

УДК 616.31-006.-4

Т.П. Скрипникова, Л.Я. Богашова, Н.А. Соколова

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ В СТОМАТОЛОГИИ

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Актуальность темы

Частота онкологических заболеваний челюстно-лицевой локализации с каждым годом повышается. В связи с этим, несмотря на достигнутые успехи в разработке методов лечения, вопрос о профилактике и своевременной диагностике опухолей не утратил своей актуальности. Решить этот вопрос без участия стоматологов, силами одной онкослужбы не представляется возможным, так как профилактика рака основана в первую очередь на санитарно-гигиеническом воспитании широких слоев населения, строгом соблюдении правил гигиены полости рта, регулярном посещении врача-стоматолога [1, 2, 3].

Для усиленной борьбы со злокачественными новообразованиями необходимы данные об эпидемии рака, размеры онкологической заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей для разных возрастных, этнических, профессиональных и других групп населения.

Другим не менее важным положением является диспансеризация у стоматолога больных с предопухолевыми и так называемыми фоновыми заболеваниями челюстно-лицевой локализации [4, 5, 6].

Изложенные факты позволяют сделать вывод о том, что дальнейшее повышение эффективности лечения онкологических больных в наши дни во многом зависит от своевременной диагностики заболевания, поэтому на первую ступень врача-стоматолога выступает онконастороженность в его работе на поликлиническом приеме.

По данным М.М.Соловьева (2003), основная ответственность за своевременное и раннее выявление рака слизистой оболочки полости рта и языка лежит на врачах первичного звена, на стоматологах, работающих в частных кабинетах, коммерческих клиниках, бюджетных поликлиниках. Как одну из форм информационной поддержки можно рекомендовать иметь на рабочем месте памятку следующего содержания.

1. У каждого больного, независимо от возраста и жалоб, необходимо исключить наличие опухоли и предопухолевых заболеваний челюстно-лицевой области.
2. Результаты осмотра подлежат обязательной регистрации в истории болезни.
3. У каждого пациента необходимо осмотреть кожные покровы лица, шеи, и в случае выявления какой-либо патологии направить его на консультацию к дерматологу или онкологу.
4. Наличие следующих симптомов служит ос-

нованием заподозрить у больного наличие злокачественной опухоли:

- появление экзофитного образования с инфильтрированным основанием, увеличивающегося в размерах, кровоточащее;
 - наличие язвы с инфильтратом в основании, не заживающей в течении 2-3 недель;
 - появление постоянных болей умеренной интенсивности в зоне патологического процесса, особенно беспокоящих больного в ночное время;
 - появление подвижности одного или нескольких интактных зубов, сопровождающееся постоянными болями;
 - изменение характера отделяемого из носа у больных хроническим синуситом (гайморитом) – появление сукровичных, зловонных выделений;
 - постепенно нарастающий парез мимических мышц, парестезии и онемение в зоне иннервации подглазничного, подбородочного, язычного нервов;
 - наличие шаровидных плотных безболезненных лимфатических узлов в области шеи, увеличивающихся в размере.
5. При подозрении на наличие злокачественной опухоли больного следует сразу же направить на консультацию в онкодиспансер.
 6. При атипичном течении заболевания необходимо шире пользоваться консультацией коллег, чаще прибегать к цитологическому и гистологическому исследованию материала, взятого из патологического очага.
 7. Все больные со злокачественными опухолями подлежат обсуждению с целью выяснения возможных ошибок в диагностике и лечении, формирования у врачей постоянной онконастороженности.
 8. Ткани патологического очага, удаляемые во время оперативного вмешательства, необходимо направлять на гистологическое исследование.
 9. При диспансеризации лиц с предопухолевыми заболеваниями следует шире пользоваться цитологическими исследованиями мазков-отпечатков, соскобов.
 10. Существенный резерв в улучшении диагностики злокачественных опухолей – постоянное проведение санитарно-просветительной работы среди широких слоев населения, разъяснение необходимости неотложного обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, недопустимости самолечения.

Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований являются основными показателями противораковой борьбы. В связи с этим актуальным является изучение распространенности, структуры онкологической патологии как в стране, так и отдельных её регионах [4].

Объекты и методы исследования

По данным Полтавского областного клинического онкологического диспансера за 2012 год, на учет взято 5056 больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями, заболеваемость составила 374,1 на 100 000 населения (по Украине этот показатель составляет 352,6 на 100 000 населения). Больных с онкологической патологией челюстно-лицевой локализации было 157, т.е. заболеваемость составила 10,7 на 100,000 населения.

Таким образом, стоматологическая заболеваемость составляет 3,3% в структуре общей онкологической заболеваемости.

Собственные исследования

Анализ данных свидетельствует о том, что при сравнении абсолютных показаний наибольшее количество больных зарегистрировано в г. Полтаве (39 больных) и в г. Кременчуге (20 человек), но при сравнении интенсивных показателей наибольшее количество онкологической патологии выявлено в Хорольском районе – 19,3 на 100 000 населения, в Шишацком – 19,9, Глобинском – 17,1, Лохвицком – 15,5, Великобагачанском – 15,3 на 100 000 населения.

Из общего количества больных (157 человек) мужчин было 120, женщин – 37, т.е., мужчины болеют чаще, чем женщины, в 3,2 раза. Рак губы у мужчин встречался в 3,4 раза чаще, чем у женщин; рак языка – в 9 раз, рак слизистой оболочки полости рта – в 4 раза, слюнных желез – в 3,6 раза, рак верхней челюсти – в 1,6 раза, а рак нижней челюсти у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.

По локализации выявлена наибольшая частота рака слизистой оболочки полости рта, включая новообразования слизистой оболочки щеки, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба и дна полости рта, всего 55 случаев (35%), языка – 22 случая (12,7%).

Таким образом, рак слизистой оболочки полости и органов полости рта составил 75 (47,7%). На втором месте рак губы - 40 случаев заболевания (25,5%), на третьем – рак больших слюнных желез – 23 случая (14,6%), на четвертом – рак языка - 22 случая (12,7%). Злокачественные опухоли челюсти занимают пятое место – 19 случаев (12,1%), верхней челюсти – 13 случаев, нижней – 6.

Выявленное заболевание на I-II стадиях у 77 человек (49%). Количество запущенных случаев составило 40,8% (64 случая). Наибольшая частота запущенных случаев заболевания отмечена при онкопатологии нижней челюсти – 16,7% и

83,3% без определения стадии заболевания, верхней – 76,9% и 23,1% - без указания стадии, языка - 60%, слизистой оболочки полости рта – 54,5%, слюнных желез – 30,7% и 21,7% - без указания стадии заболевания.

По районам области наибольшее количество запущенных случаев зарегистрировано в Шишацком, Оржицком, Козельщинском районе – все выявленные случаи заболевания – 100%, в Пирятинском – 90%, Кременчугском, Глобинском, Гребенковском – по 75%, в Полтавском – 72%, Миргородском и Лохвицком – 60%, в Семеновском, Кобелякском районах и г. Комсомольске – по 50%, в г. Кременчуге – 55%, в г. Полтаве – 36%.

Сроки выявления заболевания имеет жизненно важное значение.

Так, по данным литературы, при первой стадии рака стойкой ремиссии можно достигнуть в 90% случаев, при второй стадии эффективность снижается до 70%, при третьей – до 40%. В последнем случае этого можно достигнуть путем проведения объемных оперативных вмешательств, которые приводят к глубокой физической и социальной инвалидности больного [7, 8].

Успехом ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области являются эффективная профилактическая, диспансерная работа, полное клинико-инструментальное обследование больного на этапах обращения за медицинской помощью [3].

В настоящее время имеется достаточное количество методов, которые позволяют распознавать предрак или любую другую опухоль даже в мало доступной осмотру локализации: это возможность применения волоконной оптики, рентгенологических, ультразвуковых и других исследований. Но основными методами диагностики опухолей является гистологический, достоверность которого составляет 98-100%, и цитологический (достоверность 64-93%).

Нами проведено анкетирование 80 врачей-стоматологов, находившихся на курсах усовершенствования, целью которого было выявление знаний и умений по обследованию онкологических больных. Выявлено, что 42% врачей не могут отличить биопсию от цитологического исследования, не знают методов забора материала, как для цитологического исследования, так и для гистологического, не знают правил взятия биопсии. В связи с этим количество в цитологической и гистологической лабораториях ограничено.

Для I^a клинической группы рекомендовано не более 10 дней для верификации диагноза, после чего больного необходимо перевести в другую группу.

Группа I^b – это больные с установленным диагнозом предракового заболевания. Эту группу больных лечат стоматологи. Можно консультировать больных с предраковыми заболеваниями как облигатными, так и факультативными с онкологами, однако лечение и диспансерное наблюдение осуществляют стоматологи [5, 6].

Больные со злокачественными новообразованиями с диспансерного наблюдения не снимаются на протяжении своей жизни.

Клинические группы 2, 2^а, 3 и 4 относятся только для злокачественных опухолей. Больных этих групп наблюдают и онкологи, которые их лечат, и стоматологи, которые обязаны проводить их реабилитацию.

Неотъемлемой частью диспансеризации являются профилактические осмотры населения.

Таким образом, доказано, что:

а) заболеваемость злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации в 2012 году увеличилась до 3,3% в структуре общей онкозаболеваемости 2012 года (2,5%);

б) изменились структура и частота онкостоматологической заболеваемости;

в) при анализе причин запущенности заболевания установлено, что это преимущественно организационно-методические нарушения, такие как:

- неполное обследование;
- неадекватное лечение;
- недооценка клинических данных;
- рентгенологические ошибки;
- низкая грамотность врача в плане верификации диагноза и дополнительных методов обследования;
- отсутствие или недостаточная онконстороженность;
- недостаточное знание структуры онкологической службы;
- недостаточная профилактическая работа;
- низкий уровень диспансеризации больных;
- задержка больных на этапах общей лечебной системы;
- недостаточное обеспечение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностической аппаратурой;
- отсутствие мотивации населения обращаться к врачу-стоматологу или семейному врачу за помощью.

Заключение

Все вышесказанное подтверждает, что необходимо продолжать изучение мониторинга злокачественных новообразований челюстно-лицевой области населения и уровень мотивации оказания специализированной помощи больным с обязательным анализом данных; считать показатели своевременной диагностики рака одним из основных критериев деятельности стоматологической службы.

Для повышения эффективности ранней диаг-

ностики предраковых и злокачественных заболеваний челюстно-лицевой локализации, патологии слизистой оболочки полости рта в 2011 году создан консультативный областной научно-практический центр заболеваний слизистой оболочки полости рта на базе кафедры последипломного образования врачей -стоматологов ВГУЗ Украины «УМСА».

Одним из видов его деятельности является не только консультативная работа, но и проведение выездных семинаров для врачей-стоматологов области по повышению знаний в диагностике и организации обследования онкологических больных.

Литература

1. Соловьев М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) / Соловьев М.М. // Практическая онкология. – СПб., 2003. - Т.4. – С. 31-37.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А.А. – К., 2004. – С. 811-873.
3. Соколова Н.А. Якість діагностики, ретроспективний і перспективний аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицьової ділянки (За матеріалами Полтавської області): автор. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / Соколова Н.А. – Полтава, 2001. – 17 с.
4. Аветіков Д.С. Передпухлинні захворювання щелепно-лицьової ділянки: [навч. посібн. для студ. стом. ф-тів вищ. навч. закл. IV рівня акредит. та лікарів-інтернів] / Д.С. Аветіков, Н.А. Соколова, Г.П. Рузін. – Полтава, 2013. – 66 с.
5. Захворюваність на передракові стани слизової оболонки порожнини рота в Полтавській області за 2003-2009 роки / Скрипніков П.М., Скрипнікова Т.П., Баштан В.П. [та ін.] // Світ медицини та біології.- 2011. – №3. - С. 122-125.
6. Передпухлинні захворювання тканин порожнини рота, нижньої губи та шкіри обличчя (Клініка, діагностика, лікування, профілактика та диспансеризація): [метод. реком.] / [Ждан В.М., Баштан В.П., Шелешко П.В. та ін.]. – Полтава, 2011. – 24 с.
7. Соколова Н.А. Аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицьової ділянки населення Полтавської області за 2011 рік / Соколова Н.А., Аветіков Д.С. // III з'їзд Української асоціації черепно-щелепно-лицевих хірургів: матеріали доп. – К., 2013. – С. 131-134.
8. Онкологія: [учебн. пособ. для иностр. студ. высших мед. учебных заведений III-IV уровней аккредит.] ; под ред. В.П. Баштан, П.В. Шелешко, В.Я. Литвиненко. – Полтава, 2013. – 335 с.

**Стаття надійшла
9.09.2013 р.**

Резюме

Представлены статистические данные за 2012 год по Полтавской области о выявлении онкологических заболеваний челюстно-лицевой локализации, стадиях патологии.

Уделено внимание онконастороженности врачей-стоматологов на амбулаторном приеме, как в государственных поликлиниках, так и в частных структурах.

Представлены пути повышения эффективности ранней диагностики злокачественных заболеваний.

Ключевые слова: онконастороженность, новообразования, предрак, рак, диспансеризация.

Резюме

Наведені статистичні дані за 2012 рік по Полтавській області про виявлення онкологічних хвороб щелепно-лицьової ділянки, стадії патології.

Підкреслена необхідність онконастороженості лікарів-стоматологів на амбулаторному прийомі, як у державних поліклініках, так і в приватних структурах.

Доведені шляхи підвищення ефективності ранньої діагностики злоякісних захворювань.

Ключові слова: онконастороженість, новоутвори, передрак, рак, диспансеризація.

Summary

The article presents statistics for the year 2012 in Poltava region about identification of cancer of maxillofacial localization in different stages of disease.

It is paid much attention to cancer-alertness of dentists on patient reception, as doctor of the state clinic, and in a private agencies.

Was shown the ways of increasing the effectiveness of early diagnosis of malignant tumors.

Key words: cancer-alertness, neoplasms, precancer, cancer, clinical examination.