

РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

kolenko.julia@gmail.com

Ця робота є фрагментом НДР «Інноваційні підходи до діагностики та лікування твердих тканин зубів, захворювань пародонту та слизової оболонки порожнини рота», № державної реєстрації 0114U001355.

Вступ. Національна онкологічна програма передбачає заходи з профілактики, ранньої діагностики та оптимізації маршрутів пацієнтів на різних етапах-рівнях надання спеціалізованої медичної допомоги.

Основною ланкою в проведенні профілактичних заходів є амбулаторно-поліклінічні медичні організації. Перш за все, це здійснення профілактичних оглядів дільничними терапевтами, сімейними лікарями та лікарями загальної практики, проведення масового скринінгу серед населення, лабораторні та інструментальні методи діагностики [2]. Практично від якості реалізації першої ланки залежать результати всіх наступних. Причому на ефективність більш за все впливає підготовленість лікарів з онкології. Домогтися єдиного рівня знань серед всіх лікарів загальної лікувальної мережі, що дозволяло хоча б запідозрити наявність злоякісного новоутворення, завдання дуже складне [1]. Новоутворення органів порожнини рота людини відносять до видимих, тобто доступних спостереженню неозброєним оком утворень. Здавалося б, їх діагностика повинна здійснюватися на найбільш ранніх стадіях розвитку і досягати 100%. Однак, на жаль, це не зовсім так. Статистика стверджує, що у 61% хворих рак порожнини рота і ротоглотки виявляють на III, IV стадіях хвороби, а смертність серед таких хворих в Україні становить 75% [3,5].

Найімовірніше, причинами пізнього виявлення раку органів порожнини рота можна вважати: по-перше, вину самого хворого, пов'язану з пізнім зверненням до лікаря – зазвичай тільки після появи вираженого больового симптому, або при тривалому самолікуванні і відсутності позитивного ефекту. По-друге, низький рівень санітарних знань. По-третє, недостатній досвід лікарів в діагностиці передпухлинних станів слизової оболонки порожнини рота і внаслідок цього – тривале лікування без виявлення і усунення причини захворювання. Відсутність у лікаря при первинному контакті з хворим онконастороженості призводить до ігнорування адекватних діагностичних заходів (проведення цитологічних досліджень, консультації з фахівцем); а також до неправильного трактування патологічних

змін на слизовій оболонці ротової порожнини при наявності виразки і як результат – тривале лікування і спостереження пацієнта, По-четверте, відсутність планових профілактичних оглядів населення, і по-п'яте, що дуже важливо, формальне ставлення лікарів-стоматологів до позначки в медичній карті про проведення онкооглядів [4].

Завдання лікаря-стоматолога полягає у визначенні ранніх клінічних проявів, що характеризуються як передракові, і прийнятті правильних рішень щодо їх лікування і оптимальних термінів спостереження [6]. Частота виявлення цієї патології спонукає нас говорити про важливість онконастороженості і обов'язкового проведення ретельного обстеження всієї порожнини рота кожного хворого, як при первинному огляді, так і при завершенні лікування.

Діагностика передракових захворювань вимагає від лікаря глибоких теоретичних знань, великої уваги і скурпульозності при огляді хворих, але, на жаль, кваліфікація лікарів в цьому сенсі не завжди буває достатньою.

Метою даного дослідження став аналіз помилок, які допускають лікарі-стоматологи при діагностиці пухлинних захворювань, та визначення можливих причин, що призводять до виникнення злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота.

Об'єкт і методи дослідження. Для аналізу залучені звітні-статистичні документи стоматологічного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. При цьому використані навчальні та консультативні медичні журнали, медичні картки, результати аналізів лабораторних досліджень. У них відображені прізвища та ініціали хворих, стать, вік, домашня адреса, передбачуваний і остаточний діагноз клініки кафедри, дані лабораторних досліджень, висновки та рекомендації лікарів. Також проведено аналіз анкет, які були роздані пацієнтам.

Всього в аналіз було включено 423 медичних документа. Серед хворих, які звернулися за допомогою в стоматологічний центр, чоловіків було 229, жінок – 194. Вік пацієнтів із захворюваннями СОПР знаходився в межах від 20 до 87 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Як показав аналіз медичної документації, у віковому плані найбільшу питому вагу становила група осіб віком 40-49 років (34,04%), на другому місці знаходились особи віком 30-39 років (27,66%), на тре-

тому – віком 50-59 років (17,49%). Здебільшого це були міські жителі.

Розподіл обстежених залежно від професії представлено на **рис. 1**, з якого видно, що домінують службовці (34,75% осіб), пенсіонери (24,59%) і робітники (19,62%).

За місцем роботи переважають установи (41,84%) і виробництво (18,20%).

Порівняльний аналіз оцінок важкості праці показав, що переважає «середня» важкість (41,61%). При цьому характерно переважання розумового (50,59%) і «фізичного» навантаження (19,86%), а психо-емоційне напруження відчувають 13,48% пацієнтів.

Більшість пацієнтів (83,3%) пов'язували появу елементів ураження (ерозія, виразка) з травматичним пошкодженням слизової порожнини рота: гострим краєм зруйнованого зуба, травматизацією мостоподібним, повним або частковим знімним протезом, аномально розташованим у бік язика зубом, корінням зубів після руйнування коронки зуба.

При цьому необхідно зазначити, що на початковому етапі виникнення виразки частина хворих займалася самолікуванням. Хворі використовували Метрогіл дента (за порадою фармацевта), припікання галунами, гасом, медом та іншими домашніми засобами. І тільки у разі відсутності ефекту лікування хворі йшли до лікаря-стоматолога.

Інші пацієнти зверталися до стоматологів з приводу травмування слизової язика або щоки протезом чи гострим краєм зруйнованого зуба. Однак, проводячи консервативне лікування у вигляді полоскання, мазевих пов'язок, лікар не виявляв причину ерозії або виразки, в зв'язку з чим неопластичний процес діагностували на пізній стадії.

Порівняльний аналіз розподілу обстежених залежно від тривалості передракового захворювання показав, що пацієнтів з тривалістю спостереження до 3-х місяців налічується 55,79% від загальної кількості осіб, що мають передракові захворювання; з тривалістю спостереження до 1 місяця – 21,04%; 1-2 місяця – 17,02%; більш ніж 3 місяця спостереження – 6,15%. Тривалість спостереження пацієнтів в стоматологічній клініці відповідає загальній тривалості спостереження, оскільки з моменту виявлення передракових захворювань їх необхідно ставити на диспансерний облік (**рис. 2**).

Число звернень з передраковими захворюваннями до лікарів інших клінік представлено на **рис. 3**, з якого видно, що до 66,19% пацієнтів зверталися в стоматологічні клініки до 10 разів на рік; у 19,63% осіб – звернень не було зовсім; у 14,18% – 10 і більше звернень.

З анамнезу виявлено, що частина хворих не зверталася до лікаря, в зв'язку зайнятістю, відсутністю коштів, або займалися самолікуванням. Для чого використовували мазь Метрогіл дента, полоскання сольовими розчинами та іншими засобами народної медицини. В окремих випадках хворі відзначали тимчасове поліпшення. І тільки у разі відсутності ефекту лікування вони зверталися до лікаря-стоматолога. За словами хворих з'ясовано, що появі ерозії або виразки передувала тривало іс-

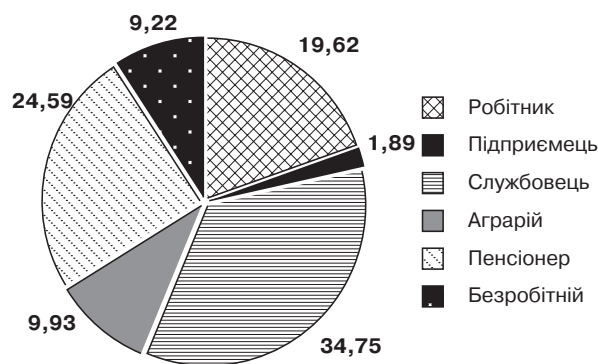


Рис. 1. Розподіл обстежених пацієнтів за професійними групами.

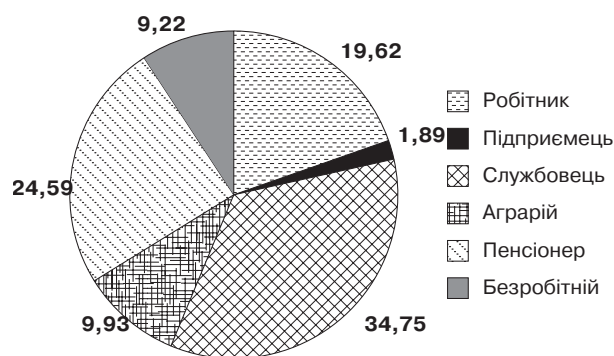


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за тривалістю передракового захворювання.

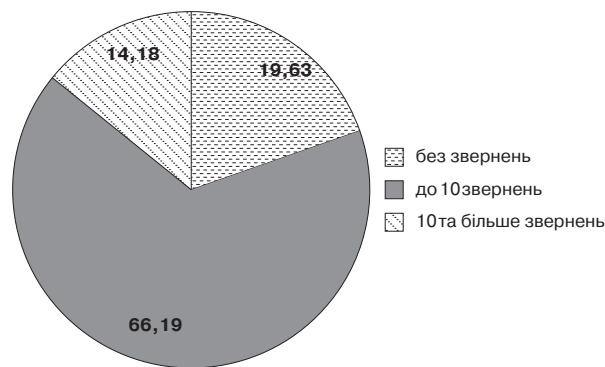


Рис. 3. Число звернень пацієнтів з передраковими захворюваннями до лікарів інших клінік.

ноюча травматизація певної ділянки слизової рота краєм зруйнованого зуба чи неякісним протезом. При зверненні в клініку кафедри хворі досить точно вказували на локалізацію патологічного процесу.

При постановці діагнозу необхідно пам'ятати про ознаки малігнізації процесу: поява ущільнення в основі виразки або навколо неї, кровоточивості, сосочкових розростань, відсутність ознак загоєння. Необхідно враховувати окремі анамнестичні дані: тривалість перебігу захворювання, відсутність ефекту від проведеного консервативного лікування.

Можна виділити дві основні причини пізньої діагностики раку СОПР.

Перша – вина хворого, пов'язана з пізнім зверненням до лікаря: тільки при появі вираженого больового симптому, або при тривалому самолікуванні і відсутності позитивного ефекту.

Друга причина – вина лікаря: відсутність у лікаря при первинному контакті з хворим онконастороженості, і внаслідок цього – тривале лікування без виявлення і усунення причини захворювання, що погіршувало прогноз результатів лікування в даній ситуації. Це підтверджує думку деяких дослідників про існування залежності між кваліфікацією лікаря і результатом онкозахворювання. Так, за нашими спостереженнями, занедбаність злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота і альвеолярного відростка пояснюється некомпетентністю лікаря-стоматолога, а саме:

- не прийняті адекватні діагностичні заходи – цитологія, консультація фахівця;
- неправильне трактування патологічних змін на слизовій оболонці ротової порожнини при наявності виразки – звідси тривале лікування і спостереження пацієнта, що є основною причиною виникнення злоякісної пухлини із передракових станів.

Відсутність ефекту консервативного лікування повинно насторожувати лікаря. Лікар мусить пам'ятати, що рак завжди розвивається на патологічно зміненій тканині. Необхідно ретельно з'ясувати анамнез захворювання, особливо терміни існування ерозивно-виразкових процесів.

Для зменшення помилок діагностики злоякісних новоутворень порожнини рота слід посилити виховання онконастороженості у лікарів.

Дуже часто лікарі підходять до проблеми лікування стоматологічних пацієнтів досить локалістично. Вони бачать і лікують карієс, але не помічають патології на СОПР і тим паче етіологічних факторів. При перевірці стоматологічних медичних карток нерідко спостерігається наступна картина: хворий 2-3 відвідування лікується у лікаря-стоматолога-терапевта з приводу захворювань твердих тканин зубів, в картці стоїть відмітка про проведений онкоогляд – патологія не визначена. Через тиждень пацієнт вже самостійно звертається на кафедру і йому ставлять діагноз «верукозна лейкоплакія». Це дуже серйозна проблема, що стоїть на чолі всієї профілактики онкологічних захворювань.

При аналізі причин занедбаності захворювання встановлено, що це переважно такі порушення: недостатнє клінічне обстеження; недооцінка клінічних даних; слабке забезпечення амбулаторно-поліклінічних установ діагностичною апаратурою та тестами для ранньої діагностики передракових захворювань СОПР; некомпетентність лікаря в плані верифікації діагнозу та додаткових методів обстеження; призначення неадекватного лікування; відсутність або недостатня онконастороженість; неглибоке знання структури онкологічної служби; слабка профілактична робота; низький рівень диспансеризації хворих; відсутність мотивації населення звер-

татися до лікаря-стоматолога або сімейного лікаря за допомогою.

Висновки

Виходячи з стадійності канцерогенезу, можна виділити два етапи профілактики.

Перший етап полягає у своєчасному виявленні та усуненні канцерогенних ризиків.

Це ті чинники, які лікар під час прийому стоматологічного хворого може і зобов'язаний виявити і, по можливості, усунути. Але це і ті чинники, на які лікар звертає найменше уваги.

Доцільно виділити фактори, які найбільшою мірою викликають переродження:

1. Тривале існування травматичної ерозії або виразки, ерозивної форми лейкоплакії, папіломатозу.

2. Вік хворого старше 50 років – найбільш уразливі особи віком 55-70 років.

Другий етап профілактики – це виявлення симптомів передракових станів. Тут дуже важливі знання лікарів патології СОПР, уважність під час оглядів пацієнтів, своєчасна консультація пацієнтів у відповідних фахівців. Основний принцип даного етапу – «НЕ ПРОПУСТИТИ».

Для реалізації цих етапів необхідно, по-перше, підвищити особисту відповідальність оглядового і лікуючого лікарів за виявлення захворювань СОПР у пацієнтів, а, по-друге, більш серйозно організувати проведення лікарських конференцій з обов'язковим включенням в тематику питань діагностики патології СОПР. Оглядовий або лікуючий лікар, щоб не пропустити елементи ураження, повинні чітко дотримуватися алгоритму обстеження. Його можна представити таким чином:

- анкетувати пацієнтів перед прийомом на предмет виявлення ризиків виникнення передракових або онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота і червоної облямівки губ;
- уважно збирати скарги, а при зборі анамнезу виявляти наявність впливу будь-яких дратівливих факторів на СОПР;
- уважно оглядати як шкірні покриви, так і всі відділи порожнини рота, а саме щоки, ретромолярний простір, м'яке і тверде піднебіння, всі поверхні язика, дно порожнини рота, лімфатичні вузли;
- при виявленні елемента ураження оглядовий лікар повинен на нього звернути увагу лікуючого лікаря, спробувати визначити морфологічний елемент і поставити попередній діагноз;
- незалежно від впевненості в правильності поставленого діагнозу лікар мусить проконсультувати такого пацієнта у завідувача відділенням і спільно вирішити питання тактики ведення даного хворого, призначити адекватне лікування і визначити його допустимі терміни;
- у разі утруднення діагностики хворого необхідно направити на консультацію на кафедру терапевтичної стоматології в стоматологічний центр НМУ;
- після постановки діагнозу хворого слід взяти на диспансерний облік;

• при постановці діагнозу необхідно пам'ятати про ознаки малігнізації процесу: поява ущільнення в основі виразки або навколо неї, кровоточивості, сосочкових розростань, відсутність ознак загоєння. Необхідно враховувати окремі анамнестичні дані: тривалість перебігу захворювання, відсутність ефекту від проведеного консервативного лікування.

• у разі підозри на рак СОПР або червоної облямівки губ треба без зволікання відправити хворого в онкологічний диспансер, тим самим Ви можете зберегти йому життя.

Перспектива подальших досліджень полягає у використанні отриманих результатів для складання методичних рекомендацій з профілактики раку СОПР і формування онконастороженості у лікарів-стоматологів.

Література

1. Данилевский Н. Ф. Терапевтическая стоматология / Н. Ф. Данилевский, А. В. Борисенко, М. Ю. Антоненко, Л. Ф. Сидельникова, А. Ф. Несин, Ж. И. Рахний. -- Киев, «Медицина», 2013. – Том 4. – С. 275-292.
2. Lodi G. Management of potentially malignant disorders: evidence and critique / G. Lodi, S. Porter // J Oral Pathol Med. – 2008 – Feb; 37(2). – P. 63-69. doi: 10.1111/j.1600-0714.2007.00575.x.
3. Napier S. S. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature / S. S. Napier, P.M. Speight // J Oral Pathol Med. – 2008. – Jan; 37(1). P. 1-10. (REVIEW).
4. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management / I. Van der Waal // Oral Oncol. – 2009. – Apr-May; 45(4-5). – P. 317-323. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.016. Epub 2008 Jul 31. (REVIEW)
5. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer / S. Warnakulasuriya // Oral Oncol. – 2009. – V. 45. – P. 309-316.
6. Warnakulasuriya S. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement / S. Warnakulasuriya, J. Reibel, J. Bouquot, E. Dabelsteen // J Oral Pathol Med. – 2008. – Mar; 37(3) – P. 127-133. doi: 10.1111/j.1600-0714.2007.00584.x.

УДК: 616.31-006.-4

РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА

Коленко Ю. Г.

Резюме. Метою даного дослідження став аналіз помилок, які допускають лікарі-стоматологи при діагностиці пухлинних захворювань, та визначення можливих причин, що призводять до виникнення злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота.

Для аналізу залучені звітні-статистичні документи стоматологічного центру Національного медичного університету імені О. О. Богомольця. При цьому використані навчальні та консультативні медичні журнали, медичні картки, результати аналізів лабораторних досліджень. Також проведено аналіз анкет, які були роздані пацієнтам.

При постановці діагнозу необхідно пам'ятати про ознаки малігнізації процесу: поява ущільнення в основі виразки або навколо неї, кровоточивості, сосочкових розростань, відсутність ознак загоєння. Необхідно враховувати окремі анамнестичні дані: тривалість перебігу захворювання, відсутність ефекту від проведеного консервативного лікування. Можна виділити дві основні причини пізньої діагностики раку СОПР: Перша – вина хворого, пов'язана з пізнім зверненням до лікаря: тільки при появі вираженого болювого симптому, або при тривалому самолікуванні і відсутності позитивного ефекту. Друга причина – вина лікаря: відсутність у лікаря при первинному контакті з хворим онконастороженості, і внаслідок цього – тривале лікування без виявлення і усунення причини захворювання, що погіршувало прогноз результатів лікування в даній ситуації.

Виходячи з стадійності канцерогенезу, можна виділити два етапи профілактики. Перший етап полягає у своєчасному виявленні та усуненні канцерогенних ризиків. Другий етап профілактики – це виявлення симптомів передракових станів.

Ключові слова: передракові захворювання, онконастороженість, профілактика, рак слизової оболонки порожнини рота, запущеність.

УДК: 616.31-006.-4

РОЛЬ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В ПРОФІЛАКТИКЕ ОНКОЛОГІЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНЬ СЛИЗИСТОЇ ОБОЛОНКИ ПОЛОСТИ РТА

Коленко Ю. Г.

Резюме. Целью данного исследования явился анализ ошибок, допускаемых врачами-стоматологами, при диагностике опухолевых заболеваний, определение возможных причин, способствующих возникновению злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта.

В анализ привлечены отчетно-статистические документы стоматологического центра Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца. При этом использованы учебные и консультативные медицинские журналы, медицинские карты, анализы лабораторных исследований. Также проведен анализ анкет, которые были розданы пациентам.

При постановке диагноза необходимо помнить о признаках малигнизации процесса: появление уплотнения в основании или вокруг язвы, кровоточивости, сосочковых разрастаний, отсутствие признаков заживления. Необходимо учитывать отдельные анамнестические данные: длительность течения заболевания, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения. Так, по нашим наблюдениям, запущенность злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта и альвеолярного отростка объясняется некомпетентностью врача-стоматолога, а именно: не приняты адекватные диагностические меры – цитология, консультация специалиста; неправильная трактовка патологических изменений на слизистой ротовой полости при наличии язвы – отсюда длительное лечение и наблюдение пациента, что является основной причиной озлокачествления предраковых состояний.

Исходя из стадийности канцерогенеза, можно выделить этапы профилактики. I этап профилактики заключается в своевременном выявлении и устранении канцерогенных рисков. II этап профилактики – это выявление симптомов предраковых состояний.

Ключевые слова: предраковые заболевания, онконастороженность, профилактика, рак слизистой оболочки полости рта, запущенность.

UDC: 616.31-006.-4

THE ROLE OF PRIMARY PREVENTION OF CANCER OF THE ORAL MUCOSA

Kolenko Y. G.

Abstract. Introduction. The National Cancer program provides interventions for the prevention, early diagnosis and optimization of routes of patients at different stages, levels of specialized medical care.

Tumors of the oral cavity of human bodies, is a visible entity, that is observable to the naked eye. It would seem that their diagnosis must be carried out at the earliest stages of development and reach 100%. However, unfortunately, this is not true. Statistics show that in 61% of patients with cancer of the oral cavity and oropharynx reveal on III, IV stages of the disease, and mortality was 75% of these patients in Ukraine.

The task of a dentist is to identify early clinical manifestations characterized by a precancerous, and making the right decisions on their treatment and the optimal time of observation. The frequency of this pathology encourages us to talk about the importance of oncological vigilance and commitment for a thorough examination of the entire oral cavity of each patient, as in the initial examination, and on completion of treatment.

The purpose of this study was to analyze errors allowed dentists, in the diagnosis of tumor diseases, identification of possible causes contributing to the emergence of malignant tumors of the oral mucosa.

The analysis involved the reporting and statistical documents Dental Center of the A. A. Bogomolets National Medical University. At the same time used training and advisory medical journals, medical records, laboratory studies tests. Also, the analysis of the questionnaires, which were distributed to patients.

As shown by the analysis of medical records in terms of age accounted for the largest share in the group of persons aged 40-49 years (34.04%), in second place – persons aged 30-39 years (27.66%), the third – aged 50-59 years (17.49%). The majority of urban residents have been observed.

Most patients (83.3%) attributed the emergence of elements of destruction (erosion, ulcers) with traumatic oral mucosa: a sharp edge of the damaged tooth, traumatization bridging, full or partial dentures, un normally located in the lingual side of the tooth roots of the teeth broken off after the crown tooth.

When the diagnosis is necessary to remember the signs of malignancy of the process: the appearance of the seal at the base or around the ulcers, bleeding, papillary excrescences, no signs of healing. Individual medical history must be considered: the duration of the disease, lack of effect of ongoing medical treatment.

We can distinguish two main causes of late diagnosis of cancer of oral mucosa. The first – at the patient's fault associated with late referral to a doctor until the expressed pain syndrome, or continuous self-medication and the absence of a positive effect. The second reason – according to the doctor's fault: the absence of a doctor during the initial contact with the patient oncologic alarm, and as a result, long-term treatment without identifying and eliminating the causes of the disease, which worsens the prognosis of treatment outcomes for a given situation.

To reduce the errors in the diagnosis of malignant tumors of the oral cavity is necessary to strengthen the education of oncological alertness doctors.

Very often, doctors approach to the problem of treatment of dental patients rather locally. They see and treat tooth decay, but do not see pathology in the GPRS and the more etiological factors.

Based on the staging of carcinogenesis, prevention steps can be distinguished. Stage I prevention is early detection and elimination of carcinogenic risks. And the stage of prevention – is to identify the symptoms of precancerous lesions. It is very important the knowledge of doctors oral mucosa pathology care in examining patients, timely consultation of patients in the respective experts. The basic principle of this phase – «No miss».

Keywords: pre-cancerous disease, oncological alertness, prevention, oral cancer, undermaintenance.

Рецензент – проф. Скрипніков П. М.

Стаття надійшла 03.02.2016 року