

І.Г. Лісова, М.П. Фурніченко

## Онкологічна насторога в діяльності стоматологів, алгоритми первинного обстеження

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

**Мета дослідження:** оптимізація раннього виявлення раку щелепно-лицьової ділянки за рахунок активізації онконастороги з виявленням груп ризику та вдосконалення алгоритмів профілактичних онкологічних оглядів на підставі ретроспективного аналізу з визначенням особливостей виникнення захворювань.

**Матеріали та методи.** Матеріалами для даного дослідження були медичні карти диспансерного обліку онкологічних хворих зі злоякісними новоутвореннями щелепно-лицьової ділянки за 10-річний строк. Статистичним методом визначали показники частоти виникнення раку за локалізацією, стадією, запущеністю випадків захворювань з урахуванням віку і статі пацієнтів.

**Результати дослідження.** Упродовж десяти років на диспансерному обліку знаходилися 93 (100 %) особи зі злоякісними захворюваннями щелепно-лицьової ділянки, серед яких 76,34 % – чоловіки та 23,66 % – жінки переважно середнього, похилого та старечого віку. Отримані дані свідчили про стабільне зростання кількості злоякісних новоутворень щелепно-лицьової ділянки, частота занедбаних форм яких збільшилась у два рази починаючи із 2006 року. Було зареєстровано з I стадією раку 22,58 %, із II стадією – 33,33 %, із III стадією – 17,20 % та 26,88 % хворих з IV стадією. Локалізація пухлин у певній стадії залежала від доступності анатомічної зони для огляду. Рак I та II стадії у 55,91 % хворих з ураженням переважно локалізувався в легкодоступних для огляду зонах. Рак III та IV стадії в 44,1 % пацієнтів локалізувався у важкодоступних для огляду зонах. Рання діагностика онкологічної патології залежала від якості лікарського огляду. На підставі постулатів онконастороги та результатів дослідження особливості частоти, стадії та локалізації раку сформульовано сучасні алгоритми онкологічного огляду для стоматологів.

**Висновки.** 1) Результати численних досліджень указують на зростання в Україні кількості хворих на злоякісні пухлини обличчя та щелеп, обумовлене рядом соціальних та екологічних факторів. Одними з аспектів проблеми є відсутність планових профілактичних оглядів і низький рівень онконастороги в діяльності стоматологів. 2) На підставі ретроспективного аналізу канцерогенезу щелепно-лицьової ділянки виявлено вікові та гендерні особливості, які необхідно враховувати при формуванні груп ризику та деталізації етапів огляду. 3) Визначено залежність прогресу стадій раку від локалізації анатомічної зони ураження та її доступності для огляду, що спонукає до вдосконалення візуально-мануальних прийомів онкологічного огляду пацієнта з наступним ортопантомографічним обстеженням щелеп. 4) Посилення онконастороги в діяльності лікарів-стоматологів і диве впровадження алгоритмів онкологічного огляду можливі через розробку відповідних протоколів та їх затвердження МОЗ України.

**Ключові слова:** рак щелепно-лицьової ділянки, онкологічна насторога, лікарі-стоматологи, алгоритми первинного онкологічного огляду.

Одними з актуальних проблем сучасної медицини є профілактика й рання діагностика онкологічних захворювань. В Україні за останні 18 років на 11,3 % зросла частота випадків раку ротоглотки, і при цьому зберігається стійка тенденція до росту захворюваності. Злоякісні пухлини голови та шиї складають близько 5 % від випадків раку всіх видів локалізації. Незважаючи на низьку питому вагу у структурі захворюваності, рівень летальності при цьому займає шосте місце. За статистичними даними, близько 40 % хворих гинуть на першому році з моменту встановлення діагнозу. З них у 70 % захворювання виявлялися на пізніх «занедбаних» стадіях. Дані літератури наголошують на існуючому низькому рівні онконастороги серед лікарів-стоматологів, їх недостатню поінформованість про організаційні питання онкологічної служби, ряд недоліків і некомпетентність при діагностиці тощо. Дані власних клінічних спостережень причин високої частоти «занедбаних» форм раку щелепно-лицьової ділянки та оцінювання даних літератури вказують на відсутність повноти методології первинних онкологічних оглядів і, відповідно, відсутність їх виконання лікарями первинної ланки [1, 2, 3, 4, 5]. У зв'язку з цим є доцільним подальше проведення досліджень для виявлення груп ризику онкологічних утворень з визначенням особливостей топографо-анатомічних зон ураження щелепно-лицьової ділянки, обґрунтування та розробка сучасних алгоритмів і протоколів онкологічних оглядів.

**Мета** дослідження – оптимізація раннього виявлення раку щелепно-лицьової ділянки шляхом активізації онконастороги з виявленням груп ризику та вдосконалення алгоритмів профілактичних онкологічних оглядів на підставі ретроспективного аналізу з визначенням особливостей виникнення захворювань.

### Матеріали та методи

Матеріалами для даного дослідження були документальні дані диспансерного обліку онкологічних хворих на злоякісні новоутворення щелепно-лицьової ділянки за 10-річний строк. Вивчалися картки обліку районної стоматологічної поліклініки м. Харкова, яка є клінічною базою кафедри та двох регіонарних онкологічних кабінетів амбулаторій сімейної медицини. Вікові групи формувалися відповідно до класифікації ВОЗ (2017 р.): від 18 до 44 років – молодий вік, від 45 до 59 років – середній вік, від 60 до 74 років – похилий вік, від 75 до 90-а років – старечий. Проводили розподіл пацієнтів на групи за локалізацією пухлин (МКХ 10) з урахуванням ступеня розповсюдження раку за системою TNM і стадійності процесу й ретроспективний аналіз з використанням традиційних статистичних методів.

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті досліджень було виявлено, що впродовж десяти років на диспансерному обліку всього зареєстровано 93 (100 %) особи зі злоякісними захворюваннями

щелепно-лицевої ділянки. Отримані дані свідчили про стабільне зростання кількості злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки 2006 року. При цьому, починаючи із 2003 року, питома вага «занедбаних» форм за десять років збільшилась у два рази з максимумом у 2013 році. Серед хворих чоловіків 76,34 % та 23,66 % жінок у співвідношенні 3,2:1 відповідно. Упродовж десяти років частіше реєстрували захворювання у групах осіб похилого і старечого віку – 54,8 % та 40 % – це особи середнього віку. Серед хворих були 5,7% осіб молодого віку. Захворюваність на злоякісні новоутворення осіб працездатного віку до 60-ти років виявляли в майже половини хворих, і частота з віком збільшувалась. Питома вага хворих з I стадією раку становила 22,58 %, із II стадією – 33,33 %, із III стадією – 17,20 % та 26,88 % з IV стадією. Результати аналізу вказували на наявність у 55,91 % хворих з I та II стадією раку з локалізацією процесу: переважно у слинних залозах (71,43 %), на верхній губі (100 %), нижній губі (80 %), нижній (100 %) і верхній (75 %) щелепах; трохи менше осіб з раком СОПР (31,82 %) та язика (42,88 %) у передніх відділах. Указана локалізація є легкодоступною для огляду. Наявність «занедбаних» III та IV стадій захворювання була в 44,1 % пацієнтів при локалізації раку в ділянці дистальних відділів СОПР (68,18 %), бокової поверхні та кореня язика (57,14 %). Згідно з отриманими даними, 60 % пацієнтів, які мали III та IV стадію захворювання, помирали у строк до першого року хвороби. Також було 60 % померлих у строк до першого року хвороби серед пацієнтів, які мали II стадію раку нижньої щелепи, язика й СОПР і слинних залоз. За проаналізований період померли до першого року хвороби 39,78 % хворих, усього померли 61,29 % та залишились 38,71 % на диспансерному обліку із числа зареєстрованих на цей період. Таким чином, на формування високих показників смертності впливала не тільки агресивність пухлини, а і зволання виявлення пухлини через її локалізацію у важкодоступних для огляду анатомічних зонах. Дані про виявлення захворювання на рак на етапах надранньої діагностики були відсутніми. Виявлення патологічних ділянок узваною локалізації можливе при ретельному огляді лікарем з використанням спеціальних візуально-мануальних прийомів. Отже, очевидно, що успішна рання діагностика онкопатології щелепно-лицевої ділянки залежить від якісного лікарського огляду. Таким чином, у стоматолога повинна бути онкологічна насторога, яка передбачає знання: симптомів злоякісних пухлин на ранніх стадіях; передракових захворювань; структури онкологічної допомоги для правильного спрямування пацієнта до відповідного фахівця-онколога на обстеження з метою вилічення онкологічного захворювання; застосування гіпердіагностики новоутворення в неясних випадках будь-якого захворювання.

Виходячи з цього, пропонується пам'ятка лікарям-стоматологам про проведення *етапів обстеження первинного хворого*, а саме: загального, приватного та спеціально клінічного обстеження. При *загальному обстеженні* хворого особливу увагу треба приділяти скаргам, анамнезу життя та супутнім захворюванням, виявляти шкідливі звички та професійні шкідливості. Під час опитування треба звертати увагу на наявність певних скарг, які включають наявність пухлин, виразок, набряку; біль, парестезію, оніміння, парез м'язів; екзофтальму, диплопії; ускладнення носового дихання, виділення з носу з домішками крові; обмеження рухів нижньої щелепи та відкривання рота, рухів язика, ковтання; на рухомість зубів; зниження слуху; погіршення загального стану організму (слабкість, втрату апетиту, зменшення ваги тіла, порушення терморегуляції та ін.). При *об'єктивному обстеженні загальному стану* пацієнта необхідно визначити загальний стан пацієнта, виміряти температуру тіла, артеріальний тиск та обстежити органи за загальноприйнятною схемою.

Виявити наявність соматичних порушень окремих органів і систем, можливі прояви пухлинних захворювань у загальному статусі – кахексії, анемії й т. ін. *Приватні та спеціальні методи обстеження* при проведенні онкологічних оглядів застосовувати за алгоритмами, які враховують топографо-анатомічні особливості канцерогенезу щелепно-лицевої ділянки. **Крок I.** Зовнішній огляд: 1) **Візуально** оцінити загальний вигляд хворого, конфігурацію, симетричність обличчя, співвідношення верхньої, середньої та нижньої третин обличчя. Оцінювати форму носа, очних щілин, виразність носо-губних складок. Стан червоної облямівки та шкіри губ, кутів рота. Ураховувати колір шкіри обличчя та видимих слизових оболонок. Ураховувати наявність набряку, асиметрії, змін шкіри. 2) **Пальпаторно** бімануально оцінювати тургор і консистенцію м'яких і комбінованих тканин, наявність і стан парних **великих слинних залоз** (*привушних, піднижньощелепних і під'язичних*), їх положення, розмір, консистенцію, болісність і стан функціонування при зовнішньому масажі. 3) **Пальпаторно** бімануально проводити пальпацію регіонарних **лімфатичних вузлів** (*піднижньощелепної ділянки – задню, середню, передню групи; під підборіддям; мінливі – нижньощелепної та щічної ділянок; привушно-жувальної ділянки поверхневі преаурикулярні за межами капсули та біля нижнього полюса привушної слинної залози, глибокі – у товщі самої залози та в її нижньому відділі; лімфатичні вузли шиї – поверхневі і глибокі, передньо-та задньобічні*) оцінюючи їх розмір, рухливість, консистенцію та відношення з навколишніми тканинами. **Крок II.** Огляд власне порожнини рота: 1) **Візуально** оцінювати стан слизової оболонки – колір, вологість, консистенцію, наявність утворень починаючи із присінка й переходячи на альвеолярні відростки, піднебіння м'яке і тверде, дужки та увуля, мигдалики, ретромолярні зони, також **пальпаторно** оцінити стан малих слинних залоз у підслизовому прошарку ротової порожнини; 2) Проводити *огляд язика* – конфігурацію, розмір, симетричність, рухомість, колір, наявність вражених ділянок та утворень, стан сосочків; оглядати спинку, бокові поверхні та корінь язика – використовуючи марлеву серветку, для мануальної фіксації кінчика язика, та шпатель для відведення навколишніх м'яких тканин (піднявши кінчик догори, оглянути його вентральну поверхню, відвести кінчик язика ліворуч і праворуч, щоб розглянути бокові поверхні кореня), оглянути при цьому *дистальні відділи слизової дна ротової порожнини*. Зважаючи на початковий безсимптомний перебіг пухлин щелеп, при первинному зверненні (один раз на рік) проводити рентгенологічне ортомографічне обстеження зубощелепного апарату всіх хворих.

## Висновки

1) Результати численних досліджень указують на зростання в Україні кількості хворих на злоякісні пухлини обличчя та щелеп, обумовлене рядом соціальних та екологічних факторів. Одними з аспектів проблеми є відсутність планових профілактичних оглядів і низький рівень онконастороги в діяльності стоматологів. 2) На підставі ретроспективного аналізу канцерогенезу щелепно-лицевої ділянки виявлені вікові та гендерні особливості, які необхідно враховувати при формуванні груп ризику та деталізації етапів огляду. 3) Визначено залежність прогресування стадій раку від локалізації анатомічної зони ураження та її доступності для огляду, що спонукає до вдосконалення візуально-мануальних прийомів онкологічного огляду пацієнта з наступним ортопантографічним обстеженням щелеп. 4) Підвищення онконастороги в діяльності лікарів-стоматологів і дієве впровадження алгоритмів онкологічного огляду можливі через розробку відповідних протоколів та їх затвердження МОЗ України.

## ПОСИЛАННЯ

1. Grishchenko SV, Nagornyy IM, Chistyakov AA, Gonchar AG, Temnichenko DP, Chistyakova LV et al. Tendentsii zabolevayemosti zlokachestvennyimi zabolevaniyami rotovoy polosti, glotki i guby sredi naseleniya Ukrainy. *Onkko-khirurgiya* 2009 Maj 1 (2): 42 [in Russian]
2. Skripnikova TP, Bogashova LYa, Sokolova NA. Onkonastorozhennost' v stomatologii. *Ukrainskiy stomatologicheskii al'manakh*. 2013. P. 39–42 [in Russian]
3. Karavan YaR. Retrospektivnyy analiz zakhvoryuvanosti na zloyakisni novotvorennyya shchelepno-lytsevoyi dilyanky, yakosti yikh diahnozyky ta prohnozuvannya rozvytku. PhD [Thesis]; Poltava; 2014. 24 p. [in Ukrainian]
4. Lesovaya IG, Nerusheva OA, Volosov YeV, Duduka SV. Retrospektivnyi analiz chastyto zapushchennykh sluchayev i smertnosti ot zlokachestvennykh zabolevaniy chelyustno-litsevoy oblasti. *Sovremennaya stomatologiya*. 2015 Nov 5 (79): 56–61 [in Russian]
5. Irina Lisova, Olga Nerusheva Dynamics of incidence of cancer of the maxillofacial region based on clinical records in dental clinic. In: Richard Dixon, D. Litt. et Phil, editor. *Proceedings of the XV International Academic Congress «Fundamental and Applied Studies in the Modern World» (United Kingdom, Oxford, 6–8 September 2016)*. Volume XV. «Oxford University Press», 2016. P. 228–231, Proceedings of the Congress are located in the Databases Scopus. Source Normalized Impact per Paper (SNIP): 3.557, SCl mago Journal Rank (SJR): 3.787

## Онкологическая настороженность в деятельности стоматологов, алгоритмы первичного обследования

И.Г. Лесовая, М.П. Фурниченко

**Цель исследования:** оптимизация раннего выявления рака челюстно-лицевой области путем активизации онконастороженности с выявлением групп риска и усовершенствование алгоритмов профилактических осмотров на основании ретроспективного анализа особенностей возникновения заболеваний.

**Материалы и методы.** Материалами для данного исследования были карты диспансерного учета онкологических больных злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области за 10-летний срок. Определены показатели частоты рака с локализацией, стадией, запущенностью заболеваний с учетом возраста и пола пациентов. На основании постулатов онконастороженности и результатов исследования сформулированы современные алгоритмы онкологического осмотра для врачей стоматологических специальностей.

**Результаты исследования.** В течение десяти лет на диспансерном учете находились 93 (100 %) лиц со злокачественными заболеваниями челюстно-лицевой области, среди которых мужчин 76,34 % и 23,66 % женщин преимущественно пожилого старческого и среднего возраста. Полученные данные свидетельствовали о стабильном росте количества злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, частота запущенных форм которых увеличилась в два раза. Было зарегистрировано больных с I стадией рака 22,58 %, со II – 33,33 %, с III – 17,20% и 26,88 % – с IV стадией. У 55,91 % больных в I и II стадии рака локализация поражений была легкодоступной. У 44,1 % пациентов с III и IV стадией рака локализация поражений в зонах плохого доступа для осмотра. Успешность ранней диагностики образований ухудшалась. Стоматологам предоставлены постулаты онконастороженности и сформулированы особенности онкологического осмотра с использованием специальных приемов.

**Выводы.** 1) Результаты многочисленных исследований указывают на увеличение в Украине количества больных с раком лица и челюстей, которое обусловлено рядом социальных и экологических факторов. Одними из аспектов проблемы являются отсутствие плановых профилактических осмотров и низкий уровень онконастороженности среди стоматологов. 2) Ретроспективный анализ канцерогенеза челюстно-лицевой области выявил возрастные и гендерные особенности, которые необходимо учитывать при формировании групп риска и детализации этапов первичного обследования. 3) Прогрессирование стадий рака связано с локализацией зоны поражения и ее доступностью для осмотра. Это побуждает к совершенствованию визуальных и мануальных приемов онкологического осмотра пациента с последующим ортопантомографическим обследованием челюстей. 4) Активация онконастороженности в деятельности стоматологов с эффективным использованием алгоритмов онкологического осмотра возможна при разработке соответствующих протоколов и их утверждении МОЗ Украины.

**Ключевые слова:** рак челюстно-лицевой области, онконастороженность, стоматологи, алгоритмы первичного онкологического осмотра.

## Oncologic alert in dentist activity, algorithms for primary examination

I. Lisova, M. Furnichenko

**Aim of the study:** optimization of early detection of maxillofacial cancer by activation of oncologist alertness with identification of risk groups and improvement of algorithms of prophylactic oncological examinations based on the analysis of retrospective determination of features of cases of diseases.

**Materials and methods.** Materials for this study were dispensary cases of patients with cancer of the maxillofacial region for 10 years. The frequency of cancer was determined with the localization, stage, neglect of diseases, taking into account the age and gender of patients.

**Research results.** For 10 years 93 (100 %) of persons with malignant diseases of the maxillofacial area were on the dispensary account, among them men 76.34 % and 23.66 % women, mostly elderly and middle-aged. The data obtained showed a stable growth of malignant neoplasm of the maxillofacial area, the frequency of neglected forms of which increased by 2 times. It was registered with stage I cancer 22.58 %, from II – 33.33 %, from the II – 17.20 % and 26.88 % from the IV century. In 55.91 % of patients with lesions mostly easily accessible for examination was stage I and II stage cancer. In 44.1 % of patients were «neglected», stage III and IV stage disease with localization difficult to access. Successful early diagnosis of oncopathology depended on the quality of the medical examination. Provided oncologists with postulates and substantiated features of oncologic examination with the use of special techniques.

**Conclusions.** 1) The results of numerous studies indicate an increase in Ukraine the number of patients with cancer of the face and jaw, which is due to a number of social and environmental factors. One of the aspects of the problem is the lack of routine preventive examinations and the low level of alertness among dentists. 2) A retrospective analysis of carcinogenesis of the maxillofacial region revealed age and gender features, they must be taken into account when forming risk groups and detailing the stages of the initial examination. 3) The progress of the stages of cancer is associated with the localization of the affected area and its accessibility for examination. This prompts the improvement of visual and manual techniques for oncological examination of the patient with subsequent orthopantomographic examination of the jaws. 4) Activation of cancer alertness in the activities of dentists and the effective use of inspection algorithms is possible when developing appropriate protocols and approving them by the Ministry of Health of Ukraine.

**Key words:** neoplasm of maxillofacial area frequency and localization, oncological alert, dentists, algorithms of primary oncological examination.

*Лісова Ірина Григорівна – д-р мед. наук, професор, завідувачка кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицьової хірургії та стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти  
Адреса: 61175, м. Харків, вул. Миколи Амосова, буд. 58, ХМАПО. Тел.: (095) 325-04-35. E-mail: prof.lisovaj@gmail.com.*

*Фурниченко Максим Павлович – асистент кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицьової хірургії та стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти.  
Адреса: 61175, м. Харків, вул. Миколи Амосова, буд. 58, ХМАПО. Тел.: (050) 102-61-31. E-mail: fmpdok@gmail.com.*

*Ковальчук Валерія Володимирівна – асистент кафедри хірургічної стоматології, щелепно-лицьової хірургії та стоматології Харківської медичної академії післядипломної освіти  
Адреса: 61175, м. Харків, вул. Миколи Амосова, буд. 58, ХМАПО. Тел.: (066) 158-53-43. E-mail: Valeriakovalcuk721@gmail.com.*



International  
Dental  
Forum

1-3 ЖОВТНЯ 2019

МВЦ, Броварський пр-т 15, м. Київ, Україна

INNOVATIVE DENTISTRY FOREVER

ЗАПРОШУЄМО НА ГОЛОВНУ СТОМАТОЛОГІЧНУ ПОДІЮ РОКУ!



ВИСТАВКА І СЕРІЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИХ ТА БІЗНЕС ЗАХОДІВ



Виставка новітніх технологій  
стоматологічної індустрії



TOP спікери



Понад 100 лідерів ринку  
(виробники, імпортери  
матеріалів та обладнання)



Актуальні питання  
в стоматології: ток-шоу,  
дискусійні клуби



Гарячі новинки та акційні  
пропозиції продукції  
від учасників



Non-stop  
майстер-класи

УЧАСНИКИ IDF 2019 | ВЕСНА:



Організатори:



За підтримки:



Тел: +38 (044) 496-86-45

e-mail: [dentalforum@pe.com.ua](mailto:dentalforum@pe.com.ua)

Безкоштовні квитки на сайті

[www.dentalforum.com.ua](http://www.dentalforum.com.ua) з промокодом EXP