

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ**

СОКОЛОВА НАТАЛІЯ ПАНАСІВНА

УДК 616.716.8 + 617.52 [- 006.04 – 07(477.53)

**ЯКІСТЬ ДІАГНОСТИКИ, РЕТРОСПЕКТИВНИЙ І ПЕРСПЕКТИВНИЙ
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ
(за матеріалами Полтавської області)**

14.01.22 - стоматологія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

ПОЛТАВА – 2001

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Українській медичній стоматологічній академії МОЗ України (ректор – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор М.С. Скрипніков).

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор
Рибалов Олег Васильович,
Українська медична стоматологічна академія,
завідувач кафедри хірургічної стоматології з
курсом основ стоматології медичного факультету

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, доцент
Митченко Віктор Іванович,
Українська медична стоматологічна академія,
завідувач кафедри пропедевтики хірургічної
стоматології з курсом пластичної хірургії

доктор медичних наук, професор,
заслужений діяч науки і техніки України,
Процик Володимир Семенович,
НДІ онкології АМН України, завідувач
науково-дослідним відділенням пухлин голови
та шиї і модифікуючих методів лікування

Провідна установа: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра хірургічної стоматології.

Захист відбудеться „24” квітня 2001 р. о 11⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 44.601.01 при Українській медичній стоматологічній академії (36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Української медичної стоматологічної академії (36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23)..

Автореферат розісланий ”21”березня 2001 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент

Т.О. Петрушанко

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність проблеми. Проблема онкологічних захворювань, в першу чергу злоякісних новоутворень, є однією з найактуальніших для сучасної медицини. За даними ВОЗ, щорічно в світі від раку помирає близько 4,3 млн. чоловік. Рак входить в число трьох основних причин смерті у всіх вікових групах населення після 50 років – як в розвинутих країнах, так і в тих, що розвиваються (Н.П.Напалков, В.М.Мерабишвили, 1981; Д. Стьєрнсвард, К. Стенли, 1986).

Злоякісні пухлини голови та шиї (виключаючи шкіру, очі та головний мозок) складають близько 5% випадків раку інших локалізацій (А.И.Пачес, 1997; M.Bland, 1989). Серед злоякісних пухлин голови та шиї рак органів порожнини рота й ротоглотки займає друге місце після раку гортані, а їх питома вага складає 2 – 10% всіх злоякісних пухлин людини (С.Л. Дарьялова и соавт., 1989). Однак і цю кількість хворих вважають значною, оскільки захворювання призводить до надзвичайно важких порушень функції дихання, ковтання, мовлення та зовнішнього вигляду.

Відомо, що від 80% до 97% хворих з пухлинами слизової оболонки порожнини рота поступають в клініку з III та IV стадіями захворювання, що значно ускладнює та обмежує вибір таких методів лікування, як оперативне втручання, радикальна променева терапія або хіміотерапія (Ю.Л.Гамбург, Т.П.Романова, 1991; Т.Б.Качмар, 1999; Ю.И.Воробьєв и соавт., 2000).

Для успішної боротьби зі злоякісними новоутвореннями необхідні вірогідні дані про епідеміологію рака, про розміри онкологічної захворюваності та смертності від злоякісних пухлин для різних статевих-вікових, етнічних, професійних та інших груп населення (А.Е.Присяжнюк, В.М.Мерабишвили, 1985; Н.Н.Трапезников, Н.Н.Аксель Е.М., 1998).

Епідеміологічні дослідження відіграють важливу роль в теоретичному та практичному вивченні проблеми злоякісних пухлин. Такого роду дослідження дозволяють не лише виявити причинний зв'язок різних факторів способу життя та навколишнього середовища з окремими формами раку, але й передбачають реальні шляхи запобігання злоякісних новоутворень (А.Е.Присяжнюк, 1980; В.В.Двойрин, Н.Н.Трапезников, 1996).

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом ініціативної академічної науково-дослідної роботи Української медичної стоматологічної академії „Механізми пошкодження зубощелепної системи, резистентність організму і обґрунтування засобів профілактики, терапії і реабілітації основних стоматологічних захворювань” (№ держреєстрації 0197 U 018550), автор є безпосереднім виконавцем зазначеної роботи.

Мета і задачі дослідження. Все вищезгадане визначило мету роботи – наукове обґрунтування підвищення якості діагностики та лікування злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки на підставі ретроспективного та перспективного аналізу їх захворюваності.

Для досягнення поставленої мети вирішувались такі **задачі**:

1. Дослідити структуру та частоту онкологічної захворюваності щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області, розробити картограми поширення захворюваності злоякісними новоутвореннями по районах області.
2. Провести прогнозування захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки серед жителів Полтавської області на найближчі десять років.
3. Вивчити причини пізньої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої локалізації та їх тривалість на етапах загальної лікувальної мережі.
4. Розробити заходи, які спрямовані на усунення причин пізньої діагностики злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки.

Об'єкт дослідження. Захворюваність злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки на підставі ретроспективного і перспективного аналізу медичних документів Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Предмет дослідження. Підвищення якості діагностики та лікування хворих злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

Методи дослідження. 1. Клінічні: загальні, локальне об'єктивне обстеження, спеціальні (цитологічні, гістологічні та рентгенологічні).
2. Медико-статистичні: суцільний нагляд, анкетування, вибіркового, прогнозування, медико-географічне картографування, математичне моделювання, варіаційний ряд, апроксимації, екстраполяції ліній тренда, стандартизації.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше проведено поглиблене епідеміологічне дослідження онкологічної захворюваності щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області. Розроблені картограми поширення захворюваності злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки конкретно для кожної локалізації з урахуванням статі по районах області. Проведено прогнозування захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки до 2007 року. Вперше вивчені причини та тривалість пізньої діагностики хворих на злоякісні новоутворення щелепно-лицевої локалізації на етапах загальної лікувальної мережі.

Розроблено комплекс заходів щодо своєчасної діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки, що дасть змогу надавати адекватну допомогу пацієнтам.

Практична значимість одержаних результатів. Вивчена онкологічна захворюваність та розповсюдженість злоякісних пухлин щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області,

проведене прогнозування захворюваності по п'яти окремих локалізаціях пухлин на найближчі роки дасть можливість

органам охорони здоров'я спланувати профілактичні заходи та лікувальну роботу і, таким чином, знизити відсоток звернень хворих з пізніми стадіями хвороби.

Одержана можливість систематичного забезпечення органів охорони здоров'я Полтавської області вірогідною інформацією про захворюваність та виживання онкологічних хворих щелепно-лицевої локалізації.

Розроблені картограми захворюваності злоякісними пухлинами різної локалізації щелепно-лицевої ділянки з урахуванням статі по районах Полтавської області можуть бути використані онкологічною службою для наглядної інформативності та цілеспрямованих профілактичних заходів в конкретних районах області.

Підвищена вірогідність обліку хворих злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області та якість контролю зведених даних про онкологічних хворих щелепно-лицевої ділянки.

Встановлені причини та тривалість пізньої діагностики хворих на злоякісні новоутворення щелепно-лицевої локалізації на етапах загальної лікувальної мережі дають можливість впровадити організаційні заходи для їх усунення та покращити діагностичний процес.

Матеріали досліджень впроваджені в навчальний процес на кафедрах Української медичної стоматологічної академії: пропедевтики хірургічної стоматології та пластичної хірургії, післядипломної освіти лікарів-стоматологів, онкології з курсом променевої діагностики та променевої терапії, соціальної медицини та організації охорони здоров'я.

Розроблені власні анкети та інструкції щодо обстеження онкостоматологічних хворих впроваджені в лікувальну роботу Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру, 2-ої міської лікарні м.Полтава, залізничної лікарні м.Полтава.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом самостійно проведено патентно-інформаційний пошук з аналізом літературних джерел з проблеми, статистичні дослідження архівних матеріалів Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Самостійно розроблено анкету обстеження онкостоматологічного хворого, опрацьовано 566 історій хвороб пацієнтів, 125 амбулаторних карт хворого та розроблені практичні рекомендації. У співпраці з співробітниками кафедри теоретичної механіки ПДТУ проведено прогнозування захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки в Полтавському регіоні та медико-географічне картографування*. Обробка, інтерпретація

отриманих результатів клінічних, медико-статистичних та експериментальних досліджень виконані автором самостійно.

Апробація результатів дисертації. Основні матеріали дисертації викладені та обговорені на науково-практичній конференції онкологів України „Роль и место облонкодиспансеров в организации онкологической помощи населению Украины” (Полтава, 1994); IX з’їзді онкологів України (Вінниця, 1995); обласному семінарі „Помилки в діагностиці та лікуванні щелепно-лицевих хворих і їх реабілітація” (Полтава, 1995); Всеукраїнській науково-практичній конференції „Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування” (Одеса, 1998); обласній науково-практичній конференції „Актуальні питання хірургічної стоматологічної допомоги населенню Полтавської області на сучасному етапі” (Полтава, 1998), на III Міжнародному конгресі студентів та молодих вчених (м. Тернопіль, 1999).

Публікації : За матеріалами дисертації опубліковано 12 наукових праць, з них 3 у виданнях, ліцензованих ВАК України.

Обсяг та структура роботи. Дисертація викладена українською мовою на 174 сторінках принтерного тексту і складається із вступу, огляду літератури, чотирьох розділів власних досліджень, заключення, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків.

Дисертаційна робота ілюстрована 44 таблицями, 25 рисунками.

Використані літературні джерела вміщують 194 роботи, 67 з яких – іноземних авторів.

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи досліджень. Порівняльне вивчення захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації проводилось за матеріалами Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру за 12 років (з 1988 по 1999 роки).

Нами було проведено аналіз захворюваності злоякісними новоутвореннями 5 окремих локалізацій і груп пухлин у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (1998 р. – МКХ- X) згідно наступним її рубрикам: губи C00.9, язик C02.9, слинні залози C08.9, слизова оболонка порожнини рота C03.9, щелепи C76.0.

Основними джерелами інформації про онкологічних хворих були первинні медичні документи й зведені статистичні щорічні форми звітів (ф. № 61-ж, ф. № 7, загальною кількістю 10 шт.), про захворюваність злоякісними новоутвореннями.

Для роботи також використовувались 566 історій хвороби (ф. № 090-у,), 125 амбулаторних карток хворого (ф. № 25) з висновками цитологічних та гістологічних досліджень, 343 контрольні картки диспансерного спостереження (ф. № 30).

Дані про кількість та статево-віковий склад населення Полтавської області були нами взяті з публікацій в збірниках „Показники діяльності медичних закладів області” за 1988-1999 роки.

Для отримання необхідних даних про онкологічних хворих нами було оброблено 78 325 повідомлень на первинних онкологічних пацієнтів, з яких були відібрані 3133 із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки.

При подальших дослідженнях всі хворі були розподілені на групи за рядом критеріїв: локалізація процесу, стадія захворювання, демографічні показники: вікові, статеві, місце проживання,.

За локалізацією процесу хворі були розподілені на 5 груп: 1 – рак губ, 2 – рак слинних залоз, 3 – рак язика, 4 – рак слизової оболонки порожнини рота, 5 – рак щелеп; за місцем проживання – на жителів міста та села (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за статтю та місцем проживання

Місце проживання	Місто		Село	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
Стать				
Кількість	931	322	1372	508
%	74,3 (29,7)	25,7(10,3)	73,05(43,8)	27,0(16,2)
Всього	1253 (40,0%)		1880 (60,0%)	

Сільських жителів було 1880 (60,0 % від загальної кількості хворих), з них – 1372 чоловіки (73,0 % і 43,8% від усіх хворих) та 508 жінок (27,0 % і 16,2% від усіх хворих). Жителів міста було 1253 (40,0 % від загальної кількості хворих), з них 931 чоловіки (74,3 % і 29,7 від усіх хворих) та 322 жінки (25,7% і 10,3 від усіх хворих).

Пацієнтів за стадіями захворювання розділили на тих, в кого вперше встановлено діагноз на ранніх стадіях і хворих із запущеними формами раку (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл хворих на злоякісні новоутворення щелепно-лицевої локалізації за стадіями захворювання

Стадія захворювання	Локалізація Пухлини	I	II	III	IV	Всього
Губа	абсол.	593	803	138	14	1548

	пит.вага	38,3%	51,9%	8,9%	0,9%	100%
Язык	абсол.	14	105	248	37	404
	пит.вага	3,6%	26,0%	61,4%	9,0%	100%
Слизова оболонка порожнини рота	абсол.	17	156	365	48	586
	пит.вага	2,7%	26,6%	62,4%	8,3%	100%
Слинні залози	абсол.	22	157	189	42	410
	пит.вага	5,4%	38,2%	46,0%	10,4%	100%
Верхня Щелепа	абсол.	–	14	112	59	185
	пит.вага	–	7,7%	60,6%	31,7%	100%
Всього	абсол.	646	1235	1052	200	3133
	пит.вага	20,6%	39,4%	33,6%	6,4%	100%

Хворі з запущеними формами раку щелепно-лищевої ділянки склали 1252 (40,0 %). З них із III стадією було 1052 (84,0 % і 33,6% від загальної кількості хворих), з IV стадією захворювання – 200 (16,0 % і 6,4 % від усіх хворих).

Для вивчення захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лищевої ділянки нами були розраховані інтенсивні коефіцієнти, які відображають співвідношення захворюваності до всього населення та стандартизовані показники, які дають можливість встановити достовірні відмінності в інтенсивності захворюваності для кожної окремої локалізації захворювання на 100 тисяч відповідно чоловічого та жіночого населення по містах і районах Полтавської області.

Стандартизація показників проводилась з метою елімінування впливу відмінностей статеві-вікової структури населення на величину показників захворюваності в групах населення, які порівнювались; з урахуванням територіальних відмінностей, відповідно до рекомендацій А.М. Меркова (1974), Сепетлієва (1968) і Б.Хілла (1958).

Порівняльний аналіз стандартизованих коефіцієнтів захворюваності проводився для тих показників, які обчислювались із застосуванням одного й того ж стандарту населення (світовий стандарт). Стандартизація показників виконувалась прямим методом.

Щоб отримати узагальнене уявлення про розповсюдження окремих злоякісних пухлин щелепно-лищевої локалізації, був застосований метод побудови картограм, проведено аналіз статистичних даних за допомогою інтегрованого пакету прикладних програм „EXCEL –97”.

Робота проводилась в два етапи. Перший – збір і обробка статистичного матеріалу, який характеризує захворюваність тією або іншою формами раку в конкретній місцевості. Другий – медико-географічне картографування.

Для дослідження онкоепідеміологічних аспектів прогнозування 82,190 застосовано метод екстраполяції ліній тренда. Прогноз захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки визначали по п'яти окремих локалізаціях строком на 10 років (з 1998 до 2007 року включно).

Прогнозовані рівні захворюваності по кожній локалізації по роках визначалися за допомогою поліномів 3 ÷ 6 порядків, які одержані в результаті апроксимації даних генеральних сукупностей або вибірок даних спостережень.

Для вивчення причин пізнього звертання хворих із злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки за медичною допомогою нами розроблена анкета обстеження хворого, яка включає 67 питань. Аналіз відповідей на запитання дозволяє прослідкувати шлях хворого від появи перших ознак захворювання до встановлення остаточного діагнозу та призначення лікування, розкрити причини несвоєчасного звертання до лікаря, причини помилкових діагнозів, визначити місця затримки хворих на шляху евакуації в спеціалізовані установи та причини пізньої діагностики. Всього проанкетовано 863 хворих.

Для визначення середніх значень такого показника, як „термін встановлення діагнозу”, нами застосовано варіаційний метод статистичної обробки. Окремо проведена обробка даних про тривалість анамнестичного та діагностичного періодів по кожній із локалізацій захворювання.

На першому етапі обробки для названих періодів за всіма локалізаціями захворювань були визначені числові характеристики: середнє значення, стандарт відхилення, коефіцієнт асиметрії, середнє квадратичне відхилення, коефіцієнт варіації.

На другому етапі на основі попереднього аналізу вихідних даних були висунуті статистичні гіпотези, згідно яких тривалість анамнестичного і діагностичного періодів розподілялися за законами розподілу випадкових величин. Для кожного з цих законів були підібрані параметри. Для перевірки статистичних гіпотез застосовували критерій Кохрена, а в тих випадках, коли він підтверджував одночасно декілька гіпотез, додатково застосовували критерій Пірсона.

В результаті для кожної сукупності даних вибирали закон розподілу, який найкраще узгоджується з спостереженнями.

Результати досліджень

Вивчення структури та частоти онкологічних захворювань показало, що захворюваність злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області досить висока і складає 4% від усіх уперше виявлених онкологічних захворювань. На першому місці знаходиться

рак губи, який становить 2% від всіх вперше виявлених онкологічних захворювань і 49,4% від онкологічних захворювань щелепно-лищевої локалізації; друге місце займає рак слизової оболонки порожнини рота (0,75% та 18,7% відповідно); третє – рак слинних залоз (0,52% та 13,1%); на четвертому – рак язика (0,5% та 12,9%); на п'ятому місці – рак верхньої щелепи (0,2% та 6,0%).

Рангові місця в захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лищевої ділянки серед чоловіків за зареєстрованими інтенсивними показниками розподілились в такій послідовності: рак губи (11,8 ‰), рак слизової оболонки порожнини рота (5,1 ‰), рак язика (3,7 ‰), рак слинних залоз (2,1 ‰), рак верхньої щелепи (1,2 ‰); згідно вирівняних стандартизованих показників перше місце займає рак язика та слизової оболонки порожнини рота (по 9,4 ‰), потім рак слинних залоз (9,2 ‰), верхньої щелепи (8,7 ‰), губи (8,2 ‰). Серед жіночого населення за інтенсивними показниками на першому місці рак губи (3,6 ‰), потім рак слинних залоз (1,6 ‰), рак слизової оболонки порожнини рота (0,8 ‰), рак верхньої щелепи (0,6 ‰), рак язика (0,5 ‰); за стандартизованими показниками на першому місці рак слинних залоз (9,4 ‰), далі – рак язика (8,8 ‰), рак слизової оболонки порожнини рота (8,4 ‰), рак верхньої щелепи (7,8‰₀₀₀), рак губи (6,2 ‰).

Серед чоловічого населення максимальна захворюваність виявлена в Семенівському районі (9,6‰), м. Полтаві (9,5‰), м. Кременчуці (9,3‰), Чутівському районі (9,1‰), Лубенському, Ново-Санжарському, Полтавському і Чорнухинському (по 9‰), м. Комсомольську, Котелевському і Шишацькому районах (по 8,9‰₀₀₀).

Серед жіночого населення на першому місці Глобинський район (9,5‰₀₀₀₀), на другому місці м. Кременчук і Хорольський район (9‰₀₀₀₀), Чорнухинський район (8,5‰₀₀₀₀) на третьому місці, на четвертому місці Машівський район (8,3‰₀₀₀₀), на п'ятому місці - Пирятинський район (8,2‰₀₀₀₀), Кобеляцький район на шостому місці (8‰₀₀₀₀).

Аналіз даних свідчить про те, що в середньому жителі села хворіють в 1,5 рази частіше, ніж жителі міста. За локалізаціями це співвідношення дещо змінюється: раком губи жителі села хворіють в 2,1 рази частіше, ніж жителі міста; а раком слинних залоз міські жителі хворіють в 1,2 рази частіше, ніж сільські. Чоловіки хворіли в 2,8 рази частіше, ніж жінки. У вікових групах це співвідношення різко змінювалося. У віці 30-39 років чоловіки хворіли в 1,2 рази частіше, ніж жінки; в 40-49 років – в 2,6 рази; в 50-59 років – в 1,3 рази, а у вікових групах 20-29 років і після 60 років жінки хворіли в 1,2 – 2,3 рази частіше, ніж чоловіки.

Таким чином, „групою ризику” для злоякісних новоутворень щелепно-лищевої локалізації необхідно вважати вікову групу 30-69 років для чоловіків і 20-29 років та після 60 років для жінок.

Проведений нами прогноз онкологічної захворюваності щелепно-лищевої ділянки на основі аналізу результатів досліджень показує, що до 2007 року очікується зростання частоти

виникнення злоякісних пухлин як у чоловіків, так і у жінок. У представників обох статей буде продовжуватись зростання рівня захворюваності злоякісними новоутвореннями язика, слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз, верхньої щелепи. Одночасно з цим в Полтавській області як у чоловіків, так і у жінок буде зменшуватись захворюваність раком губи.

Аналіз отриманих даних дозволяє констатувати, що у чоловічого населення по рівню захворюваності місця на найближчі 10 років розподіляться в такому порядку: рак губи, рак слизової оболонки порожнини рота, рак язика, рак слинних залоз, рак верхньої щелепи. У жінок цей розподіл слідуючий: рак губи, рак слинних залоз, рак слизової оболонки порожнини рота, рак язика, рак верхньої щелепи.

Зіставлення очікуваних (прогнозованих) показників захворюваності, як звичайних, так і стандартизованих для Полтавської області до 2007 року свідчить про те, що ці показники для всіх локалізацій злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки фактично рівні як для чоловіків, так і для жінок. Це пояснює те, що і чоловіки, і жінки в майбутньому однаково будуть піддаватись ризику захворіти злоякісними новоутвореннями.

Враховуючи, що сучасна демографічна ситуація як в Полтавській області, так і в цілому по Україні, характеризується поступовим старінням населення (як чоловічого, так і жіночого), і враховуючи значний вплив процесу старіння на збільшення онкологічних захворювань, вважаємо, що визначені нами прогнозовані рівні захворюваності злоякісними новоутвореннями населення Полтавської області до 2007 року будуть близькими до реальних.

Важливим етапом онкологічної допомоги є своєчасне виявлення захворювання та його правильна діагностика. При цьому особливого значення набуває тривалість перебування таких хворих на всіх етапах лікувальної мережі.

За нашими даними, 60% хворих поступають у спеціалізовані лікувальні заклади з I та II стадією захворювання, 40% поступає з III та IV, тобто на запущених стадіях.

Дані, які були отримані за 10 років спостережень, свідчать про те, що найменший відсоток запущених випадків зустрічається при ракові губи (9,8%). При ракові верхньої щелепи запущені випадки складають 92,3%, ракові слизової оболонки порожнини рота – 70,7%, язика – 70,4%, слинних залоз (56,4%).

Отримані дані показали, що діагностика злоякісних новоутворень щелепно-лицевої локалізації в Полтавській області на всіх етапах загальної лікувальної мережі знаходиться на недостатньому рівні. Хворі, які звертались за медичною допомогою, обстежувались формально; не завжди враховувався анамнез захворювання; додаткові методи обстеження застосовувались рідко, лише на етапах ЦРЛ, МЛ та СП. Результатом цього були поставлені помилкові діагнози під час первинного звертання в середньому в 83,9% випадків та проведене неадекватне лікування, що

збільшувало термін діагностичного періоду та направлення хворого в спеціалізований медичний заклад.

Затримка хворих при захворюванні на рак язика відбувалася на всіх етапах загальної лікувальної мережі, анамнестичний період дорівнював $2,5 \pm 0,9$, діагностичний – $2,9 \pm 1,2$ місяці; при захворюванні на рак слизової оболонки рота анамнестичний період був $2,6 \pm 1,1$, а діагностичний – $1,5 \pm 0,8$ місяці.

При злоякісних новоутвореннях верхньої щелепи збільшилась кількість хворих, які спостерігаються в лікувальних закладах більше року. Більш благополучне положення відмічалось на етапах ФАП і СВУ, звідки хворі своєчасно направлялися до ЦРЛ. В цьому закладі проходить концентрація хворих, а затримка їх на строк більше 1 місяця напевно, і пояснювалось цим положенням (затримка в ЦРЛ, МЛ і СП – 94,2%).

За нашими даними, цитологічні дослідження на етапах ФАП та СДЛ не проводились взагалі; на етапі ЦРЛ – 5% (в основному це Кременчуцька ЦРЛ, Лубенська ЦРЛ, Миргородська ЦРЛ); в міських лікарнях і СП – 17%; в обласній СП – 18%. Гістологічні дослідження проводились лише на етапах ЦРЛ (Лубни, Миргород) в 3%; в міських лікарнях і СП – 2,5%; в обласній СП – 0,7%.

При ЗН верхньої щелепи рентгенографія біляносових пазух проводилась у 97 (67,8%) хворих, 5 (5,2%) хворим проводилась контрастна рентгенографія. Внаслідок рентгенологічного дослідження у 29 (29,9%) хворих виявлені ознаки наявності злоякісного новоутворення. У 64 (53,3%) хворих були допущені клінічні і рентгенологічні діагностичні помилки. Проведений аналіз діагностичних помилок у цієї групи хворих показав, що у 18 (18,6%) випадках страждала якість виконання рентгенограм: неправильна укладка хворого, або занадто жорсткі або м'які знімки. В 9 (9,2%) випадків описання рентгенограм практично мало інформацію про ознаки новоутворення, однак відсутність прямого рентгенологічного висновку не дозволило лікарю вірно визначити рентгенологічні дані. В 48 (49,5%) випадків рентгенологічна картина відповідала хронічному запалювальному процесу в біляносових пазухах.

Разом з тим, тільки 5 хворим (3,5%) із 143 було проведено цитологічне дослідження промивних вод з діагностичною метою чим і було доведено наявність злоякісної пухлини.

Тривалість затримки онкостоматологічних хворих на етапах загальної лікувальної мережі в 87,6% спостережень коливається від 2 тижнів до 12 місяців. Середня тривалість діагностичного періоду при локалізації пухлини в ділянці губи – $2,3 \pm 0,7$ місяця, язика $2,9 \pm 1,2$ місяця, слизової оболонки порожнини рота $3,5 \pm 1,1$ місяця, слинних залоз $3,6 \pm 0,8$ місяця, верхньої щелепи – $5,2 \pm 1,3$ місяці.

На підставі проведеного аналізу щодо причин пізньої діагностики ЗН ЩЛД та її тривалості були зроблені висновки, що до останнього часу загальнолікарняна мережа не несе

належної відповідальності за своєчасне виявлення ЗН ЩЛД і головні спеціалісти не приділяють належної уваги цьому питанню. Низький рівень діагностики залежить від недостатньої насиченості амбулаторно-поліклінічних закладів діагностичною апаратурою та невмінням нею користуватися у повному обсязі; низьким рівнем онкологічної грамотності лікарів-стоматологів, лікарів інших спеціальностей та середніх медичних працівників загальної лікарняної мережі з питань онкостоматології.

Система профілактичних оглядів працює неефективно (виявлення 18%), оглядових стоматологічних кабінетів немає при лікувальних закладах та стоматологічних поліклініках, практично не використовуються можливості профілактичних оглядів хворих при госпіталізації їх в стаціонари відповідного профілю. Немає економічних важелів стимулювання хорошої роботи лікарів. Не виконуються вимоги до обліку онкостоматологічних хворих та своєчасного повідомлення обласних онкологічних диспансерів про кожний новий випадок раку. Відсутня мотивація населення звертатися до стоматолога за допомогою (за рахунок недостатньої санітарно-освітньої роботи та рівня доступності кваліфікованої стоматологічної допомоги).

Результати опитування стоматологів, медичних працівників різних рівнів загальної лікувальної мережі свідчать про необхідність об'єднання зусиль фахівців різноманітного профілю в профілактиці онкостоматологічних захворювань та їх своєчасній діагностиці. Існуюча система організації стоматологічної допомоги онкологічним хворим базується на роботі обласних онкологічних диспансерів. Це добре апробована організаційна форма надання комплексної спеціалізованої допомоги хворим на злоякісні пухлини ЩЛД. Проте система диспансеризації недосконала. Аналіз системи надання стоматологічної допомоги онкологічним хворим дозволив нам вважати, що в теперішньому стані організація диспансерного спостереження при всіх її позитивних рисах має, як мінімум, чотири проблеми:

1. Неповнота охоплення осіб з онкостоматологічною патологією (власні дослідження показали, що 40 % хворих звертається у спеціалізовані заклади із занедбанними стадіями захворювання).
2. Низький рівень диспансеризації хворих з передпухлинною патологією, наказ МОЗ України № 192 від 07.04. 86 року „Про формування груп підвищеного ризику захворювання” практично не виконується і його виконання головними спеціалістами не контролюється.
3. Недоліки в первинному інформаційному забезпеченні лікувальних закладів даними про розповсюдженість та захворюваність населення на ЗН ЩЛД, відсутність постійного моніторингу рівня ураження населення злоякісними новоутвореннями на базі регіонального та центрального канцер-регістрів та забезпечення максимально повною

та достовірною інформацією щодо онкологічних хворих.

4. Неповнота надання комплексу діагностично-лікувально-реабілітаційних заходів (на думку автора це пов'язано як з соціально-економічною кризою, що ускладнює реалізацію диспансеризації, та неможливістю надати в повному обсязі необхідну допомогу сільським мешканцям, так і з низьким рівнем онкологічної грамотності лікарів) та недостатньою санітарно-освітньою протираковою пропагандою із застосуванням засобів масової інформації: газет, радіо, телебачення.

Ми вважаємо, що вирішення вищезазначених проблем при диспансеризації значно поліпшить стан онкостоматологічної допомоги населення. За результатами впровадженень наших розробок в амбулаторно-поліклінічній ланці Полтавської ЦРЛ, які відносяться до підготовки лікарів-стоматологів на робочому місці в ПОКОД (на протязі 3-ох років підготовлено 7 лікарів), здійснено шість активних виїздів у лікарні району, проведено три цілеспрямованих науково-практичних конференції з лікарями-стоматологами. Внаслідок цього, виявлення ЗН ЩЛД збільшилось на 12%, а звернення хворих із пізніми стадіями захворювання зменшилось до 38%.

Все вищевикладене показує, що необхідно продовжити вивчення моніторингу ЗН ЩЛД населення та рівень мотивації щодо надання спеціалізованої допомоги з обов'язковим аналізом даних 2 рази в 5 років, підвищити зацікавленість населення в цих заходах. Тому треба поширювати фінансування національних програм профілактики ЗН, необхідно вкладання коштів із місцевого бюджету та додаткових джерел фінансування за рахунок підприємств, організацій, спонсорських внесків, а також залучати засоби масової інформації (періодичну пресу, радіо, телебачення). За відсутністю коштів на проведення онкоепідеміологічних досліджень достатньо більш точно складати та аналізувати звіти лікувальних закладів, даних звітних форм. Особливу увагу треба приділяти оцінці якості проведення курсів профілактичних заходів. Все це економічно більш вигідно, ніж лікування.

ВИСНОВКИ

В дисертації узагальнені медико-статистичні розрахунки розповсюженості та захворюваності окремих форм ЗН ЩЛД, науково обґрунтовано прогнозування онкостоматологічної захворюваності, чого раніше не проводилось. Дано пояснення причин пізнього звертання в спеціалізовані медичні заклади відповідних категорій хворих.

1. В структурі онкологічних захворювань Полтавської області ЗН ЩЛД складають 4%. На першому місці знаходиться рак губи (2% від усіх вперше виявлених онкологічних захворювань і 49,9% від онкологічних захворювань щелепно-лицевої локалізації), друге місце займає рак слизової оболонки порожнини рота (0,75% та 18,7% відповідно), третє – рак слинних залоз (0,52% та 13,1%), на четвертому – рак язика (0,5% та 12,9%), на п'ятому місці – рак верхньої щелепи (0,2% та 6,0%

відповідно). Картографічні розробки наочно ілюструють розподіл злоякісних новоутворень щелепно-лицевої локалізації по всіх містах і районах області.

2. Згідно розробленого нами прогнозу, до 2007 року очікується зростання частоти виникнення злоякісних пухлин язика, слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз, верхньої щелепи; одночасно буде знижуватись захворюваність на рак губи.

3. Причинами пізньої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки є:

- 1) відсутність мотивації населення звертатись за допомогою до стоматолога (за рахунок недостатньої санітарно-просвітньої роботи та рівня доступності кваліфікованої стоматологічної допомоги);
- 2) тактичні та діагностичні помилки на етапах загальної лікувальної мережі (від 26 % до 83 %), при цьому для пухлин язика діагностичні помилки становлять 62,5 %, слизової оболонки порожнини рота – 63,1%, слинних залоз – 56,4 %, верхньої щелепи – 82 %, губи – 32 %.

4. Для усунення причин пізньої діагностики злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки та довготривалого перебування хворих на етапах загальної лікувальної мережі до організаційних заходів слід віднести: цілеспрямовану підготовку та перепідготовку лікарських кадрів з розділу „онкостоматологія”; поширення мережі цитологічних лабораторій; підвищення рівня санітарно-освітньої та профілактичної роботи на місцях, забезпечення населення доступною якісною стоматологічною допомогою, продовження проведення динамічного аналізування регіональної статистичної інформації щодо епідеміологічних досліджень злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки серед одних і тих самих груп населення.

5. До покращення діагностичних заходів ЗН ЩЛД необхідно віднести:

- а) на всіх етапах загальної лікувальної мережі проводити цитологічні дослідження підозрілих (сумнівних) клінічних випадків;
- б) розширення показань до направлення хворих із лікувально-діагностичною метою до онкологічних закладів;
- в) оптимізувати диспансеризацію хворих із хронічними та передпухлинними захворюваннями щелепно-лицевої локалізації.

П РА К Т И Ч Н І Р Е К О М Е Н Д А Ц І Ї

1. Розрахунки інтенсивних та стандартизованих показників захворюваності по окремих локалізаціях злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки (рак губи, язика, слизової оболонки порожнини рота, слинних залоз, верхньої щелепи) та складання на їх підставі картограм по містах і районах області можуть використовуватися органами практичної охорони здоров'я для більш точної та наочної інформації про розповсюдженість, захворюваність і її структуру, що надає підставу про

необхідність проведення масових профілактичних заходів та оглядів населення на виявлення пухлинних і передпухлинних захворювань.

2. Отримані результати дозволяють рекомендувати проведення більш поглиблених обстежень у „групах ризику”(вікових групах старших 30 років), а також детальне обстеження контингенту пацієнтів, які знаходяться на диспансерному обліку з приводу виразок та хронічних захворювань щелепно-лицевої локаліза-

ції. Бажано в кожному регіоні України проводити прогнозування захворюваності злоякісними пухлинами, на підставі якого розробляти комплекс заходів по запобіганню даних захворювань. Органам охорони здоров'я необхідно вводити до обліку конкретизовану локалізацію ЗН ЩЛД і відносити названі захворювання до розряду основних при подачі річних звітів. Ввести постійний моніторинг за рівнем ураження населення ЗН ЩЛД на базі регіональних канцер-реєстрів.

3. Визначити пріоритетні напрямки розвитку протиракової боротьби в кожному регіоні, виходячи з онкоепідеміологічної ситуації, стану профілактики, діагностики та лікування ЗН ЩЛД. Щорічно на засіданнях науково-практичних товариств лікарів-стоматологів обговорювати стан протиракової боротьби в регіоні та рівень своєчасної діагностики раку. Вважати обов'язковим участь в роботі протиракових комісій лікарів-стоматологів, а показники своєчасної діагностики раку – одним з основних критеріїв оцінки діяльності стоматологічної служби. Рахувати неможливим підвищувати кваліфікаційні категорії лікарям, які мають незадовільні показники своєчасної діагностики раку. Поширити санітарно-освітню роботу серед населення з використанням служб масової інформації (періодичні видання, радіо, телебачення).

4. Вважати обов'язковим підготовку з онкології 2 рази на 5 років усіх лікарів та середніх медичних працівників первинного прийому на базі обласних онкологічних диспансерів та кафедр онкології медичних ВУЗів. З цією метою створити додаткову програму підготовки середніх медичних працівників з розділу „онкостоматологія”, в курси спеціалізації та підвищення кваліфікації лікарів усіх профілів обов'язково включити розділи з онкостоматології.

5. Провести роботу по формуванню груп підвищеного ризику захворювання ЗН ЩЛД, проводити їх диспансерний нагляд та оздоровлення з повним обсягом та кратністю обстеження згідно з наказом МОЗ № 192 „Про формування груп підвищеного ризику захворювання” від 07.04. 86 р. Для обстеження населення на різних рівнях лікарняних закладів рекомендуємо користуватися розробленою нами стандартною методикою та анкетною.

6. З метою підвищення якості обстеження хворого, об'єктивності інформації та особистої відповідальності заборонити лікарям проводити в медичних документах поверхові та ухильні записи. У всіх випадках із тривалим перебігом захворювань ЩЛД, що погано піддаються лікуванню, рекомендуємо зробити додаткові обстеження на можливість виявлення онкологічної

патології, а у всіх інших випадках після об'єктивного статусу та постановки стоматологічного діагнозу робити запис: „онкостоматологічна патологія не виявлена”.

7. Лікарі-стоматологи МЛ і ЦРЛ при огляді хворих, скарги яких характеризують тонзиліт, глосит, хейліт, стоматит, гайморит, сиаладеніт (хронічний та затяжний перебіг, часті загострення) можуть використовувати при обстеженні таких пацієнтів розроблену нами інструкцію, яка вказує при яких патологічних ознаках не можна виключити злоякісне новоутворення.

8. З метою зниження кількості діагностичних помилок, своєчасного виявлення злоякісних новоутворень на ранніх стадіях рекомендуємо вводити в навчальний процес майбутніх стоматологів обов'язкові заняття з онкологічної статистики, практичні заняття з об'єктивних методик обстеження хворих з онкологічними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, ротоглотки.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Соколова Н.А. Региональные особенности распространения злокачественных новообразований челюстно-лицевой локализации в Полтавской области // Проблемы екології та медицини . – 1999.– Т. 3, № 3-4.– С.70-72.
2. Соколова Н А Характеристика заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации Полтавской области // Проблемы екології та медицини - 1999 - Т 3, № 3-4 - С 88-89
3. Соколова Н А Прогнозування захворюваності злоякісними новоутвореннями щелепно-лицевої локалізації населення Полтавської області до 2007 року// Український медичний альманах - 2000 - Т 3, № 2 - С 155-158
4. Заболеваемость раком губ среди населения Полтавской области / А.Л. Одабашьян, В. В. Малиновский, Н А Соколова, И. М. Пичкур //Тезисы докладов конференции, посвященной 70-летию ПМСИ „Актуальные вопросы стоматологии" - Полтава, 1991 -Т 1 -С 151-152
5. Пичкур И. М., Одабашьян А. Л., Соколова Н. А. Из опыта изучения уровня гигиенических знаний населения по профилактике онкостоматологических заболеваний путем анкетирования // Тези доповідей наукової конференції, присвяченої 70-річчю проф П. Т. Максименка „Наукова естафета ювіляра" -Полтава, 1992-С 138-139
6. Проблемы методологии создания и эксплуатации автоматизированных информационных систем (АИС) в онкологии / Г. Ф. Артюх, В. В. Малиновский, В. О. Бровко , Н. А. Соколова, В. Г.Артюх // Матеріали доповідей наукової конференції „Актуальні питання стоматології дитячого віку і ортоданти "- Полтава, 1993-Ч.ІІ. – С.5-6.
7. Соколова Н. А., Артюх Г. Ф. , Малиновский В. В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями детского населением Полтавской области // Матеріали доповідей наукової конференції „Актуальні питання стоматології дитячого віку і ортоданти "- Полтава, 1993 –Ч. ІІ – С. 77-78.

8. Артюх Г. Ф., Маліновський В. В., Соколова Н. А. Про захворюваність злякисними новоутвореннями медичних працівників// Тези доповідей ІХ з'їзду онкологів України - Київ, 1995 – С. 54-56.
9. Частота злякисних новоутворень населення Полтавської області за 1995 рік /Соколова Н. А. , Артюх Г. Ф. , Маліновський В. В., Невертій Ю. Г., Пічкур. І.М. // Матеріали доповідей всеукраїнської науково-практичної конференції лікарів стоматологів „Основні стоматологічні захворювання, їх профілактика та лікування" -Полтава, 1996. –С. 25.
10. Соколова Н. А. Анализ заболеваемости й диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой локализации населения Полтавской области // Тезисы I Республиканской конференции „Современная стоматология й челюстно-лицевая хирургия" - Киев, 1998 – С. 210-211.
11. Соколова Н. А. Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой локализации населения Полтавской области в 1988-1997 годах // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии -Харьков, 1998 – Вып. 1 – С. 114- 115.
12. Онкологія щелепно-лицевої ділянки. Навч посібник для студентів та лікарів-інтернів стоматологів /Рибалов О. В., Одабаш'ян А. Л., Соколова Н. А., Саяпіна Л. М. - Полтава, 1999 - 109 с.

АНОТАЦІЯ

Соколова Н П Якість діагностики, ретроспективний і перспективний аналіз захворюваності злякисними новоутвореннями щелепно-лицевої ділянки - Рукопис

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.22 - стоматологія. Українська медична стоматологічна академія. Полтава, 2001

Виноситься на захист робота, у якій узагальнені медико-статистичні розрахунки розповсюженості та захворюваності окремих форм ЗН ЩЛД, науково обґрунтовано прогнозування онкостоматологічної захворюваності. Дано пояснення причин пізнього звертання в спеціалізовані медичні заклади відповідних категорій хворих.

Розроблено комплекс заходів щодо своєчасної діагностики злякисних новоутворень щелепно-лицевої ділянки, що дасть змогу надавати адекватну допомогу пацієнтам.

Ключові слова злякисні новоутворення, щелепно-лицева ділянка, захворюваність, прогнозування, якість діагностики.

АННОТАЦИЯ

Соколова Н.А. Качество диагностики, ретроспективный и перспективный анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. - Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности

14.01 22 - стоматология, Украинская медицинская стоматологическая академия. Полтава, 2001.

На защиту выносятся работа, в которой обобщены медико-статистические расчёты распространённости и заболеваемости отдельных форм злокачественных новообразований челюстно-лицевой области (ЗН ЧЛЮ), научно обосновано прогнозирование онкостоматологической заболеваемости. Дано пояснение причин позднего обращения в специализированные медицинские учреждения соответствующих категорий больных.

Изучение заболеваемости ЗН ЧЛЮ проводилось в два этапа. Первый - сбор и обработка статистического материала, расчет интенсивных и стандартизованных показателей (использован мировой стандарт населения) для каждой отдельной локализации (губа, язык, слизистая оболочка полости рта, слюнные железы, верхняя челюсть) на 100 тысяч соответственно мужского и женского населения по городам и районам Полтавской области. Стандартизация показателей проводилась с целью элиминирования влияния отличий возрастно-половой структуры населения на величину показателей заболеваемости в сравниваемых группах населения с учётом территориальных отличий. Второй этап - медико-географическое картографирование на основе полученных данных для обобщённого представления распространённости отдельных форм ЗН ЧЛЮ.

В работе впервые проведен и научно обоснован прогноз заболеваемости ЗН ЧЛЮ по пяти отдельным локализациям сроком на 10 лет (1998-2007гг.), в результате которого ожидается рост частоты возникновения ЗН языка, слизистой оболочки полости рта, слюнных желез, верхней челюсти, при одновременном уменьшении рака губы.

Для изучения причин поздней обращаемости больных со ЗН ЧЛЮ за медицинской помощью нами разработана и внедрена анкета обследования больного, которая включает 67 вопросов. Анализ ответов на вопросы позволяет проследить путь больного от появления первых признаков заболевания до установления окончательного диагноза и назначения лечения, раскрыть причины несвоевременного обращения к врачу, причины ошибочных диагнозов.

Разработан комплекс мероприятий для своевременной диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, что позволит своевременно оказывать адекватную помощь пациентам.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, челюстно-лицевая область, заболеваемость, прогнозирование, качество диагностики.

RESUME

Sokolova N A Quality of diagnostics, retrospective and perspective analysis morbidity by malignant neoplasms of jaw-facial localisation. – Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14. 01. 22 – stomatology. Ukrainian medical stomatological academy. Poltava, 2001.

On protection the job is born (taken out), in which the medicostatistical accounts of prevalence and morbidity of the separate forms malignant neoplasms of Jow-facial localisation are generalized, the forecasting oncostomatology morbidity is scientifically proved. The explanatory of the reasons of the late reference (manipulation) in the specialized medical establishments of the appropriate categories of the patients is given. The complex of measures for duly diagnostics malignant neoplasms of jow-facial localisation is developed, that will allow in time to render the adequate help to the patients.

Key words: malignant neoplasms. Jow-facial localisation, morbidity, prognostication, quality of diagnostics.

2.