очага поражения позволяло врачу уточнить размеры, границы опухоли, зону и глубину инфильтрации, отношение к окружающим тканям.

Типичной локализацией рака дна полости рта являлся передний сегмент с одной или другой стороны от средней линии. Опухоль имеет тенденцию распространяться на надкостницу нижней челюсти или нижнюю поверхность подвижной части языка, что резко ухудшало прогноз заболевания. Рак слизистой оболочки ретромолярного треугольника — области сзади последних нижних коренных зубов — в процессе развития распространялся на переднюю небную дужку и крыловидные мышцы, вызывал контрактуру нижней челюсти, затруднял глотание.

Рак слизистой оболочки щеки чаще развивался на уровне смыкания зубных рядов и обычно распространялся не только поверхностно, но и в толщу щеки, вовлекая значительные сегменты.

Рак альвеолярного края верхней и нижней челюстей обычно возникал на слизистой оболочке десен в премолярной или молярной областях, чаще в области нижней челюсти, при этом быстро поражалась кость. При локализации опухоли в области альвеолярного отдела верхней челюсти опухоль распространялась в верхнечелюстную пазуху.

На твердом небе обычно развивались злокачественные опухоли из малых слюнных желез, при этом слизистая оболочка достаточно долго не изъязвлялась.

Независимо от локализации первичного очага для рака СОПР в начальной стадии заболевания характерны одни и те же симптомы, которые должны вызывать повышенное внимание и настораживать семейного врача и врача любой другой специальности при осмотре ротовой полости. Это боль или неприятные ощущения, изъязвление слизистой оболочки в любом отделе ротовой полости. Появление экзофитного образования с инфильтрированным основанием, увеличивающегося в размерах или кровоточащего; возникновение белой, красной, пятновидной бляшки или участка раздражения слизистой оболочки при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 2-3 недель; повторяющиеся кровотечения из слизистой оболочки без видимых причин, ограничение открывания рта, появление подвижности одного или нескольких интактных зубов, сопровождающееся постоянными болями; увеличение лимфатических узлов в поднижнечелюстной области или на шее, затрудненное и болезненное глотание, осиплость голоса.

Появление этих симптомов, особенно у лиц с высоким риском развития рака СОПР, всегда требует уточняющей диагностики. Наиболее информативен цитологический метод, особенно при поражениях, сопровождающихся изъязвлением. При процессах, сопровождающихся значительным ороговением поверхности (гиперкератоз, лейкоплакия, кожный рог), а также в стадии рака, при которой рост опухоли не сопровождается изъязвлением, получить достаточный материал для цитологического исследования очень сложно. Во время проведения пункции

может быть взята на исследование не часть опухоли, а лишь ткань, прилежащая к ней. Отрицательный результат цитологического исследования при наличии клинической картины, позволяющей предполагать у больного наличие злокачественной опухоли, требует проведения эксцизионной биопсии из подозрительного участка слизистой оболочки.

Возможность диагностики существенно увеличивает ультразвуковое исследование тканей челюстно-лицевой области и шеи с эффектом доплерографии. Последнее позволяет определить размеры опухоли, а также уточнить наличие, количество и величину трудноопределяемых, малодоступных при пальпации метастазов, расположенных не только вдоль сосудисто-нервного пучка, но и вблизи основания черепа, в окологлоточной области.

При сомнительных данных целесообразно проведение прицельной пункции подозрительного участка под контролем ультразвукового аппарата с последующим цитологическим исследованием пунктата.

Объем рентгенологического исследования у больных с диагнозом рака СОПР включает оценку состояния легких и средостения, костей лицевого черепа. На рентгенограммах челюстных костей можно выявить краевую деструкцию при распространении опухоли по продолжению, что особенно часто отмечается при локализации опухоли в области альвеолярных отростков, дна полости рта, твердого неба.

Профилактика предраковых состояний и рака СОПР выходит за пределы возможностей онкологического диспансера, где лечатся больные с уже имеющимися заболеваниями, и должна начинаться на уровне семейного врача, участкового или цехового врача при осмотре закрепленного населения. Она включает выявление больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования (группа 1^а) и больных с предопухолевыми заболеваниями (группа 1^б). Эти пациенты должны быть взяты на диспансерный учет семейным врачом и оздоровлены.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий во многом определяется от-

ношением больного и степенью осознания им необходимости претворения в жизнь рекомендаций семейного врача. Без активного содействия больного вряд ли можно рассчитывать на успех лечения предопухолевых заболеваний, которое может потребовать отказа от ряда сложившихся привычек, длительного проведения консервативной терапии, регулярных повторных посещений. Поэтому важнейшая задача, которую призван решить семейный врач, сводится к тому, чтобы сделать больного своим активным помощником. Добиться этого семейный врач может только путем конкретизации для каждого пациента степени риска возникновения у него злокачественной опухоли. Только осознав грозящую опасность, больной более внимательно будет относиться к данным ему рекомендациям. В этом важном деле существенная роль принадлежит проведению санитарно-просветительной работы среди населения и пропаганде здорового образа жизни.

Возвращение больного к трудовой деятельности, возврат в социальную среду, восстановление его старого или нахождение нового места в жизни после завершения радикального лечения составляют сущность социальной реабилитации. При отсутствии рецидива опухоли и метастазов основные показатели физического состояния больных, их внешний вид, возраст, функциональные результаты лечения, а также наличие или отсутствие сопутствующей патологии определяют возможности трудовой реабилитации. Сам по себе посильный труд, любая физическая активность, их результат, общественное признание – все эти факторы оказывают положительное влияние на физический и психический статус заболевшего.

При определении степени утраты трудоспособности семейному врачу следует строго придерживаться принципа индивидуализации и учитывать профессиональные факторы, противопоказанные больным после радикального комбинированного лечения рака СОПР. К ним относятся:

1. наличие нитрозосоединений, полициклических ароматических углеводородов, токсических веществ, промышленной пыли, промышленных аэрозолей;

2. ионизирующее, лазерное, переменное и постоянное электромагнитное излучение и электромагнитное излучение ультравысоких частот;

3. локальная или общая вибрация, производственный шум выше ПДУ;

4. наличие источников локального нагревания или охлаждения, инфракрасного излучения;

5. наличие биологических веществ типа антибиотиков, белково-витаминных концентратов, ферментов, биостимуляторов, аллергенов, препаратов крови.

Больным противопоказана круглосуточная работа, работа в ночное время, нерегулярность смен. Противопоказан труд, связанный с постоянной или периодической общей физической нагрузкой высокой энергоемкости, выполняемый мышцами корпуса и верхних конечностей, а также связанный с высоким уровнем речевой нагрузки, нервно-психической нагрузки, обусловленной выполнением сложных действий в условиях дефицита времени; руководство другими людьми в различных сторонах деятельности.

Вопрос о доступности больным той или иной профессиональной деятельности решается специализированными МСЭК. При подготовке пациента на МСЭК врач общей практики может привлекать специалиста любого профиля, если его участие необходимо для установления или пересмотра группы инвалидности или для трудовых рекомендаций. Наиболее перспективными в плане трудовой реабилитации являются больные с локализованными формами новообразований СОПР без регионарных метастазов ($T_{1-2}N_0M_0$), при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии, вылеченные лучевым, химио-лучевым или криогенным методами. Вопрос о возвращении к трудовой деятельности больных с сомнительным прогнозом ($T_{1-3}N_1M_0$; $T_3N_0M_0$) следует решать не ранее чем через год после окончания специального лечения. Больным на этот срок устанавливается II–III группа инвалидности, в зависимости от локализации новообразования и степени нарушения функций.

Наименее перспективны в плане возвращения к труду больные с отягощенным про-

гнозом ($T_4N_{0-1}M_0$; $T_{1-4}N_{2-3}M_0$). Они переводятся на I–II группу инвалидности, хотя подобное деление в определенной мере условно.

В руководствах по санаторно-курортному лечению указывается, что больным злокачественными новообразованиями любой локализации это лечение противопоказано. В то же время на возможность и целесообразность санаторно-курортного восстановительного лечения онкологических больных указывается в материалах ряда съездов и конференций. При сроках наблюдения до 5 лет больные могут направляться только в местные санатории; со сроками наблюдения свыше 5 лет – как в местные санатории, так и на соответствующие курорты, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний.

При решении вопроса о санаторно-курортном лечении больных раком СОПР следует отдавать предпочтение больным трудоспособного возраста с I и II стадиями заболевания, где имеется уверенность в стойком выздоровлении и возвращении к трудовой деятельности. По строго индивидуальным показаниям такое лечение можно проводить в III стадии рака с учетом локализации опухоли, метода лечения больного, объема хирургического вмешательства, продолжительности безрецидивного периода, сопутствующей патологии.

Восстановительному лечению в санаторно-курортных условиях подлежат больные с незначительной деформацией челюстно-лицевой области, умеренным дефицитом массы тела, легкими формами анемии, астени-

ческими, психогенными реакциями, депрессивным синдромом.

Не подлежат курортной реабилитации больные, имеющие обезображивание лица или значительные деформации челюстно-лицевой области, эктопротезы. А также больные со значительным снижением массы тела, нарушенным актом жевания, глотания, речи, с не устраненными послеоперационными осложнениями (свищи, оростомы, остеомиелит).

Курортное лечение противопоказано больным после нерадикального лечения или с прогрессированием процесса.

Восстановительное лечение в санаторно-курортных условиях включает санаторный режим, диетотерапию, медикаментозную терапию, использование курортных факторов, лечебную физкультуру. Разумеется, применение гипертермических, аппаратных физиотерапевтических процедур, инсоляций должно быть исключено.

Заключение

Проведенные исследования и вышеизложенные клинически обоснованные рекомендации могут быть положены в основу деятельности семейного врача при решении вопросов диагностики и лечения больных раком органов полости рта. Результаты этой работы, на наш взгляд, способны обогатить информационную базу семейного врача, что позволит в конечном итоге приблизиться к столь желаемому эффекту в улучшении здоровья населения.

Список использованной литературы:

1. Денисов И.Н., Иванов А.И. Врач общей практики (семейный врач) в системе первичной медико-санитарной помощи // Российский семейный врач. – 2000.-№1.– С 6-12.
2. Забежинский М. А., Годорожа П. Д. Этиология опухолей полости рта и губы // Вопр. онкологии. – 1982. – №2. – С. 105 – 113.
3. Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П., Какорина Е.П. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями. // Злокачественные новообразования в России (заболеваемость и смертность) / Под редакцией Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М., 2003. – С. 4 – 123.
4. Петрова Г.В., Харченко Н.В., Грецова О.П. и др. Основные показатели онкологической помощи населению России. // Состояние онкологической помощи населению России в 2003 году. / Под редакцией Чиссова В.И., Старинского В.В., Петровой Г.В. – М., 2004. – С. 4 – 127.
5. Харченко В.П., Возный Э.К., Воробьев Ю.И. и др. Варианты комплексного лечения местнораспространенного рака полости рта и глотки // Вопр. онкологии. – 1999. – Т. 45. – №2.– С. 172 – 175.