

Состояние специализированной стоматологической помощи больным с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта в Украине

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

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

В анализ вошли отчетно-статистические документы стоматологического центра Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.

При постановке диагноза необходимо помнить о признаках малигнизации процесса: появлении уплотнения в основании или вокруг язвы, кровоточивости, сосочковых разрастаний, отсутствии признаков заживления. Необходимо учитывать отдельные анамнестические данные: длительность течения заболевания, отсутствие эффекта от консервативного лечения.

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

Национальная онкологическая программа предусматривает мероприятия по профилактике, ранней диагностике и оптимизации маршрутов пациентов на разных этапах-уровнях оказания специализированной медицинской помощи.

Основным звеном в профилактических мероприятиях являются амбулаторно-поликлинические медицинские организации. Прежде всего это профилактический осмотр терапевтами-участковыми, семейными врачами и врачами общей практики, массовый скрининг населения, лабораторные и инструментальные методы диагностики [1]. Практически от качества реализации первого уровня зависят результаты всех последующих. Причем эффективность в наибольшей степени зависит от подготовленности врачей по онкологии. Добиться единого уровня знаний, позволяющего хотя бы заподозрить наличие злокачественного новообразования, среди всех врачей общей лечебной сети – задача сложнейшая [2, 4]. Опухоли органов полости рта человека относят к числу видимых образований, то есть доступных наблюдению невооруженным глазом. Казалось бы, их диагностика должна осуществляться на самых ранних стадиях развития и достигать 100 %. Однако, к сожалению, это не совсем так. Статистика свидетельствует, что у 61 % больных рак полости рта и ротоглотки выявляют на III и IV стадиях болезни, а смертность среди данных больных в Украине составляет 75 % [3, 5, 6].

Задача врача-стоматолога заключается в выявлении ранних клинических проявлений, характеризующихся как предраковые, и принятии правильных решений по их лечению и оптимальным срокам наблюдения.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ уровня диагностики и эффективности предшествующего лечения больных предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР).

Материалы и методы

Анализ уровня стоматологической помощи, оказывавшейся ранее больным предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, был проведен по данным: выкопировок из историй болезни стоматологиче-

ского больного, консультативных направлений и данных анамнеза заболевания пациентов, направляемых на лечебно-консультативный прием на кафедру терапевтической стоматологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца. Были проанализированы 1864 истории болезней пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, обратившимися в период с 2011 по 2015 г. В ходе анализа особое внимание уделяли: оценке уровня и качества предшествующей диагностики предраковых заболеваний СОПР; наличию (отсутствию) системного и комплексного подхода к проводившейся ранее терапии заболевания; наличию (отсутствию) рационального выбора средств и методов фармако- или физиотерапии, а также наличию (отсутствию) диспансерного наблюдения за больным, эффективности диспансеризации, если таковая осуществлялась.

Оценку уровня диагностики предраковых заболеваний СОПР проводили на основании: правильности заключений (предварительных/кончателных диагнозов) специалистов, направивших пациентов, и определения исходного (I–IV) диагностического уровня. Верифицировали диагноз (если таковой был) направившего учреждения; оценивали полноту формулировки диагноза, наличие и полноту данных дополнительных обследований и консультативного заключения смежных специалистов; обращали внимание на гипердиагностику заболевания.

Результаты исследования

Результаты подобного анализа уровня диагностики предраковых заболеваний СОПР в зависимости от формы поражения поредставлены на рис. 1.

Как свидетельствуют данные рис. 1, большая часть врачей-стоматологов, направивших пациентов на лечебно-консультативный прием, допускала прямые ошибки в постановке диагноза пострентгеновского хейлита и стоматита (71,43 %), красного плоского лишая (61,50 %) и лейкоплакии (55, 71 %) слизистой оболочки полости рта. Наибольшие трудности в постановке диагноза вызывали красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта (83,96 % примеров ошибочного диагноза) и



Рис. 1. Показатели, характеризующие уровень диагностики предраковых заболеваний СОПР в стоматологических учреждениях, направивших пациентов.



Рис. 2. Показатели, характеризующие общий уровень диагностики предраковых заболеваний СОПР в стоматологических учреждениях, направивших пациентов.

в 81,90 % плоская форма лейкоплакии слизистой оболочки полости рта. Реже были допущены прямые ошибки в диагностике хронических язв слизистой оболочки полости рта (66,67 %), эрозивной и веррукозной форм лейкоплакии (62,86 %) и метеорологического и актинического хейлита (60,0 %). Необходимо отметить высокий процент недоисследованных пациентов (как стоматологического статуса, так и общего состояния пациентов). Так, 95,19 % пациентов с красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта были недоисследованы, 87,14 % – с эрозивной и веррукозной формами лейкоплакии СОПР и 85,71 % – с пострентгеновским хейлитом и стоматитом. Имеется достаточно высокий (5,56 %) процент случаев гипердиагностики хронических язв слизистой оболочки полости рта, верифицируемых, соответственно, как «Новообразование слизистой оболочки полости рта».

На рис. 2 представлено графическое изображение показателей, характеризующих общий уровень диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта в стоматологических учреждениях. При анализе полученных данных установлено, что у 52,48% пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта были допущены ошибки в диагностике и постановке диагноза. Полнота и правильность формулировки диагноза, включающие указание нозологической формы заболевания, распространенности процесса с указанием зон вовлечения, стадии и характера течения заболевания, а также его клинической формы, не соответствовали необходимым требованиям в подав-

ляющем числе наблюдений (73,52 %). 79,91 % пациентов как были недоисследованы самими стоматологами, так и не были направлены к врачам других специальностей – ни одно из направлений, ни одна из выписок из истории болезни не содержали данные об обследовании врачей-интернистов на данный момент обследования.

Таким образом, диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, проводимая в стоматологических учреждениях, только в 47,52 % случаев соответствовала минимально допустимым (I и II) диагностическому уровню, позволяющим, соответственно, определить наличие патологии слизистой оболочки полости рта и (или) идентифицировать нозологическую форму заболевания. Качественная, соответствующая III–IV уровню, диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта с формулировкой полного клинического диагноза, формы, топологии, стадии и характера течения процесса, вызвала трудности в 73,52 % клинических ситуаций. Низкое качество диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта подтверждают также высокое количество недоисследованных пациентов (79,91 %) и случаев гипердиагностики (1,89 %); наибольшие трудности при постановке диагноза вызвали пострентгеновский хейлит и стоматит (71,43 %).

Анализ качества ранее проведенного лечения больных с предраковыми заболеваниями СОПР, представлен на рис. 3.

Данные, представленные на рис. 3, свидетельствуют об отсутствии комплексного подхода к лечению больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта. Так, местное лечение больных преимущественно сводилось к назначению антисептических полосканий (83,92 %), причем назначались препараты растительного происхождения или отвары лекарственных трав. 69,98 % пациентов назначалась системная витаминотерапия (масляный раствор витамина А, препарат «Аевит» внутрь), продолжительные (до 2-х месяцев подряд, без перерывов) или укороченные курсы, которой были не всегда обоснованы. Треть пациентов (31,44 %) получали курс противовоспалительной терапии, который нельзя считать рациональным для больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Антибиотикотерапия назначалась 19,15 % пациентов, причем для нормализации микрофлоры полости рта назначались препараты группы линкозамидов. Практически всегда антибиотики назначались без соответствующих исследований на наличие патогенной микрофлоры в полости рта. Также в качестве местного антибактериального препарата большинству пациентов (40,66 %) назначали Метрогил Дента. Иммунокорректирующая терапия назначалась в 63,36 % случаев (Имудон,



Рис. 3. Анализ лечебно-профилактических мероприятий, оказываемых больным с предраковыми заболеваниями СОПР.

Лизобакт и Левамизол) и без учета исходного иммунного статуса и последующего контроля его динамики в процессе лечения. 22,22 % пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта назначалась десенсибилизирующая терапия (препараты «Диазолин» или «Кларитин»), причем не всегда рационально и обоснованно. Применение гормонотерапии (20,09 %) сводилось к назначению местно мазей с преднизолоном или дексаметазоном в случаях длительно незаживающих поражений слизистой оболочки полости рта.

В целом, анализ большинства выписок чаще свидетельствовал о бессистемном назначении лечебных курсов, их частом прерывании в связи с появлением первых признаков улучшения состояния. В рекомендациях врачей практически не присутствовали назначения хирургического или физиотерапевтического лечения, данные о лечении сочетанной системной патологии.

Обращало на себя внимание, что применение лекарственных средств проводилось без учета необходимости и сроков проведения полноценной санации полости рта, коррекции гигиены, устранения местных раздражающих и травмирующих факторов. Процент

охвата санацией полости рта у больных с предраковыми заболеваниями СОПР был невысок – 25,69 %, степень сохранности стоматологического здоровья в целом очень низкая, нуждаемость в оказании различных видов стоматологической помощи – высокая.

Вывод

Таким образом, ретроспективный анализ лечебно-профилактической помощи, традиционно оказываемой пациентам с предраковыми заболеваниями СОПР, в 89,25 % наблюдений свидетельствовал о ее низкой эффективности в связи с отсутствием системного и комплексного подхода к лечению; назначением устаревших схем фармакотерапии; проведением нерегулируемых по продолжительности и этапности лечебных курсов; необоснованно редким (до 11,0 %) использованием хирургических и физиотерапевтических методов в комплексном лечении больных с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, а также отсутствием налаженной системы диспансерного наблюдения за больными с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сидельникова Л.Ф., Несин А.Ф., Ражний Ж.И. Терапевтическая стоматология. Том 4. – Киев: «Медицина». – 2013. – С. 275–292.
2. Lodi G., Porter S. Management of potentially malignant disorders: evidence and critique // J. Oral Pathol Med. – 2008, Feb.; 37 (2): 63–9. doi: 10.1111/j.1600-0714.2007.00575.x.
3. Napier S.S., Speight P.M. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature // J. Oral Pathol. Med. – 2008, Jan.; 37 (1): 1–10 (Review).
4. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer // Oral Oncol. – 2009. – V. 45. – P. 309–316.
5. Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management // Oral Oncol. – 2009. – Apr.-May; 45 (4–5): 317–23. doi: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.016. Epub. 2008, Jul 31 (Review).
6. Warnakulasuriya S., Reibel J., Bouquot J., Dabelsteen E. Oral epithelial dysplasia classification systems: predictive value, utility, weaknesses and scope for improvement // J. Oral Pathol. Med. – 2008, Mar.; 37 (3): 127–33. doi: 10.1111/j.1600-0714.2007.00584.x.

Стан спеціалізованої стоматологічної допомоги хворим з передраковими захворюваннями слизової оболонки порожнини рота в Україні

Ю.Г. Коленко

Резюме. Метою даного дослідження став аналіз помилок, що допускаються лікарями-стоматологами при діагностиці пухлинних захворювань, визначення можливих причин, що сприяють виникненню злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота.

В аналіз увійшли звітні-статистичні документи стоматологічного центру Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

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

Ключові слова: передракові захворювання, діагностика, профілактика, рак слизової оболонки порожнини рота, занедбаність.

The state of specialized dental care for patients with oral precancerous diseases in Ukraine

Yu. Kolenko

Summary. 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.

The analysis involved the reporting and statistical documents Dental Center of the A.A. Bogomolets National Medical University.

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 excrecences, no signs of healing. individual medical history must be considered: the duration of the disease, lack of effect of ongoing medical treatment.

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.

Key words: pre-cancerous disease, diagnostic, prevention, oral cancer, under maintenance.

Коленко Ю.Г. – доцент кафедри терапевтичної стоматології НМУ імені А.А. Богомольця.

E-mail: kolenko.julia@gmail.com.