

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОНКОСТОМАТОЛОГИИ РОС-СИИ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

С.Н. Лебедев

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность. Задача снижения смертности от онкологических заболеваний, поставленная Указом Президента В.В. Путина (№598 от 07.05.2012 г.) предполагает реализацию крупномасштабных комплексных мер профилактической направленности как на индивидуальном, так и популяционном уровне. Ее решение на этапе формирования групп риска, их коррекции, ранней диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) менее затратно и более эффективно, чем оказание специализированной и высокотехнологичной помощи при распространенных формах заболевания. Известно, что кумулятивный риск развития ЗНО зависит от возраста человека; до 60 лет он составляет 8,7%, до 75 лет-24,1%. В нашей стране показатель заболеваемости ЗНО у лиц до 60 лет равен 671,1, до 75 лет - 1267,9 на 100 тыс. населения. Особую тревогу вызывает смертность от ЗНО в трудоспособном возрасте (15-59 лет). В 2012 году она составила 15,5% от всех умерших от ЗНО, а среди женщин репродуктивного возраста (20-44 года) - 15,6%. [2]

Около половины локализаций рака слизистой оболочки полости рта (СОПР) приходится на язык, причем чаще всего рак языка развивается на его боковой поверхности. Анатомические характеристики ротовой полости делают её доступной для частого и подробного осмотра, определяющего возможность проведения диагностики рака правильно и вовремя [3,4]. Тем не менее, к 2013 году, в России, остаются высокими показатели запущенности рака, в частности, в поздних стадиях (III-IV) опухоли полости рта диагностированы у 61,7% больных. В структуре показателей смертности от ЗН населения России, в последние годы, опухоли губы, полости рта и глотки стабильно занимают 3 место среди мужского населения в возрастной группе 40-49 лет и 50-59 лет, после ЗН бронхо-легочной системы и желудка [5]. Не является исключением и регион Тверской области, ранее стабильно удерживавший заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта на среднем уровне, а в последнее десятилетие приближающийся к субъектам России, отрицательно лидирующим в этом отношении [6].

Материал и методы. На основе наблюдений за больными раком СОПР, находившихся на лечении в Тверском областном клиническом онкологическом диспансере в период 2010-2013 годов, проведен анализ первичновыявленных случаев рака подвижной части языка РПЧЯ (С 02). Также были проанализированы материалы за период с 1997 по 2013 годы 237 больных, поставленных на онкологический учет с диагнозом РПЧЯ (архивные данные) и 190 пациентов, отнесенных к собственным наблюдениям, которым проводилось лечение в специализированных отделениях ТОКОД. Из этого состава обследовано 323 мужчин (75,6%) и 104 женщины (24,4%) в возрасте от 29 до 87 лет. 67 больными в возрасте 50-59 лет, с установленной III-IV стадией рака полости рта, из которых было 43 мужчины и 24 женщины, был заполнен составленный нами опросник, включающий вопросы об особенностях клиники и течения заболевания, факторах, влияющих на возникновение рака и факторах внешнего влияния, вредных привычках и особенностях ухода за полостью рта.

Пациенты подробно заполняли данные по представленным группам вопросов: 1 - инициатива обращения, 2 - предшествующее лечение, 3,4 - знание о болезни и перспективе излечения, 5 - причина позднего обращения к врачу. При анкетировании выясняли также давность и причину обращений к врачам-стоматологам, кратность и регулярность ухода за полостью рта, используемые средства гигиены. Отказов в заполнении анкет не было.

Результаты. По показателям заболеваемости ЗН слизистой оболочки полости рта Тверская область занимала с 2010 по 2013 годы 6-7 место среди 18 субъектов ЦФО РФ и имела значения показателей заболеваемости несколько выше, чем средние по России и ЦФО. Стандартизированный показатель заболеваемости по раку слизистой оболочки языка среди мужского населения Тверской области за период с 2010 по 2013 года составлял $2,81 - 3,22 \pm 0,62\%_{000}$ (2011 год). Среди женского населения Тверской области за период с 2010 по 2013 года стандартизированный показатель заболеваемости по раку языка составлял $0,76 - 0,38 \pm 0,07\%_{000}$ (2011 год), отмечена тенденция снижения этого показателя.

В возрастной структуре мужчин, больных карциномами языка, наибольшее их число приходилось на возрастной период от 55 до 59 лет (21,7%). При этом, в возрасте 50-69 лет находились 69% всех больных. В возрастной структуре женщин, больных раком языка, наибольшее их число приходилось в возрастных периодах от 60-64 (14,4%) и 70-74 лет (14,4%). При этом, в возрасте старше 80 лет находились 12,5% всех больных и отмечен случай установления рака языка у женщины 29 лет.

При первичном осмотре все больные жаловались на неприятные ощущения и новообразование на языке или в полости рта. Кроме этого, были отмечены жалобы на: изменения речи – у 368 больных (86,2%); боль, часто с иррадиацией в ушную раковину, глотку – у 355 больных (83,1%); неприятный запах изо рта – у 279 (65,3%); усиление саливации – у 266 (62,3%); наличие опухоли на шее – у 67 (15,7%); кровоточивость из полости рта – у 36 больных (8,4%).

Несмотря на наличие жалоб, только 54 (12,6%) пациента обратились за лечебной помощью в течение первых двух месяцев, причем лишь 13 (3,0%) из них - в первый месяц. Большинство пациентов обратились за медицинской помощью позже трех месяцев с момента появления первых симптомов заболевания - 373 (87,4%), причем 132 из них по истечению полугода (30,9%).

При изучении анамнеза развития заболевания было выявлено, что 70 больных (16,4%) наблюдались, до обращения в онкологический диспансер, у врача-стоматолога, в течение 32-157 дней. Этим пациентам проводилось противовоспалительное, физиотерапевтическое и/или хирургическое лечение, по поводу: хронической (декубитальной) язвы и трещины – 26 случаев (37,1%); эрозивно-язвенной и гиперкератотической форм красного плоского лишая – 15 (21,4%); папилломатоза – 10 (14,3%); лейкоплакии – 9 (12,8%); болезни Боуэна (дискератоза) – 6 больных (8,6%). Четырём (5,8%) больным проводилось лечение по поводу ошибочного диагноза – глоссита.

Большая часть опрошенных больных (53,5% мужчин и 41,7% женщин) занималась самолечением, отмечая в ряде случаев временное улучшение. 14,0%

мужчин и 20,8% женщин получали лечение у врача. Неоднократно было отмечено лечение больных средствами народной медицины и у лиц немедицинских специальностей - знахарей. Случаев временного излечения или стабилизации рака в этот период больными не отмечалось.

На основании проведенных исследований больных раком слизистой оболочки языка выявлено, что нередко пациенты принимают решения об обращении в больницу не только по направлению врача или собственному желанию, а по настойчивому желанию родственников, которые иногда просто заставляют своих близких людей заниматься своим здоровьем. Определено, что наши земляки очень любят лечиться самостоятельно, доверяют слухам и знахарям, или просто надеются на самоизлечение. Большинство наших сограждан не знают и не точно знают, что такое злокачественная опухоль. Исследованием показано, что основными причинами позднего обращения к врачу являются многофакторные ограничения человека. Наиболее часто они заключаются в сочетании надежды на самоизлечение этой «незначительной болезни» - «само пройдет», на фоне других более «важных» заболеваний: «ноги не ходят», «сердце болит», «дышать не чем». Отказ от срочного обращения к врачу пациента подкрепляется слухами о чудодейственной силе чистотела, медных монет и белой глины и даже простого голодания. Наши земляки верят знахарям, публикациям в сомнительных изданиях, соседям и боятся не только хирургического вмешательства, но и нередко, просто слова - онкология. Значимость посадки картофеля в нашем регионе в ряде случаев преобладает над значимостью срочного обращения к врачу.

При анализе сведений о санитарно-гигиенических знаниях и навыках ухода за полостью рта пациентов, было установлено, что регулярно 1 раз в сутки чистили зубы 26 (38,8%) больных, 2 раза в сутки — 9 (13,4%). Остальные пациенты чистили зубы нерегулярно. Все опрошенные чистили зубы зубной пастой, но назвать свойства используемой пасты не могли, а приобретая зубную пасту, ориентировались на низкую цену. Все лица мужского пола и большинство опрошенных женщин, не были информированы о дополнительных средствах гигиены полости рта (зубные нити, эликсиры, гели) и имели неудовлетворительный или плохой уровень гигиенического индекса Федорова-Володкиной (2,2-2,6±0,1).

Обсуждение. Организация и совершенствование диагностики злокачественных опухолей ротовой полости признаны важнейшим условием эффективности специализированной лечебной помощи. Одним из путей выявления больных раком полости рта, в Тверском регионе, является самостоятельное обращение пациентов в медицинское учреждение. В этом случае чаще выявляются карциномы в период их активных клинических проявлений и местного распространения заболевания.

Выявление карцином органов ротовой полости в доклинической фазе или на ранних этапах развития болезни затруднено из-за отсутствия жалоб больного и нередко из-за отсутствия видимой глазом опухоли. Отмечается многообразие клинических признаков предраковых заболеваний слизистой оболочки ротовой полости и отсутствие четких клинических признаков их малигнизации. Только осмотр врача-специалиста при профилактических или скрининговых обследованиях позволяет выявить асимптоматичные карциномы органов ротовой полости. Даже в

случае специализированных осмотров расхождения клинического и морфологического диагнозов составляют от 10,5 до 40,0 % [1].

Литературные сообщения содержат мнения авторов о причинах дефектности профосмотров [5,7]. К ним относят: формальное проведение массовых осмотров без прямой заинтересованности врачей в их качестве; проведение осмотров без учета особенностей изучаемых групп, неправильное или неполное использование специальных средств и методов обследования; отсутствие четкой регламентации периодичности обследования населения. Для выявления асимптомных форм карцином органов ротовой полости проводится скрининг злокачественных опухолей. Для проведения скрининга используется тестирование населения по специально разработанным программам. В отечественной литературе такие скрининговые исследования называются «ранней диагностикой» или «вторичной профилактикой рака». Исследователи принципиально различают «раннюю диагностику», ставящую целью выявление злокачественных опухолей 0-1А стадии, «своевременную диагностику», цель которой — выявление карцином 1Б-2 стадии, и «позднюю диагностику» рака, проводимую по обращаемости пациентов. Ранняя и своевременная диагностика карцином органов ротовой полости должна строиться на активной позиции врача по выявлению скудных симптомокомплексов рака, а поздняя диагностика, напротив, имеет дело с распространенными опухолями, проявляющимися массой выраженных клинических симптомов.

Методические приемы скрининга должны быть эффективными и специфичными, стандартными, удобными в использовании для врача и пациента. Критерием разработки программы обследования являются клинические характеристики опухолей. По мнению ряда исследователей, скрининг злокачественных опухолей органов ротовой полости имеет наиболее благоприятные шансы для получения стабильных результатов выявления рака. Обследование каждого конкретного больного должно вестись в соответствии с клиническими принципами. В первую очередь это скрупулезное, последовательное изучение врачом жалоб больного, полученных в беседе, анкетировании, заполнении диагностической компьютерной программы, при этом не исключается возможность одновременной обработки ЭВМ полученных данных. Предусматривается активное участие врача в сборе анамнеза, помощь в формулировке жалоб обследуемого пациента, а также поэтапное использование параклинических и клинических методов обследования. Проблему ранней и своевременной диагностики карцином органов ротовой полости онкологи могут решить только совместно со стоматологической службой. Профилактические осмотры для выявления рака стоматологом могут быть эффективны в связи с многократным посещением этого специалиста каждым человеком на протяжении всей жизни. Сегодня профессиональной задачей стоматолога является лечение предраковых заболеваний слизистой оболочки ротовой полости и губ, диспансеризация больных и соответственно своевременная диагностика злокачественных опухолей. Помимо этого, врачи-стоматологи проводят предлечебную подготовку онкологических больных, участвуют в проведении реабилитационных мероприятий, которые включают санацию полости рта и реконструктивно-восстановительные операции. При этом оговаривается, что такая деятельность стоматологов нуждается в организационно-методическом руководстве и информационной поддержке со стороны онкологической службы.

Заключение и выводы.

Профилактика злокачественных новообразований предполагает три вида ее реализации: первичная (формирование здорового образа жизни), вторичная (активный скрининг, диспансеризация, онконадзорность медицинских работников) и третичная (диспансерное наблюдение за больными). Приоритеты в профилактике рака: противораковая просветительная работа среди населения; создание на федеральном уровне нормативно-правовой и методической основы профилактики рака с последующей разработкой и реализацией региональных программ; профилактика профессионального рака; профилактика рака в группах повышенного риска. При этом необходимо помнить, что снижение заболеваемости достигается первичной профилактикой. Снижение смертности достигается в результате уменьшения заболеваемости, роста выживаемости (своевременной диагностики и лечения). Выявление и устранение (ослабление) влияния неблагоприятных фактов окружающей среды на возникновение злокачественной опухоли предполагает не только личную ответственность населения за здоровый образ жизни, но и участие государства в оздоровительных мероприятиях (экологических, санитарно-гигиенических, повышение уровня жизни и др).

Таким образом, анализ распространенности ЗНО полости рта в Тверском регионе показывает рост заболеваемости у мужского и женского населения, в возрасте 50-69 лет, на фоне демографической убыли численности населения за последние годы. Приведенные данные наглядно свидетельствуют о необходимости: 1) обязательного, как минимум, ежегодного, профилактического стоматологического осмотра с цитологическим обследованием «подозрительных» участков слизистой полости рта у лиц в возрастной группе от 50 до 70 лет; 2) фиксированный учет и диспансерное наблюдение за пациентами группы риска по развитию онкостоматологической патологии (лица старше 35 лет с фоновыми и предраковыми заболеваниями СОПР); 3) разработка регистра предопухолевой патологии слизистой оболочки полости рта как составной части регионального регистра онкопатологии; 4) внедрение методов ранней малоинвазивной диагностики опухолей, доступной для стоматологов общего профиля; 5) повышение медико-санитарной грамотности населения региона.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Давыдов А.Б. Диагностика и лечение карцином полости рта.-Тверь.,ООО «Издательство Триада», 2007.-272с.:112 ил.**
- 2. Злокачественные новообразования в России в 2012 году (заболеваемость и смертность) / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. // М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2014. - илл.-250с.**
- 3. Лебедев С.Н. Сравнительная экспериментально-клиническая характеристика заживления ран языка после гемиглоссэктомии [Текст] / С.Н. Лебедев, В.В. Богатов, А.Б. Давыдов // Стоматология. - 2011. - Т. 90, № 1. - С.46-48.**
- 4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: клиническое руководство. -5-е изд., доп. и перераб. - М.: Практическая медицина, 2013. - С. 142-195.**

- 5. Соловьев М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) [Текст] / М.М. Соловьев // Практическая онкология. - 2003.- Т. 4. - № 1. - С. 31-37.**
- 6. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. // М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздрава России. – 2014. - илл.- 232с.**
- 7. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. – с. 67-84.**