

© Н. С. НУРИЕВА, 2012

УДК 617.51/53-006.04-07:616.314

Н. С. Нуриева

ОЦЕНКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64)

Поздняя диагностика опухолей головы и шеи связана с отсутствием у пациентов онкологической настороженности и информации о предраковых состояниях и достаточно редкими посещениями врача-стоматолога, о чем свидетельствует неудовлетворительное состояние органов и тканей ротовой полости. Кроме того, экзогенные факторы, такие как проживание в крупных промышленных городах, курение, работа на вредных производствах, также оказывают свое негативное влияние на исходный стоматологический статус пациентов данной категории.

Ключевые слова: опухоли головы и шеи, санация, курение, предраки

CHARACTERISTIC OF THE STOMATOLOGICAL STATUS AND THE INFLUENCE OF THE CONCURRENT EXOGENOUS FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF NEOPLASMS IN THE OROPHARYNGEAL REGION

Nurieva N.S.

Late diagnostics of the tumors of the head and the neck is supposed to be due to the absence of oncological vigilance in the patients, their poor awareness of on precancer conditions, and rather rare visits to the dentist's office. Taken together, these circumstances account for the unsatisfactory condition of the mouth organs and tissues. Besides, the exogenous factors, such as residence at large industrial cities, smoking, and hazardous employment exert the adverse influence on the initial stomatologic status of the patients of this category.

Key words: head and neck tumors, sanitation, smoking, precancers

Введение

Новообразования головы и шеи, относятся к так называемым визуальными опухолям, диагностировать которые, зачастую можно при клиническом осмотре. Однако до настоящего времени лечение больных раком орофарингеальной области остается достаточно сложной проблемой, о чем свидетельствуют неудовлетворительные показатели 5-летней выживаемости. Это связано в первую очередь с трудностями излечения больных местнораспространенными формами рака III-IV стадии, удельный вес которых составляет 70–80%.

По сводным статистическим данным, 5-летняя выживаемость при III стадии составляет 33–52%, при IV стадии – 5–10% [1, 4].

Понятие рака орофарингеальной зоны на современном уровне включает следующие виды опухолей (классификация TNM 2002).

1. Опухоли ротоглотки:

а) опухоли передней стенки ротоглотки (язычно-надгортанной области):

- задней части языка до валикообразных сосочков (основание языка и задняя треть);

- валлекул;

б) опухоли боковой стенки ротоглотки:

- миндалин;

- миндаликовой ямки и складок зева;

- язычно-миндаликовой борозды;

в) опухоли задней стенки ротоглотки;

г) опухоли верхней стенки ротоглотки:

- нижней поверхности мягкого неба;

- язычка;

2. Опухоли органов ротовой полости (РП):

а) опухоли слизистой рта:

- слизистой поверхности верхней и нижней губы;

- слизистой поверхности щек;

- ретромолярной части;
- преддверия рта (верхнее и нижнее);
- б) опухоли верхнего альвеолярного отростка и десны;
- в) опухоли нижнего альвеолярного отростка и десны;
- г) опухоли твердого неба;
- д) опухоли языка:
- спинки и боковых краев спереди от валикообразных сосочков (передние две трети);
- нижней поверхности;
- е) дна РП.

Удельный вес злокачественных новообразований орофарингеальной зоны в структуре заболеваемости в России и в мире в целом достаточно велик и продолжает расти.

По статистическим данным [4], за период с 1995 по 2005 г. среднегодовой темп прироста злокачественных опухолей данной локализации у лиц обоего пола составил 0,54% (прирост 5,55%). Причем фактически не увеличиваясь у мужчин, она за последние десять лет значительно прогрессировала у женщин. Прирост составил 21,52%, что соответствует темпу прироста в 1,97%. В мире рак орофарингеальной зоны выявляется в 340 000 случаев [1]. А в России в 2005 г. зарегистрировали 15 031 таких больных. Частота указанных новообразований, по данным отечественной и зарубежной статистики, вариабельна и составляет от 1 до 30% от всех злокачественных опухолей человека.

При анализе заболеваемости раком органов РП определяется многократное превышение частоты данной патологии у мужского населения (от 2–3, до 10–30 раз). Возраст больных колеблется от 20 до 80 лет, но большинство составляют лица 40–60 лет, при среднем возрасте 55 лет.

Уровень заболеваемости раком орофарингеальной зоны существенно зависит от социально-бытовых, этнических факторов, воздействия окружающей среды, а также состояния органов РП. В отдельных регионах эта патология носит краевой характер. Максимальны эти показатели в Индии (Ахмадабад и Тривандум), а минимальны – в Израиле.

В целом в Российской Федерации заболеваемость раком орофарингеальной зоны в 2005 г. составила 5,05 на 100 000

Нуриева Наталья Сергеевна – канд. мед. наук, доц., тел. 8 (351) 232-73-71

населения, что в абсолютном исчислении равнялась 15 031 больному.

Смертность от злокачественных новообразований орофарингеальной зоны в 2005 г. по России составила 5,85 на 100 тыс. населения. Хотя за последние годы динамика смертности населения от злокачественных опухолей головы и шеи стабилизировалась (1995 г. – 5,63, 2000 г. – 6,19, 2005 г. – 5,85), показатель смертности все же остается на высоком уровне и прирост составляет около 6,9%.

Как следует из сказанного выше рак орофарингеальной зоны – актуальная медико-социальная проблема России, в решении которой важную роль играет стоматологическое здоровье пациента. Однако при обследовании пациентов, поступавших на лечение в Челябинский окружной онкологический диспансер, была выявлена следующая стоматологическая ситуация.

Материалы и методы

Материалом настоящего исследования послужили данные проспективного изучения данных показателей стоматологического здоровья у 586 больных со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны.

Локализация новообразований орофарингеальной зоны у обследуемых: дно полости рта – 147 (25%) случаев, языка – 195 (33%), ротоглотки – 139 (24%), верхней челюсти – 36 (6%), нижней челюсти – 12 (2%), слизистой оболочки щеки – 21 (4%), носа – 4 (1%), мягкого неба – 18 (3%), ретромолярной области – 14 (2%). Процентное соотношение мужчин и женщин было 76,4 к 23,6. Преимущественное поражение раком орофарингеальной зоны мужского населения соответствует данным, предоставленным другими авторами (А. Г. Приходько, 2008) [4]. Так у мужчин наиболее частой локализацией явилась ротоглотка (до 59,7%), язык (до 49,7%) и дно полости рта (до 49,6%). У женщин первые места занимали нос (25%), ретромолярная область (до 21,4%) и верхняя челюсть (до 19,4%).

Анализ возрастного состава больных подтверждает социальную значимость лечения злокачественных новообразований орофарингеальной области, поскольку 55,7% больных находились в трудоспособном и общественно-активном возрасте. Полученные результаты соответствуют данным других авторов [4]; (Забалуева Л. М., 2005).

При возникновении и развитии рака орофарингеальной зоны большое внимание уделяется таким местным травмирующим и канцерогенным факторам (рис. 1) как курение, употребление крепких спиртных напитков, травмам разрушенными зубами или ортопедическими конструкциями, некачественными зубными протезами, воздействием химических соединений (в том числе от дыма промышленных предприятий) и температурных раздражителей. Из числа участников нашего исследования 350 человек (60%) курили, 44 человека (58,8%) регулярно употребляли спиртные напитки.

Существенную роль в развитии рака головы и шеи играют неблагоприятные условия труда, повышенная инсоляция, воздействие ветра, контрастных температур, условий обитания, наличие производственных вредностей [5]. В нашем исследовании значительную часть больных – 471 (80,4%) составляли жители крупного промышленного центра – Челябинска. Часть из них 171 (29,3%) работают или какое-то время работали на крупных промышленных предприятиях города: на производстве, связанном с наличием профессиональных вредностей, таких как высокие температуры, повышенная запыленность, наличие летучих химических соединений.

По мнению ряда авторов [2], возникновению рака РП в 40–70% случаев предшествуют предраковые состояния. Особенно это актуально для злокачественных новообразований РП. Пациенты с предраковыми заболеваниями должны находиться на диспансерном учете у врача-стоматолога. Однако в проведенном нами исследовании установлено, что лишь 6,2% пациентов имели информацию о состояниях, предшествующих развитию опухоли, и только 24,8% проходили регулярный осмотр РП у врача-стоматолога. Полученные данные, скорее всего, отражают как уровень стоматологической помощи, так и санитарную грамотность населения Челябинской области.

Обращает на себя внимание, что 29% больных раком орофарингеальной зоны связывают развитие опухоли с такими стоматологическими вмешательствами, как удаление, изготовление съемных и несъемных зубных и мостовидных протезов, лечение зубов и десен, а также с травмированием слизистой оболочки собственными разрушенными и одиночно стоящими зубами, оставшимися корнями зубов.

Исходное стоматологическое состояние пациентов являлось значимым не только для оценки тяжести развившихся осложнений, но и для проведения всего объема запланированного лечения в отведенные сроки и без перерывов. В силу существенных различий в образе жизни пациентов их исходное стоматологическое состояние также не было однотипным. Для выявления сопоставимости групп по критерию исходного состояния органов и тканей РП мы использовали обычные методы стоматологического осмотра, определения индекса гигиены и индекса КПУ (кариес, пломба, удаленный). Клиническое обследование стоматолога включало опрос и объективное обследование. Процедура обследования органов и тканей РП проводилась по разработанной ВОЗ и апробированной в РФ методике (Женева, 1997 г.). Кроме того, при первичном стоматологическом осмотре пациентов мы обращали внимание на умение и желание пациента проводить гигиеническую обработку РП. Для оценки исходного умения мы использовали индекс эффективности гигиены РП (PHP) (Podshadley, Haley 1968). Всем пациентам на момент госпитализации проводили измерение слюноотделения. При проведении сиалометрии мы использовали Методику сбора смешанной нестимулированной слюны в состоянии покоя.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов исследования показал, что в среднем у обследуемых пациентов уровень гигиены составил $1,4 \pm 0,1$, что соответствует показателю "удовлетворительно" (табл. 1).

Результаты, полученные в результате обследования 586 пациентов с опухолями орофарингеальной зоны, полностью соответствуют их указанным анкетным данным о частоте ухода за полостью рта.

Так, 2 раза в день чистят зубы 83,6% опрошенных, 1 раз в день – 10,2%, вообще не чистят зубы 6,2%.

Индекс КПУ (кариес – пломба – удаленный) – критерий оценки распространенности кариозных поражений. У пациентов со злокачественными новообразованиями орофарингеальной зоны он высокий и составляет $15 \pm 0,4$ с преобладанием в структуре кариозных и удаленных зубов (табл. 2). Характер этого показателя не может не привлечь внимание к фактору отсутствия регулярной стоматологической помощи.

При проведении сиалометрии мы использовали Методику сбора смешанной нестимулированной слюны в состоянии покоя. Слюну собирали через 1,5–2 ч после еды. Пациента усаживали, просили опустить голову и сидеть в таком положении, не глотать слюну или двигать языком и губами во время всего периода сбора слюны. Слюна аккумуляровалась в полости рта в течение 2 мин, затем пациента просили сплюнуть все содержимое полости рта в пробирку. Процедуру

Таблица 1. Оценка гигиенического состояния полости рта у пациентов основной группы и группы сравнения (абс., %)

Группа	Уровень гигиены			
	хороший, (0,1–0,6)	удовлетворительный, (0,7–1,6)	неудовлетворительный (более 1,7)	средние показатели ($M \pm m$)
Основная группа ($n = 195$)	78 (39,8%)	109 (56%)	8 (4,2%)	$1,3 \pm 0,1$
Группа сравнения ($n = 391$)	140 (36%)	228 (58,4%)	23 (5,6%)	$1,5 \pm 0,2$
Всего... ($n = 586$)	218 (37,2%)	337 (57,5%)	31 (5,6%)	$1,4 \pm 0,1$

Таблица 2. Оценка индекса интенсивности кариеса (КПУ) пациентов основной группы и группы сравнения ($M \pm m$)

Группа	Кариозные зубы	Пломбированные зубы	Удаленные зубы	Средние показатели
Основная группа ($n = 195$)	$23 \pm 0,3$	$10 \pm 0,3$	$18 \pm 0,2$	$17 \pm 0,3$
Группа сравнения ($n = 391$)	$19 \pm 0,2$	$6 \pm 0,4$	$14 \pm 0,3$	$13 \pm 0,4$
Всего... ($n = 586$)	$21 \pm 0,3$	$8 \pm 0,4$	$16 \pm 0,3$	$15 \pm 0,4$

Таблица 3. Оценка показателей сиалометрии у пациентов основной группы и группы сравнения на момент госпитализации.

Группы	Скорость слюноотделения (мл/мин) ($M \pm m$)
Основная ($n = 195$)	$4,0 \pm 0,04$
Сравнения ($n = 391$)	$3,96 \pm 0,03$
Всего... ($n = 586$)	$3,98 \pm 0,04$

$p \leq 0,05$.

ру сбора таким образом проводили еще 2 раза, чтобы общее время сбора составляло 6 мин. Скорость слюноотделения, выраженная в мл/мин, составляет общий объем собранной слюны, деленный на 6 (табл. 3).

На момент госпитализации все пациенты не отмечали симптомов ксеростомии и у них были сохранены все слюнные железы. Средний показатель сиалометрии (общей нестимулированной слюны) на момент госпитализации составлял $3,98 \pm 0,04$, что несколько ниже показателей сиалометрии у пациентов без данной патологии.

Полученные в ходе исследования данные записывали в историю болезни пациента и амбулаторную карту стоматологического больного.

К сожалению, мы получили неутешительные данные относительно исходного стоматологического состояния. Так, среди пациентов группы сравнения, госпитализированных в Челябинский окружной онкологический диспансер, в отделение головы и шеи, и имевших справку о санации, удовлетворительную санацию полости рта имели только 4,8% больных. Следовательно, 95,2% не были подготовлены к специализированному лечению. Этот факт остается тем более тревожным, что из всех пациентов 176 (30%) первично обратились с жалобами к стоматологу, 155 (26,5%) – к онкологу, 107 (18,3%) – к ЛОР-врачу, 103 (17,7%) – к участковому терапевту и 43 (7,5%) – к хирургу.

© Л. И. ХУДЯКОВА, 2012

УДК 616.31-057.875-07

Л. И. Худякова

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России (454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64)

Для анализа качества жизни нами обследованы 150 студентов 17–25 лет с достоверными диагнозами патологии зубочелюстной системы. В группу сравнения (150 человек) привлечены студенты, не имеющие нарушений стоматологического здоровья. С целью получения годных для сравнения данных использовали опросник SF-36, предложенный фирмой "Medical Outcomes Study Short Form". В результате исследования установили, что физический компонент здоровья – Physical health (PH) студентов основной группы мало чем отличается от параметров студентов, не имеющих патологии зубочелюстной системы. Нарушение стоматологического здоровья снижает качество жизни в большей степени по шкалам, относящимся к психическому компоненту здоровья.

Ключевые слова: студенты, качество жизни, стоматологическое здоровье

Из собранного анамнеза также выявлено, что 59,2% пациентов (с их слов), до обращения к специалистам лечились самостоятельно. Однако и после обращения к специалистам неонкологического профиля консервативное лечение затягивалось. Из стандартов лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта: «Лечение различных изменений на слизистой оболочке осуществляется врачом-стоматологом. Если в течение 2 недель консервативного лечения не наступает улучшение, больной должен быть осмотрен онкологом» (Филлорин М. Д., 1997).

Нами установлено, что пациенты в среднем затратили на самостоятельное лечение или у специалистов неонкологического профиля 1–3 мес – 52,4%, 4–6 мес – 28,6%, от 6 мес до 1 года – 19%. С этим фактором также связана обращаемость пациентов в онкологические учреждения с III–IV стадией опухолевого процесса.

Выводы

Исходя из сказанного выше, и на основании проведенного исследования можно сделать вывод о неудовлетворительном состоянии органов и тканей РП у пациентов с новообразованиями орофарингеальной зоны, отсутствии у них онкологической настороженности и информации о предраковых состояниях, нерегулярном посещении врача-стоматолога и преимущественном самолечении. Кроме того, поздняя диагностика злокачественного новообразования и отсутствие онкологической настороженности у врачей первого контакта приводит к тому, что госпитализация в специализированное учреждение пациентов данной категории происходит на III–IV стадии опухолевого процесса, что соответствующим образом влияет на последующую тактику лечения и долгосрочные прогнозы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3 (77), прил. 1. – С. 158.
2. Леонтьев В. К., Пахомов Г. Н. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2006.
3. Филлорин М. Д., Сысолятин П. Г. // Стоматология. – 2001. – № 2. – С. 54–57.
4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2005 году (заболеваемость и смертность). – М., 2007.
5. Herodin F., Drouet M. // Exp. Nematol. – 2005. – Vol. 33, № 10. – P. 1071–1080.

Поступила 15.09.11