ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Заведующий кафедрой

 д.м.н., профессор Левенец А.А.

 Преподаватель:

 кмн, доцент Маругина Т.Л.

РЕФЕРАТ

**МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ**

Выполнил:

Шубкин С.Е.

Красноярск, 2023

Оглавление

1. Актуальность.

 2. Методы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта.

 2.1 Визуальные методы диагностики.

 2.2 Световая стоматоскопия.

 2.3 Йодная реакция.

 2.4 Люминесцентное исследование.

 2.5 Цитологический метод.

 2.6 Бактериологическое исследование.

 2.7 Гистологическое исследование.

 2.8 Электронно-микроскопическое исследование.

 3. Определение аллергологического состояния больного.

 4. Симптомы малигнизации предраковых заболеваний.

 5. Группы риска развития предраковых и раковых состояний и заболеваний ротовой полости.

 6. Онкологическая настороженность врача.

 7. Общий вывод по теме.

 8. Список литературы.

**Актуальность.**

Предрак – изменения органов и тканей, сопровождающиеся повышением вероятности развития злокачественных новообразований. Их наличие не означает обязательной трансформации в рак, малигнизация наблюдается всего у 0,5–1 % пациентов, страдающих различными формами предрака.

Термин «предрак» был официально принят ВОЗ в 1965 г., а в 1978 г. Комитет по профилактике рака подчеркнул необходимость постоянного совершенствования и углубления представлений о предраке. До сих пор нет единой точки зрения в отношении содержания понятия «предрак».

В 1973 г. Л.М. Шабад предложил следующую формулировку: «Предрак – это микроскопические, мультицентрично возникшие, часто множественные, не воспалительные очаги разрастания атипического недифференцированного эпителия с тенденцией к инвазии, но еще без деструкции окружающих тканей»

Изучая предопухолевый процесс, ученые стремились уточнить, когда опасность возникновения опухоли велика, а когда маловероятна. В результате возникло деление наблюдаемых изменений на фоновые и собственно предраковые: факультативный и облигатный предрак

Учитывая сложность методов диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и высокой степени малигнизации, тема реферата посвящена предраковым заболеваниям и онкологической настороженности.

**Методы диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта**

**Визуальные методы диагностики.**

Диагностика заболеваний, связанных с нарушением ороговения слизистой оболочки полости рта, требует от врача-стоматолога глубоких знаний не только по своей специальности, но и по другим медицинским профилям (дерматология, патология внутренних органов и систем, неврология, психиатрия и др.). В затруднительных же случаях больного с нарушением ороговения слизистой оболочки полости рта необходимо подвергать тщательному обследованию у целого ряда специалистов. Больные кератозом требуют специального обследования. Плановое и составленное в определенном порядке обследование больного помогает врачу обстоятельно, детально изучить картину настоящего заболевания, сопоставить отдельные симптомы, чтобы в итоге правильно диагностировать заболевание. Последовательное обследование больного позволяет зачастую выявить дополнительные (на которые не указывает больной) клинические проявления, сопутствующие выраженным симптомам, на которые предъявляет жалобы и сам больной. Обследование больного кератозом начинается с опроса. Сначала задаются общие ориентировочные вопросы, а затем частные, позволяющие выяснить характер данного заболевания. При опросе больных кератозом нередко врач убеждается в том, что главным опасением больного является «ракобоязнь». Это состояние больной связывает с рядом признаков, «подтверждающих» его предположение, – чувством стянутости, жжением, изменением окраски слизистой оболочки в определенном очаге полости рта, длительным течением и развитием заболевания. Зачастую больных кератозом полости рта с выраженным психоневрозом приходится долго убеждать, что многие из их жалоб необоснованны, нередко требуется консультация психиатра. Из расспроса больного можно выявить, что он особых жалоб не предъявляет, а лишь ощущает шероховатость в отдельных участках слизистой оболочки щек либо небольшое выпячивание, болезненность при приеме острой, горячей или пряной пищи. У значительного контингента больных кератозом полости рта кератозные очаги замечает врач-стоматолог при обращении их с болезнями зубов, пародонта. Осмотр начинают с видимых кожных покровов, в том числе кожи лица, так как многие заболевания слизистой оболочки сочетаются с поражением кожи. Обращают внимание на наличие врожденных изменений кожи (невусов, капиллярных гемангиом и др.), а также на элементы поражения при различных заболеваниях кожи (папулы, пузыри, бляшки и др.). Отмечают цвет кожи, ее тургор, эластичность, степень влажности. Если естественное состояние кожи маскируется различными косметическими средствами (румяна, грим, пудра, губная помада), необходимо их снять. На красной кайме губ могут находиться складки, сохраняющие целостность дна. Изредка у пожилых людей складок бывает много, продолжаясь и на окружающую кожу губ, они образуют целую сеть. Главное направление складок – радиальное и совсем нет поперечных. Нижняя губа наделена в центре широкой складкой, края которой обычно никогда не сходятся. На слизистой оболочке щек, красной кайме можно заметить редуцированные сальные железы. Обычно они расположены группами, ближе к сторонам губы в виде редко рассеянных небольших желтовато-белых узелков. У людей со склонностью к себорее количество сальных желез повышено. Далее переходят к осмотру преддверия рта. С помощью стоматологического зеркала, шпателя или специального крючка оттягивают поочередно губы. Верхнюю губу оттягивают так, чтобы виден был переход слизистой оболочки на альвеолярный отросток. Здоровая слизистая оболочка обычно влажная, блестящая, покрыта отдельными бугорками – слизистыми железами и их выводными протоками. Для специального исследования желез большой палец необходимо подложить под губу на кожу, а указательным их прощупать. Губные железы ощущаются под мякотью пальца в виде шариков. В такой же последовательности обследуют нижнюю губу. Осматривая углы рта, следует помнить, что нередко здесь встречаются слепые ходы, или фистулы. При ощупывании их дна пуговчатым зондом судят о размерах, длине и направлении ходов. Осматривать угол рта удобнее при раскрытом рте больного, оттянув пальцами обеих рук боковые участки верхней и нижней губы. На слизистой оболочке щеки нередко можно обнаружить редуцированные сальные железы в значительном количестве. Они располагаются обычно по линии смыкания зубов, в области моляров и премоляров в виде россыпей желтовато-белого цвета или сероватых бугорков. Встречаются на слизистой оболочке щек и ацинозные железы. Здесь их меньше, чем на губе, но размеры их больше. Выделяется особенно крупная железа – glandula molaris, заложенная против третьего моляра. На уровне второго моляра на слизистой оболочке щеки открывается выводной проток околоушной слюнной железы. Иногда стенонов проток открывается на вершине своего рода сосочка, размеры которого индивидуально вариабельны. Функцию железы исследуют путем массирования ее снаружи: из отверстия стенонова протока должна выделяться жидкость. В участке перехода слизистой оболочки щеки в десну по переходной складке в области верхних моляров иногда резко просвечивают сосуды, особенно вены. Нормальная слизистая оболочка губ и щек подвижна и легко берется в складку. При наличии гиперкератоза подвижность поверхностных отделов слизистой оболочки ограничена: участок возвышающейся формы лейкоплакии не удается взять в складку. После исследования преддверия рта переходят к осмотру ротовой полости. Десна по внешнему виду значительно отличается от слизистой оболочки щек: цвет ее обычно бледнее слизистой оболочки щеки. Слизистая оболочка твердого неба неподвижна и имеет определенный рельеф. Рельеф слизистой оболочки твердого неба бывает значительно изменен (утолщен, сглажен) под влиянием ношения съемного пластического протеза. У таких людей слизистая оболочка твердого неба ярко-красного цвета. Цвет слизистой оболочки у курильщиков насыщенно-красный, а у больных печенью – желтоватого оттенка, сердечными пороками – синеватого. На поверхности языка (спинке) расположены нитевидные, грибовидные и желобоватые сосочки. Различной длины нитевидные сосочки рассеяны по спинке языка. Налет более обилен утром, а к середине дня, после приема пищи – уменьшается. Следует помнить, что налет или обложение языка сохраняется дольше, если нарушена подвижность языка по какой-либо причине (травма, неврогенные расстройства и др.). На корне языка (задняя часть языка) отсутствуют сосочки. Здесь заложен фолликулярный аппарат языка и благодаря наличию большого количества крипт (бухт) эта часть по внешнему виду напоминает миндалину. «Язычная миндалина» – название, известное в литературе. При осмотре боковой поверхности языка обращают на себя внимание листовидные сосочки. Иногда здесь выражены довольно толстые венозные сплетения. В нижней части языка слизистая оболочка становится более подвижной посредине, переходя в уздечку языка и в выстилку дна полости рта по бокам. По обе стороны от уздечки отходят две подъязычные складки (plicae sublingualis), под которыми расположены подъязычные железы. 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 с коричневым оттенком; белесоватый 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 возвышению уровня очага; понижение рельефа, втянутость поверхности наблюдаются с развитием трещин, изъязвлений, атрофических рубцов. Изучение внешнего вида поражения – его цвета, блеска, рельефа – должно быть дополнено характеристикой его протяженности, локализации, размеров и формы. Как правило, первичным (самостоятельным) кератозам полости рта свойственно ограниченное поражение. Весьма редко можно наблюдать разлитые кератозы. Отдельные формы лейкоплакии большей частью строго локализованы (например, область угла на слизистой оболочке щек). Излюбленным местом расположения красного плоского лишая является слизистая оболочка щеки в ретромолярном пространстве, а также соответственно линии смыкания зубов. Размеры участков кератоза при лейкоплакии могут варьировать от 0,5 до 2,0–2,5 см в диаметре. Осмотрев участок поражения, определяют его консистенцию. Поэтому необходимым методом объективного исследования пораженного участка слизистой оболочки полости рта и губы является его пальпация. Захватив большим и указательным пальцами правой руки ткань щеки, языка или губы вместе с пораженным ее участком, пытаются собрать ее в складку. При ранних проявлениях кератинизации это легко удается сделать и уже нельзя взять в складку участок кератоза при инфильтрации ткани, при гиперкератозе с акантозом. При ощупывании трещины или язвы врач должен интересоваться консистенцией поражения. В порядке обследования больных с тяжелыми формами кератоза приходится производить исследование клинической оценки воспалительных и бластоматозных процессов. В первую очередь необходимо ощупать подчелюстные, подбородочные, язычные и лицевые лимфоузлы, в которые отводится лимфа из мягких и твердых тканей рта. Так, губы связаны с подчелюстными лимфатическими узлами за исключением средней части нижней губы, от которой происходит отток лимфы сначала в подбородочные узлы. Щеки связаны с подъязычными узлами непосредственно и через поверхностные лицевые узлы. Отток лимфы из языка происходит двояким образом: в язычные узлы и, минуя их, в верхние глубокие глоточные узлы. Нормально лимфатические узлы не прощупываются совсем или неясно ощутимы. При раковых новообразованиях лимфоузлы становятся плотными, спаянными с подлежащими тканями, малоподвижными. Для выявления таких элементов поражения, как бугорки, не имеющие ясных очертаний (при волчанке), прибегают к диаскопии. С помощью предметного стекла нажимают на исследуемый участок слизистой оболочки, чтобы выдавить из него кровь (до побеления участка). Тогда волчановый бугорок, если он имеется, обозначается в виде небольшого желтовато-коричневого образования. Определение скорости слюноотделения является доступным методом, отражающим функцию слюнных желез. Пациент собирает слюну (ротовую жидкость) путем сплевывания в градуированную пробирку в течение 10 мин. Исследование проводится утром натощак. Результат 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 полости рта, заболевания слюнных желез, прием некоторых лекарственных препаратов (клофелин, белладонна и др.), курения, возраст. Так, по нашим данным (1993 г.), скорость секреции слюны снижена у лиц в возрасте 50–70 лет до 0,37±0,03 мл/мин. При КПЛ снижение саливации отмечается при типичной форме – 0,25±0,04 мл/мин, при эрозивно-язвенной форме – 0,27±0,05 мл/мин. Особенно функция слюнных желез нарушена при длительном существовании язв без тенденции к эпителизации – 0,11±0,32 мл/мин. Это позволяет говорить о том, что скорость слюноотделения имеет важное прогностическое значение, во-первых, а во-вторых, результаты измерения необходимо учитывать при составлении плана лечения. Необходимо направить усилия на нормализацию нарушенной функции или ее замещения.

**Световая стоматоскопия.**

 Одним из методов ранней диагностики заболеваний слизистой оболочки полости рта является световая стоматоскопия, проводимая по сокращенной и расширенной методикам с применением флюоресцентной, йодной проб. Данный метод обладает высокой чувствительностью, простотой и быстротой получения результатов, возможностью фиксировать информацию и сравнивать данные, полученные при динамическом наблюдении.



**Рис.1 Световая стоматоскопия.**

**Йодная реакция (Проба Шиллера)**

Используют 2 % водный раствор Люголя. При определении степени йод-негативности следует принимать во внимание, что в норме слизистая оболочка окрашивается раствором Люголя неодинаково. На слизистой оболочке в области губ, щек, переходных складок, подъязычной области наблюдается темно-коричневое окрашивание, а красная кайма губ, десны, слизистая оболочка твердого неба, спинки языка могут дать йод-негативность, так как покрыты эпителием, имеющим небольшой слой ороговения.

**Люминесцентное исследование.**

Люминесцентное исследование позволяет изучить картины, наблюдаемые при кератозе в его разнообразных проявлениях, и поставить более правильный диагноз заболевания. Здоровая слизистая поверхность отсвечивает бледным синевато-фиолетовым цветом; кератоз дает средней интен- 60 сивности свечение с тусклым желтым оттенком; гиперкератоз – голубовато-фиолетовым; воспалительные явления – интенсивным синюшно-фиолетовым окрашиванием; эрозии и изъявления выявляются темно-коричневыми или черными пятнами. Пятно красной волчанки характеризуется белоснежно-голубоватым или снежно-белым свечением. Важно, чтобы на 3-4 дня до начала исследования прекратилось применение мазевой терапии. Это вызвано тем, что целый ряд мазей дают интенсивное свечение в лучах Вуда. Разнообразие цвета различных патологических очагов в люминесцентном исследовании в значительной мере помогает установить точный диагноз формы заболевания. Полученные данные позволяют считать метод люминесценции вполне доступным для дополнительного использования его в поликлинических условиях при диагностике кератозов слизистой оболочки полости рта

****

**Рис.2 Люминесцентное исследование СОПР.**

**Цитологическое исследование.**

Цитологический метод весьма простой в отношении безопасности и быстроты ответов и может быть использован при диагностике тяжелых форм кератозов. Забор материала для цитологического исследования следует проводить с таким расчетом, чтобы проанализировать цитограмму различных полей поврежденного участка (его периферии, центральной части и контрольные мазки-отпечатки с окружающих поверхностей эпителия). Целесообразно забирать материал в различных стадиях патологического процесса (обострение, хронизация, период регрессии). Стерильный резиновый столбик прикладывают к очищенной от слюны и налета поверхности повреждения (при наличии пузырей отпечаток берут с эрозии под покрышкой пузыря). Отпечаток переносят на обезжиренное предметное стекло, высушивают в течение 5 мин, фиксируют в краске-фиксаторе Лейшмана в течение 3 мин; краску смывают дистиллированной водой и мазок заливают рабочей смесью азурэозина. Через 20 мин препарат обрабатывают дистиллированной водой и высушивают на воздухе. Микроскопирование проводится при различных увеличениях, включая иммерсию. В мазках-отпечатках, взятых на здоровой стороне слизистой оболочки, выявляются большие эпителиальные клетки интенсивно окрашенным ядром обычно небольших разме- 61 ров и равномерно окрашенной голубой цитоплазмой. В мазках-отпечатках, взятых с участка поражения лейкоплакией, количество ороговевших клеток всегда увеличено, их состав полиморфный. Обычно имеются сегментоядерные нейтрофилы (от 50 до 90 %), иногда с выраженной дегенерацией в виде набухания ядра, нарушения целости самой клетки; встречаются ядра без цитоплазмы. Большое количество безъядерных клеток эпителия. При большой давности процесса с клинически выраженным возвышением участка и образованием на нем трещин в мазках-отпечатках отмечаются ядросодержащие эпителиальные клетки, изредка с фигурами митозов. При озлокачествлении выявляются гигантские клетки, резко атипичные «ажурные» клетки с вакуолизированными протоплазмой и ядром, многоядерные, синцитиальные пласты, амитозы, глыбчатое строение ядра и так далее. Цитологический метод является хорошим вспомогательным диагностическим тестом, который должен быть использован как дополнительный в установлении диагноза кератоза в комплексе с

другими методами исследования.

**Бактериологическое исследование.**

Бактериологическая диагностика нарушений микробиоценоза полости рта основывается на выделении, идентификации и количественном учете наиболее характерных микроорганизмов (различных видов стрептококков, стафилококков, лактобактерий, дрожжеподобных грибов и грамотрицательных палочек). Материал для исследования берут натощак: пациент тщательно прополаскивает рот стерильным физиологическим раствором (10 мл), смывную жидкость используют для приготовления разведений и прямого посева в дифференциально-диагностические среды – кровяной и желточно-солевой агары, среды Эндо и Сарубо и специальную среду для выделения лактобактерий. Рост факультативных микроорганизмов учитывают через 24, 48 и 72 час. инкубации (37 и 30° С). Изменение состава микрофлоры условно делят на 4 категории: дисбиотический сдвиг, дисбактериоз I, II, III и IV степени. Для дисбиотического сдвига обычно характерны незначительные изменения – превышение количества одного вида 62 условно-патогенного микроорганизма при сохранении нормального видового состава микрофлоры полости рта. Эту форму сдвига можно назвать латентной, или компенсированной, при ней могут отсутствовать выраженные клинические признаки заболевания. Дисбактериоз I – II степени (субкомпенсированная форма) характеризуется более выраженными изменениями состава микрофлоры: выявление 2-3 патогенных видов на фоне некоторого снижения титра лактобактерий. У больных с I – II степенью дисбактериоза, как правило, имеются и клинические симптомы болезни. Выявление патогенной монокультуры при резком снижении количества или полном отсутствии представителей нормальной (физиологической) микрофлоры (негемолитический стрептококк, лактобактерии) расценивали как дисбактериоз III степени, а наличие ассоциаций патогенных видов бактерий с дрожжеподобными грибами – как дисбактериоз IV степени. Хотя это деление весьма условно, однако оно позволяет более дифференцированно подходить к диагностике и комплексному лечению заболеваний, а при динамическом бактериологическом контроле – прогнозировать его течение. Метод микробиологического диагностического исследования смыва из полости рта не всегда является информативным, особенно при инвазивном росте Candida albicans . В целях более точной диагностики нарушений микробиологического равновесия в полости рта с явлениями внутритканевой инвазии, необходимо проводить одновременно микробиологические и гистологические исследования, которые, дополняя друг друга, помогают представить полную картину гистобиологических нарушений. Гистологическое изучение с использованием реактива Шифера позволяет выявить инвазивный рост грибов Candida albicans при различных формах КПЛ слизистой оболочки полости рта, что заставляет включать в схемы лечения противогрибковые препараты общего и местного действия.

**Гистологическое исследование.**

Гистологическое исследование. Это один из достоверных методов установления морфологического состояния патологического участка, определяющих степень изменения в клеточных и волокнистых структурах слизистой оболочки ротовой полости и губ на различных стадиях развития заболевания. Гистологическое исследование осуществляют для более детальной оценки воспалительного процесса, обнаружения признаков возможной малигнизации, формы клинического проявления КПЛ. Биопсию проводят под местной или проводниковой анестезией (в зависимости от ее цели) с расчетом забора тканевого материала из повреждения и участков в его окружении. Участки для исследования выбирают так, чтобы в объект исследования входили единичные и слившиеся папулы, участки линейных и сетчатых повреждений, фрагменты эритемы и экссудации. Тканевой материал фиксируют в 10 % растворе нейтрального формалина, заливают в парафин или целлоидин; серийные срезы, окрашенные гематоксилин-эозином, рассматривают под микроскопом при различных увеличениях. Серийные срезы позволяют избежать артефактов технического порядка. Оценку гистопрепаратов проводят по анализу изменений в 4 участках эпителиально-соединительно-тканного слоя слизистой оболочки полости рта, включая ее дериваты (малые слюнные железы, гранулы Фордайса, лимфатические фолликулы и агрегаты лимфоидной ткани): 1 – поверхность эпителия – тип кератинизации; 2 – шиповидный слой – гиперплазия, атрофия, изменения клеточных структур и межклеточного матрикса, наличие клеточного инфильтрата; акантоз, акантолиз, вакуольная дегенерация шиповидных клеток, наличие ограниченных полостей и пузырьков и их содержимого; 3 – базальный слой – оценка клеточной инфильтрации, признаки гидропии, межклеточные соединения, плотность эпителиально-соединительно-тканного контакта; 4 – собственный слой слизистой оболочки полости рта – тип инфильтрата и его локализация, форма эпителиально-соединительно-тканных сосочков (уплощенная, остроконечная, «пилообразная», сглаженные сосочки); состояние сосудов капиллярного типа, проницаемость стенки сосудов, инфильтрация в окружении сосудов, их тромбоз, ретенция; малые слюнные железы – состояние протоковой и ацинозной структур (дегенерация, атрофия, ретенция, тип и локализация инфильтратов); лимфатические фолликулы, признаки воспалительной реакции; гранулы Фордайса оцениваются по аналогии с изменением малых слюнных желез. Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов и данных цитологического и гистологического исследований.



Рис.3 Цитологическое исследование.

**Электронно-микроскопическое исследование.**

Такое исследование все шире используют для изучения тонких изменений при кератозах. Однако оно носит не столько диагностический характер, сколько направлено на изучение механизмов развития патологического процесса на уровне тончайших ультрамолекулярных структур клеточного и внеклеточного порядка. По определенным показаниям назначают анализ крови, мочи.

**Определение аллергологического состояния больного.**

Отдельные формы кератозов (эрозивная форма лейкоплакии, пемфигоидная форма красного плоского лишая и др.) могут развиваться и протекать на фоне общей и местной тканевой сенсибилизации организма. С этой точки зрения обязательным является изучение аллергологического статуса больного. В последнее десятилетие для диагностики поражений слизистой оболочки полости рта и дерматозов, в патогенезе которых определенная роль принадлежит иммунным, в том числе аутоиммунным, механизмам, используются иммунологические методы исследования, такие как непрямая и прямая реакции иммунофлюоресценции. Первая из них позволяет выявить циркулирующие иммуноглобулины (антитела) классов A, M, G; вторая – фиксированные в тканях иммунные комплексы, содержащие эти же классы иммуноглобулинов, разные фракции комплемента, фибрин и др. Такие реакции используются, например, для дифференциации пузырных заболеваний, для диагностики красной волчанки и др. С целью определения состояния клеточного иммунитета и назначения патогенетической терапии, ставят реакции розеткообразования (Е-РОК)- и В-лимфоцитов, в том числе с иммуномодулятором левамизолом; реакцию бластной трансформации лимфоцитов с неспецифическим митогеном – фитогемагглютинином (ФГА) и с подозреваемыми аллергенами, например антибиотиками, сульфаниламидами и др. С этой же целью ставят реакцию дегрануляции базофилов (тест Шелли) с различными аллергенами и др. Такие тесты, проводимые in vitro, как и радиоиммунные сорбционные тесты (PAST и др.), выявляющие разные фракции IgE, постепенно вытесняют из клинической практики кожные пробы, позволяющие выявить повышенную чувствительность кожи к разнообразным аллергенам (к химическим веществам, в том числе медикаментам, продуктам питания, бактериальным аллергенам и др.). Это связано с тем, что, имея диагностическую ценность, эти пробы небезразличны для больного, так как введение в кожу уже аллергизированного больного даже небольшого количества аллергена усиливает патологический процесс, вызывая иногда обострение болезни. С этой же целью можно использовать гораздо менее опасную элиминационную пробу, т. е. исчезновение симптомов заболевания и отсутствие рецидивов после исключения приема медикамента или подозрительного аллергена из пищи или окружающей среды. В клинических условиях наиболее удобным методом выявления аутоиммунных нарушений служит определение свободно циркулирующих в сыворотке крови тканевых антител.

**Симптомы малигнизации предраковых заболеваний.**

В ходе динамического наблюдения пациентов и лечения предраковых заболеваний врач-стоматолог обязан обратить внимание на следующие клинические признаки: – длительное течение процесса; – безуспешность лечения; – ускорение темпов роста очагов поражения; – усиление процессов ороговения; – исчезновение четкости границ очага поражения; – уплотнение тканей под основанием и вокруг очага поражения; – изъязвление очага (очагов) поражения; – возникновение самопроизвольной боли и подвижности зубов; – появление симптомов пареза мимических мышц, потеря чувствительности кожи или слизистой оболочки в месте локализации заболевания. Заподозрив малигнизацию предраковых очагов поражения, необходимо провести дополнительные методы исследования (мазок-отпечаток, соскоб с последующим цитологическим исследованием, биопсия, радионуклидная диагностика) и направить больного на консультацию в онкологический диспансер.

**Группы 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 лет, которые:

– курят (любой вид курения, включая кальяны или жевание табака);

– систематически употребляют алкоголь;

– являются носителями вируса папилломы человека 16;

– являются носителями вируса простого герпеса;

– являются носителями вируса Эпштейн-Бар;

– являются носителями вируса иммунодефицита человека

• Пациенты, имеющие хронический кандидоз слизистой

оболочки 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 леченным раком полости рта.

**Онкологическая настороженность врача.**

По мнению Б.Е. Петерсона, онкологическая настороженность сводится к следующему: – знание клинических признаков злокачественных новообразований; – знание симптомов предраковых заболеваний, их лечение; – знание организации онкологической помощи и направление больного на консультацию; – тщательное обследование всех больных, обращающихся к врачам любой специальности, для выявления возможного онкологического заболевания; – необходимо знать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественных опухолей и уметь их диагностировать; – в максимально короткий срок необходимо поставить клинический диагноз, подтвержденный данными гистологического исследования, и начать рациональное лечение больного.

**Общий вывод по теме.**

Предраковые заболевания остаются в центре внимания многих исследователей. Не смотря на новые методы диагностики, на появление новых и дополнительных тестов для диагностики предраковых заболеваний - немногие из них имеют достаточную специфичность и чувствительность либо использование метода сопряжено с приобретением дорогостоящего оборудования и длительным обучением медицинского персонала. Однако методы совершенствуются, привлекаются специалисты из смежных областей науки для создания алгоритмов обработки данных, что позволяет надеяться на перспективы диагностики заболеваний СОПР в ближайшем будущем.

**Литература.**

**К вопросу о папилломовирусном генезе лейкоплакии слизистой**

**оболочки рта / И.И. Бабиченко, О.Ф. Рабинович, А.А. Ивина,**

**И.М. Рабинович, А.А. Тогонидзе // Архив патологии. – 2014. –**

**№ 1. – С. 32–36.**

**Тогонидзе, А.А. Оптимизация диагностики и лечения лейкоплакии слизистой оболочки рта: автореф. дис. … канд. мед наук**

**[Электронный ресурс] / Тогонидзе А.А. – Москва, 2015. – Режим**

**доступа:** [**http://medical-diss.com/medicina/optimizatsiya-diagnostiki-ilecheniya-leykoplakii-slizistoy-obolochki-rta#ixzz4JP6YdtVD**](http://medical-diss.com/medicina/optimizatsiya-diagnostiki-ilecheniya-leykoplakii-slizistoy-obolochki-rta#ixzz4JP6YdtVD)

**Amagasa, T. Oral premalignant lesions: from a clinical perspective**

**/ T. Amagasa, M. Yamashiro, N. Uzawa // Int J Clin Oncol. – 2011. –**

**Vol. 16, № 1. – P. 5–14. doi: 10.1007/s10147-010-0157-3.**

**Зазулевская, Л.Я. Особенности проявления красного плоского лишая**

**/ Л.Я. Зазулевская, К.М. Валов // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 1. –**

**С. 126–129.**

**Кукушкин, В.Л. Эпидемиологические аспекты заболева-ний слизистой оболочки полости рта / В.Л. Кукушкин, Е.Н. Соколова,**

**Е.А. Кукушкина // Забайкальский ме -дицинский вестник. – 2013. –**

**№ 1. – С. 156–159.**

**Белева, Н.С. Совершенствование диагностики и комплексного лечения в системе диспансеризации больных красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта: автореф. дис. … канд. мед. наук /Белева Н.С. – Пермь, 2010. – 23 с.**

**. Генетические маркёры предрасположенности к развитию рецидивов**

**красного плоского лишая слизистой оболочки рта / Г.М. Акмалова,**

**С. В. Чуйкин, Г.И. Ронь, Н.Д. Чернышева, Э.С. Галимова,**

**И.Р. Гилязова, Э.К. Хуснутдинова // Проблемы стоматологии. –**

**2016. – Т. 12, № 1. – С. 62–69.**