

Н. А. СОКОЛОВА, Д. С. АВЕТИКОВ,  
В. М. ГАВРИЛЬЄВ, В. Д. АХМЕРОВ (Полтава)

## АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА СТАН ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ (за матеріалами Полтавської області)

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії  
з пластичною та реконструктивною хірургією голови та шиї  
(зав. – проф. Д. С. Аветіков) ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
<beekeeper69@yandex.ua>

*Наведено дані про захворюваність на злоякісні новоутворення щелепно-лицевої ділянки в Полтавському регіоні за 20 років спостереження, показник якої зменшувався від 4 до 2,5 % до 2011 р., але збільшувався до 3,3 % в структурі загальної онкологічної захворюваності в 2012 р.; про зміну структури захворюваності та рангових місць злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки і встановлення причин пізньої діагностики. Пропонується продовжувати вивчення моніторингу злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки населення та рівня диспансеризації й мотивації з надання спеціалізованої допомоги населенню з обов'язковим аналізом даних; вважати показники своєчасної діагностики раку одним з основних критеріїв оцінки діяльності стоматологічної служби; зобов'язати лікарів-стоматологів проходити курси підвищення кваліфікації з онкології 1 раз на 5 років.*

---

**Ключові слова:** злоякісні новоутворення, захворюваність, моніторингування, щелепно-лицева локалізація.

---

Згідно з офіційними статистичними даними, в більшості країн світу відмічається збільшення кількості злоякісних новоутворень та смертності від них [2].

Аналіз стану протиракової боротьби в Україні показав, що злоякісні новоутворення є важливою медико-біологічною та соціально-економічною проблемою країни. Захворюваність і смертність від раку продовжують збільшуватись, ризик захворіти буде підвищуватись у зв'язку із збільшенням забруднення навколишнього середовища та радіаційного фактора [6].

Організація якісної онкологічної допомоги і профілактика злоякісних новоутворень залишаються актуальними в Україні, бо ця група захворювань протягом останніх років стійко посідає друге місце в структурі смертності населення, насамперед працездатного віку, поступаючись тільки патології серцево-судинної системи [5].

Для успішної боротьби із злоякісними новоутвореннями необхідні достовірні дані про епідеміологію раку, рівень онкологічної захворюваності та смертності від злоякісних пухлин для різних статево-вікових, етнічних, професійних й інших груп населення [4].

Захворюваність і смертність від злоякісних новоутворень – основні показники протиракової боротьби [1–6]. Досвід показує, що близько 85 % злоякісних новоутворень легкодоступні для обстеження шляхом огляду, пальпації та інших простих технічних прийомів і лише 15 % не можна розпізнати своєчасно через прихований перебіг хвороби [1, 4].

Щелепно-лицева ділянка належить до візуальних форм злоякісних пухлин, добре доступна для огляду як лікарем, так і самим пацієнтом. Але симптоми пухлин бувають настільки слабовиражені, що перехід хронічного запалення або деструктивного процесу в злоякісний ріст часто залишається непоміченим ні хворим, ні лікарем-спеціалістом.

Основними факторами, що зумовлюють успіх в лікуванні та сприятливому прогнозі при новоутвореннях щелепно-лицевої ділянки, є рання діагностика, ефек-

тивна профілактична, диспансерна робота, повне клініко-інструментальне обстеження хворого на етапах звернення за медичною допомогою.

За даними літератури, при I стадії раку стійкої ремісії можна досягнути у 90 % хворих, при II ефективність знижується до 70 %, при III – до 40 %. В останньому випадку цього можна досягти лише шляхом проведення операцій, які призводять до значної фізичної та соціальної інвалідності хворого.

Нині існує достатня кількість методів, які дозволяють розпізнати передрак, або будь-яку пухлину навіть за локалізацій, мало доступних для огляду звичайними методами: можливість застосування волокнистої оптики, рентгенологічних досліджень, ультразвукових методів тощо. Але основними методами діагностики пухлин є гістологічний (біопсія) та цитологічний.

**Мета дослідження** – підвищення якості діагностики та лікування злоякісних пухлин щелепно-лищевої ділянки на підставі аналізу їх захворюваності.

**Матеріали і методи.** Порівняльне вивчення захворюваності на злоякісні новоутворення щелепно-лищевої локалізації проводили за матеріалами Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 2012 р.

Нами проведено аналіз захворюваності на злоякісні новоутворення п'яти окремих локалізацій (губи, язик, слинні залози, слизова оболонка – СО порожнини рота, щелепи) відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10 (МКХ-10) перегляду 1998 р.

Основними джерелами інформації про хворих з онкологічними хворобами були первинні медичні документи про захворюваність на злоякісні новоутворення.

Дані про кількість, стать та вік жителів Полтавської області нами взяті з публікації в збірнику «Показники діяльності медичних закладів області» за 2012 р. Для отримання необхідних даних про хворих з онкологічними захворюваннями оброблено 5056 повідомлень про первинних таких пацієнтів, з яких відібрано 157 – із злоякісними пухлинами щелепно-лищевої ділянки.

У подальшому всіх хворих розподілено на групи за такими критеріями: локалізацією процесу, стадією захворювання; демографічними показниками: місцем проживання, віком, статтю.

Для вивчення захворюваності на злоякісні новоутворення щелепно-лищевої ділянки розраховано інтенсивні коефіцієнти, що відображають співвідношення захворюваності до всього населення.

Захворюваність на злоякісні новоутворення щелепно-лищевої локалізації жителів Полтавської області вивчали на основі аналізу отриманих нами інтенсивних показників на 100 000 чоловічого та жіночого населення.

**Результати та їх обговорення.** За даними Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 2012 р. на обліку знаходилось 5056 хворих з вперше виявленими злоякісними новоутвореннями, захворюваність становила  $374,1 \text{ ‰}$  (по Україні цей показник становить  $357,6 \text{ ‰}$ ). Хворих з онкологічною патологією щелепно-лищевої ділянки було 157, тобто захворюваність становила  $10,7 \text{ ‰}$  (у 2011 р. –  $8,4 \text{ ‰}$ ).

Таким чином, захворюваність на злоякісні новоутворення щелепно-лищевої ділянки становила 3,3 % в структурі загальної онкологічної захворюваності (у 2011 р. –  $2,5 \text{ ‰}$ ).

Аналіз даних свідчить про те, що при порівнянні абсолютних показників найбільша кількість хворих зареєстрована в Полтаві (39 хворих) та в Кременчуці (20 хворих), але при порівнянні інтенсивних показників найбільша онкоостоматологічна захворюваність зареєстрована у Хорольському районі –  $19,3 \text{ ‰}$ , у Шишацькому –  $18,9 \text{ ‰}$ , у Глобинському –  $17,1 \text{ ‰}$ , у Лохвицькому –  $15,5 \text{ ‰}$  та у Велико-Багачанському –  $15,3 \text{ ‰}$ .

Із 157 хворих чоловіків було 120, жінок – 37, отже, чоловіки хворіли в 3,2 раза частіше, ніж жінки. Рак губи у чоловіків зустрічався в 3,4 раза частіше, ніж у жінок; рак язика – в 9 разів, рак СО порожнини рота – в 4 раза, слинних залоз –

в 3,6 раза, верхньої щелепи – в 1,6 раза, рак нижньої щелепи у жінок був в 5 разів частіше, ніж у чоловіків.

За локалізацією найвищу захворюваність спостерігали на рак СО порожнини рота, включаючи злоякісні новоутворення СО щоки, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння і дна порожнини рота – всього 55 (35 %) випадків, а якщо враховувати злоякісні пухлини язика – 20 (12,7 %), то кількість хворих на злоякісні пухлини СО та органів порожнини рота становитиме 75 (47,7 %). На другому місці – рак губи – 40 (25,5 %), на третьому – рак великих слинних залоз – 23 (14,6 %), на четвертому – рак язика – 22 (12,7 %). Злоякісні новоутворення щелеп посідають п'яте місце – 19 (12,1 %) випадків, при цьому злоякісних пухлин верхньої щелепи вдвічі більше (13 випадків), ніж нижньої (6 випадків).

Ще наприкінці 90-х років нами зроблено прогноз щодо онкологічної захворюваності щелепно-лицевої ділянки на основі аналізу результатів спостережень протягом 12 років на прикладі Полтавського регіону. Згідно з ним, до 2007 р. очікувалось у чоловіків і жінок збільшення рівня захворюваності на злоякісні новоутворення язика та СО порожнини рота, слинних залоз, верхньої щелепи. Одночасно як у чоловіків, так і у жінок прогнозували зниження захворюваності на рак губи [4].

На той період питома вага онкостоматологічної захворюваності в області становила 4 % [3], у 2011 р. – 2,5 %, нині – 3,3 %. Зроблений нами прогноз підтвердився: захворюваність до 2011 р. зменшувалась, але у 2012 р. вона збільшилась на 1,1 %. Крім того, якщо раніше перше місце посідав рак губи, то нині – друге місце і захворюваність зменшилась майже втричі; рак СО порожнини рота з другого посів перше місце, збільшилась захворюваність і на рак слинних залоз.

На ранніх I–II стадіях виявлено 77 (49 %) осіб, в 2011 р. цей показник був 58,6 %. Кількість запущених випадків становила 64 (40,8 %), але у 10,2 % хворих не встановлено стадію захворювання. Найбільшу кількість запущених випадків спостерігали при злоякісних новоутвореннях нижньої щелепи – 16,7 та 83,3 % без встановлення стадії процесу; верхньої щелепи – 76,9 і 23,1 % – без стадії; язика – 60 %; СО порожнини рота – 54,5 %; слинних залоз – 30,4 та 21,7 % – без стадії.

По районах області найбільшу кількість запущених випадків зареєстровано у Шишацькому – 100 %, у Ново-Санжарському – 100 %, в Оржицькому – 100 %, у Котелевському – 100 %, у Пирятинському – 90 %, у Кременчуцькому, Глобинському та Гребінківському – по 75 %, у Полтавському – 72 %, у Миргородському та Лохвицькому – по 60 %, у Семенівському, Кобиляцькому районах та в Комсомольському – по 50 %, в Кременчуці – 55 %, у Полтаві – 36 %.

Фатальність онкологічної хвороби головним чином зумовлена пізнім виявленням. Разом з тим показники пізньої діагностики онкостоматологічних захворювань не мають тенденції до зниження, питома вага запущених випадків становить, як і раніше, 35–80 % при різних локалізаціях пухлин.

Аналіз причин низького рівня діагностики раку показує його залежність в основному від низького рівня онкологічної грамотності лікарів-стоматологів.

Як з'ясувалось, більшість лікарів не можуть відрізнити біопсію від цитологічного дослідження, не знають методів забору матеріалу як для цитологічного дослідження, так і гістологічного, правил взяття біопсії, бо не проводять цих досліджень. За даними обласних патологоанатомічної та цитологічної лабораторій, матеріалу для дослідження від стоматологів майже не надходить.

Така ситуація і щодо рентгенологічних досліджень: лікарі-рентгенологи не подають описань та висновків до рентгенівських знімків хворих із стоматологічними захворюваннями, перекладаючи свої обов'язки на лікарів-стоматологів, результатом чого неодноразово були діагностичні помилки. Важливим є питання диспансерного спостереження.

Відомо, що в клінічній групі Ia хворий може перебувати не більше 10 днів до встановлення та верифікації діагнозу, після чого його необхідно перевести до іншої клінічної групи. Клінічна група Ib – хворі з верифікованим діагнозом передракового захворювання (доброякісні пухлини також можна вважати передраком, тому що вони в будь-який час можуть трансформуватися в злоякісні пухлини); цю групу хворих ведуть тільки стоматологи. Можна консультувати хворих з облігатним передраком у онкологів з факультативним, але диспансерне спостереження здійснюють стоматологи.

Невід'ємною частиною диспансеризації є медичні профілактичні огляди населення, але їх, на жаль, стоматологи майже не проводять.

**Висновки.** 1. Прогноз онкологічної захворюваності щелепно-лицевої ділянки, проведений Н. А. Соколовою наприкінці 90-х років, повністю підтвердився:

- захворюваність на злоякісні новоутворення щелепно-лицевої ділянки за 20 років спостережень зменшувалась від 4 до 2,5 % до 2011 р., але збільшилась до 3,3 % в структурі загальної онкологічної захворюваності в 2012 р.;
- змінилась структура та рангові місця онкостоматологічної захворюваності: перше місце посідає рак СО порожнини рота, включаючи новоутворення СО щоки, альвеолярного відростка, твердого та м'якого піднебіння та дна порожнини рота; друге місце – рак губи, третє – рак великих слинних залоз, четверте – рак язика; злоякісні новоутворення щелеп – п'яте місце, при цьому злоякісних пухлин верхньої щелепи вдвічі більше, ніж нижньої.

2. При аналізі причин запущеної стадії раку встановлено, що в основному це такі організаційно-методичні порушення:

- неповне клінічне обстеження хворих;
- клініко-діагностичні помилки: недооцінка клінічних даних, рентгенологічні помилки, низька грамотність лікарів щодо верифікації діагнозу та додаткових методів обстеження;
- неадекватне тривале лікування хворих з неправильним діагнозом;
- відсутність або недостатність у лікарів онкологічної настороженості;
- недостатність профілактичної роботи та неякісні профілактичні огляди населення або їх відсутність, а також нема послідовності в плануванні профілактичної роботи;
- низький рівень диспансеризації хворих з передпухлинною патологією;
- відсутність мотивації населення щодо звернення до стоматолога за рахунок недостатньої санітарно-просвітницької роботи та рівня доступності кваліфікованої стоматологічної допомоги;
- необхідно продовжувати вивчення моніторингу злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки та рівень мотивації щодо надання спеціалізованої допомоги населенню з обов'язковим аналізом даних;
- вважати показники своєчасної діагностики раку одним з основних критеріїв оцінки діяльності стоматологічної служби;
- зобов'язати лікарів-стоматологів проходити курси підвищення кваліфікації з онкології 1 раз на 5 років. Для вирішення цієї проблеми необхідно надати їм можливість підвищувати кваліфікацію на діючих курсах з онкології (до програми включити достатню кількість питань з онкостоматології як для стоматологів, так і для лікарів загального профілю) або створити спеціальні курси для лікарів-стоматологів на базі Національного інституту раку.

#### Список літератури

1. Веялкин И. В., Ваккер А. В., Новикова Н. М. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями губы, полости рта и слюнных желез в республике Беларусь (1990–2007 гг.) // Онкол. журн. – 2008. – Т. 2, № 3. – С. 67–72.
2. Распространённость рака в мире // Фармакология. Медицина. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.f-med.ru/Cancer/Rasprost\\_cancer.php](http://www.f-med.ru/Cancer/Rasprost_cancer.php).

3. *Соколова Н. А.* Прогнозування захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації населення Полтавської області до 2007 року // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 155–158.
4. *Соколова Н. А.* Якість діагностики, ретроспективний і перспективний аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки (за матеріалами Полтавської області): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Полтава, 2001. – 36 с.
5. *Статистика рака в Україні.* Матеріал «Статистика рака в Україні» підготовлен на основани матеріалов и данных: ВОЗ, Национального института рака, Бюл. Нац. канцер-реестра № 10 – «Рак в Україні». – 2008–2009. УНИАН. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://obozrevatel.com>, <http://health.com.ua>, <http://www.lissod.com.ua>.
6. *Шалимов С. А., Федоренко З. П., Гулак Л. О.* Структура захворюваності населення України злоякісними новоутвореннями // Онкологія. – 2001. – Т. 3, № 2–3. – С. 9–95.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СОСТОЯНИЕ  
ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ  
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ  
(по материалам Полтавской области)

*Н. А. Соколова, Д. С. Аветиков, В. Н. Гаврильев, В. Д. Ахмеров* (Полтава)

В статье приведены данные о заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации в Полтавском регионе за 20 лет наблюдений, которая уменьшалась с 4 до 2,5 % до 2011 г., но увеличилась до 3,3 % в структуре общей онкологической заболеваемости в 2012 г.; об изменении структуры заболеваемости и ранговых мест злокачественных новообразований челюстно-лицевой локализации и об установлении причин поздней диагностики. Предлагается продолжить изучение мониторинга злокачественных новообразований челюстно-лицевой локализации и уровня диспансеризации и мотивации оказания специализированной помощи населению с обязательным анализом данных; считать показатели своевременной диагностики рака одним из основных критериев оценки деятельности стоматологической службы; обязать врачей-стоматологов проходить курсы повышения квалификации по онкологии 1 раз в 5 лет.

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования, заболеваемость, мониторинг, челюстно-лицевая локализация.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND STATE  
OF DIAGNOSTICS OF MALIGNANT NEW FORMATIONS  
OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION  
(on materials region of Poltava)

*N. A. Sokolova, D. S. Avetikov, V. N. Gavrilev, V. D. Ahmerov* (Poltava, Ukraine)

Higher state educational establishment of Ukraine  
is the «Ukrainian medical stomatological academy»

In the article information is resulted about morbidity by malignant new formations of maxillofacial localization in region of Poltava for 20 years of supervisions, which diminished from 4 to 2,5 % to 2011 year, but increased to 3,3 % in the structure of general oncologic morbidity in 2012; about the change of structure and grade places of oncostomatology's morbidity; about establishment of reasons of late diagnostics. It is suggested to continue the study of monitoring of malignant new formations of maxillofacial localization of population and level of motivation of providing of the specialized help a population with the obligatory analysis of information; to count the indexes of timely diagnostics of shrine one of basic criteria of estimation of activity of stomatological service; to oblige doctors – necessarily to pass stomatologies courses of the in-plant training on oncology 1 time in 5 years.

**Key words:** malignant neoplasms, cancer incidence, monitoring, maxillofacial localization.