

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Зубкова Алина Валерьевна

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ**

3.1.7. Стоматология

**3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза**

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научные руководители:

доктор медицинских наук, доцент
Джураева Шарора Файзовна,
доктор медицинских наук, доцент
Иванова Инна Викторовна

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАУРЫ).....	14
1.1. Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований челюстно-лицевой области.....	14
1.2. Факторы риска, роль и значение активного выявления стоматологами при первичной диагностике предраковых состояний полости рта	18
1.3. Современное состояние вопроса о методах профилактики, реабилитации и диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области	30
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ	37
2.1. Дизайн исследования.	37
2.2. Общая характеристика исследуемого материала.....	39
2.3. Метод фотокопирования	40
2.4. Методы эпидемиологического исследования	41
2.4.1. Метод анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований.	41
2.4.2. Социологический метод изучения уровня знаний по вопросам онкоастороженности	41
2.4.3. Анкетирование пациентов и медицинского персонала.....	41
2.4.4. Оценка выраженности курения по ВОЗ.....	42
2.4.5. Оценка качества жизни больных.....	42
2.5. Методы клинического исследования	43

2.5.1. Клинико-инструментальные методы изучения стоматологического статуса больных	43
2.5.2. Индекс КПУ	43
2.5.3. Индекс кровоточивости десен	44
2.5.4. Метод гигиенической оценки состояния полости рта пациентов	45
2.6. Методика статистической обработки материала	46
ГЛАВА 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРЕДРАКОВЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕНИЯ г. ИВАНОВО И ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....	47
3.1. Эпидемиологическая оценка злокачественных новообразований челюстно-лицевой области у населения г. Иваново и Ивановской области.....	47
3.2. Эпидемиологическая оценка предопухолевых поражений полости рта у населения г. Иваново и Ивановской области.....	66
ГЛАВА 4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА	69
4.1. Стоматологический статус и гигиеническая характеристика пациентов с предраковыми и злокачественными новообразованиями полости рта.....	69
ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	85
5.1. Необходимость тесного взаимодействия врача-стоматолога и врача-онколога на этапах активного и раннего выявления онкопатологии у пациентов стоматологического профиля	85

5.2. Оценка качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта.....	89
5.3. Результаты анкетирования пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта и медицинского персонала.....	92
5.4. Алгоритм комплексной профилактической работы среди медицинского персонала, населения и онкобольных.....	97
ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	102
ВЫВОДЫ.....	109
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	111
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	112
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	113

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Одной из важных проблем современной практической медицины является высокий уровень интенсивности стоматологических заболеваний. Современные исследования [16, 53, 69, 80] подтверждают, что уровень стоматологического здоровья может зависеть от большого количества факторов, в том числе, от невыполнения традиционных и профилактических гигиенических мероприятий. Слизистая оболочка полости рта (СОПР), непосредственно контактируя с внешней средой, постоянно подвергается различным воздействиям извне, которые могут выходить за рамки физиологических параметров. При воздействии на ткани полости рта довольно сильных раздражителей возникают не только функциональные, но и структурные изменения слизистой оболочки ротовой полости [1,19]. При длительном воздействии раздражителей на СОПР формируются хронические механические травмы, которые сопровождаются образованием эрозий, при углублении – язв, с локальными очагами отека и гиперемии. Слизистая оболочка вокруг очагов поражения может быть болезненна, гиперемирована. Со временем края язвы могут уплотняться. Причиной хронических механических травм могут быть некачественно изготовленные протезы, ортодонтическое лечение, травмирования СОПР острыми краями разрушенных зубов и пломб [83, 98]. При отсутствии должного лечения хроническая механическая травма СОПР способна к малигнизации [5, 26]. Хронические язвы склонны к вторичному инфицированию. При несоблюдении гигиенических мероприятий в полости рта течение процесса может осложниться фузоспирохетозом или кандидозом [47, 103, 112]. Высокая кариесогенная ситуация в полости рта может приводить к присоединению вторичной микрофлоры и усугублению хронического воспаления в ротовой полости. Научные исследования показывают [39, 75, 113, 135], что хроническое воспаление в полости рта часто приводит к предопухолевым заболеваниям СОПР, кроме того, происходит ряд изменений показателей системного иммунитета в

кровеносном русле [39]. Клинико-эпидемиологические особенности стоматологического здоровья у населения Ивановской области еще не изучались. На сегодняшний день остаются открытыми вопросы совершенствования диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки ротовой полости, склонных к малигнизации. Данная проблема далека от своего решения, что также относится к организации медицинской помощи стоматологическим пациентам с патологическими состояниями СОПР. Актуальность проблемы обусловлена негативной динамикой показателей во всем мире [2, 20, 23, 24, 107, 116, 121]. Отсутствие активного выявления патологии, низкая онконастороженность врачей-стоматологов первичного звена зачастую приводит к гиподиагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта. В таком случае, ряд стоматологических заболеваний остается без должной верификации, что может приводить в дальнейшем к неблагоприятным прогнозам на жизнь пациентов и развитию злокачественных новообразований полости рта.

В доступной литературе имеются многочисленные публикации по вопросам профилактики стоматологических заболеваний [6, 11, 28, 68, 94, 122, 140]. Вместе с тем, вопросы, касающиеся организационных аспектов в сфере здравоохранения, с необходимой профилактической работой среди врачей-стоматологов и пациентов до конца не отработаны. Поэтому низкая санитарная культура населения, отсутствие регулярных стоматологических осмотров 2 раза в год и санации полости рта, недостаточный уровень мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта, демографические показатели региона определили ряд актуальных проблем научного исследования.

Степень разработанности темы исследования

Погрешности в гигиеническом уходе за ротовой полостью отмечают и изучают многие авторы [11, 21, 48, 53, 115, 143]. Значимость данной проблемы также отмечена Всемирной Организацией здравоохранения. Однако влияние гигиенического состояния полости рта на риск возникновения ЗНО полости рта до конца не изучено. До настоящего времени, на территории Ивановской области не проводились работы, посвященные ретроспективному клинико-эпидемиологическому

анализу опухолей и опухолеподобных процессов полости рта. Несмотря на высокие показатели заболеваемости в регионе отсутствует единая система активного участия врачей-стоматологов в ранней диагностике злокачественных новообразований полости рта, а также их сотрудничество с врачами-онкологами специализированных лечебных учреждений. В связи с этим, в работе акцентировано внимание на стоматологическом статусе пациентов, а именно, состоянию гигиены полости рта пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта, а также на необходимости онконастороженности в повседневной практической деятельности врача-стоматолога, предлагается ряд рекомендаций по профилактике злокачественных новообразований полости рта, включая своевременную санацию. Данная проблема является многофакторной и обосновывает актуальность научно-исследовательской работы и требует надлежащего изучения и систематизации.

Цель исследования: на основе клинико-эпидемиологического исследования оценить факторы риска возникновения злокачественных новообразований полости рта у населения г. Иваново и Ивановской области, оптимизировать клинический алгоритм активного поиска патологии слизистой оболочки полости рта.

Задачи исследования:

1. Изучить клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости злокачественными новообразованиями губ, полости рта у населения г. Иваново и Ивановской области.
2. На основании изучения стоматологического статуса больных выявить факторы риска, возникновения злокачественных новообразований полости рта.
3. Изучить показатели активного выявления онкопатологии врачами-стоматологами на амбулаторном стоматологическом приеме для оптимизации клинического алгоритма активного поиска патологии слизистой оболочки полости рта.
4. Провести упрощенную, комплексную оценку влияния стоматологического здоровья пациентов с онкопатологией на их качество жизни.

Научная новизна

Эпидемиологическая обстановка в Ивановской области характеризуется поздней диагностикой (III-IV стадия, на 2021 гг. — 85,0%) и низким уровнем активного выявления (на 2021 г. — 10,4%) патологии.

Впервые изучены показатели состояния ротовой полости, в том числе гигиенический статус больных с предопухолевыми поражениями и злокачественными новообразованиями полости рта на основе упрощенной оценки гигиенического статуса пациентов и проведения ROC – анализа выявлены дополнительные диагностические критерии ЗНО полости рта.

Недостаточный уровень активного выявления ЗНО полости рта и отсутствие должного внимания врачами-стоматологами к этапу первичной диагностики позволили оптимизировать алгоритм-маршрутизацию активного поиска патологии СОПР у пациентов первичного стоматологического звена, путем добавления этапа анкетирования пациентов на online и offline платформах и разделения их на группы риска.

Предложена схема вкладыша в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР». С целью оптимизации вопросов профилактики стоматологических заболеваний на территории Ивановской области внедряется медико-социальный проект «Вместе — мы сила» с вовлечением врачей-стоматологов, «здорового» населения и стоматологических пациентов.

Впервые на территории Ивановской области проведена упрощенная, комплексная оценка влияния уровня стоматологического здоровья на качество жизни пациентов.

Теоретическая и практическая значимость работы

В результате проведенных исследований получен анализ структуры и динамики онкологической заболеваемости полости рта за период с 2010 по 2017 гг. у населения г. Иваново и Ивановской области.

Определено влияние стоматологического статуса пациентов на риск развития предраковых и злокачественных новообразований полости рта и основные

клинические проявления, жалобы пациентов, необходимые для ранней диагностики рака полости рта на амбулаторном приеме врача-стоматолога, выявлены новые диагностические критерии.

Низкий показатель онконастороженности и недостаточный уровень санитарно-просветительной работы среди населения позволили оптимизировать алгоритм-маршрутизацию активного поиска патологии СОПР у пациентов первичного стоматологического звена, добавив этап анкетирования пациентов, предложена схема вкладыша в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР».

Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедрах стоматологии №1 и стоматологии №2 ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России.

Результаты исследования используются в лечебном процессе ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Иваново.

Методология и методы исследования

Научное исследование проведено в полном соответствии с принципами и правилами доказательной медицины.

В обследование включено III группы пациентов. Проведен их опрос, сбор жалоб, анамнеза, клинико-инструментальное обследование СОПР с определением индексов гигиены, оценка уровня стоматологического здоровья. Проведено свободное интервьюирование и анкетирование I группы пациентов и группы врачей-стоматологов и зубных врачей.

Методы исследования: фотокопирование; эпидемиологические; социологические (интервьюирование, анкетирование, оценка качества жизни); клинические (клинико-инструментальный осмотр полости рта, индекс КПУ, индекс кровоточивости десен, индикация зубного налета с целью определения гигиенических индексов). Обработка статистических данных производилась при помощи табличного процессора (LibreOfficeCalc) и статистического пакета на основе языка программирования R,

с привлечением возможностей программы MedCalc 22.023 (Software Ltd). Во всех случаях различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p<0,05$.

Научные положения, выносимые на защиту

1. Факторами риска трансформации патологических состояний слизистой оболочки полости рта явились: наличие острых краев разрушенных зубов увеличивает шансы малигнизации предопухолевых поражений СОПР почти в 5 раз (ОШ = 4,89 с 95% ДИ от 2,29 до 10,71); наличие неудовлетворительного уровня гигиены полости рта увеличивает шансы в 3,5 раза (ОШ = 3,56 с 95% ДИ от 1,39 до 10,26), при плохом уровне больше почти в 4 раза (ОШ = 3,89 с 95% ДИ от 1,05 до 21,52), а при неудовлетворительном или плохом — в 4,8 раза (ОШ = 4,80 с 95% ДИ от 2,09 до 11,75); в 7,5 раз большие шансы к перерождению в рак предопухолевых поражений полости рта у пациентов со II-III степенью кровоточивости, чем — с I степенью (ОШ = 7,57 с 95% ДИ от 3,00 до 21,42).

2. Комплексная оценка факторов стоматологического статуса пациента позволяет улучшить активную и раннюю диагностику патологических состояний слизистой оболочки полости рта и позволяет предотвратить или снизить шансы малигнизации данных процессов. Низкий уровень гигиены полости рта; высокий индекс интенсивности кариеса (КПУ) явились диагностическими критериями, оказывающими влияние на возникновение не только предопухолевых поражений СОПР, но и злокачественных новообразований полости рта [ROC-анализ, AUC = 0,781; AUC = 0,980, соответственно ($p<0,001$)].

3. Организационные аспекты оказания стоматологической помощи пациентам с патологическими состояниями слизистой оболочки полости рта продемонстрировали недостаточный уровень профилактических мероприятий и отсутствие должного внимания врачами-стоматологами к этапу первичной диагностики и раннего выявления стоматологических заболеваний, склонных к малигнизации, на амбулаторном поликлиническом приеме.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.1.7. Стоматология, отрасли наук: медицинские науки, а также области исследования согласно пунктам 5 и 11, занимающейся изучением этиологии, патогенеза, эпидемиологии, методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки рта; разработкой и совершенствованием методов организации и оказания стоматологической помощи населению. Диссертация соответствует паспорту научной специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», отрасли наук: медицинские науки, а также области исследования согласно пункту 6, занимающейся медико-социальными исследованиями показателей заболеваемости населения, определением закономерностей их изменения. Изучением важнейших социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, с целью разработки основных направлений медико-социальной профилактики их распространения.

Степень достоверности и апробация результатов

Репрезентативное количество исследуемого материала, объемы выборки, использование научных методик клинического обследования и новейших методов статистического анализа полученных данных обосновывают достоверность научно-исследовательской работы.

Результаты работы доложены и опубликованы в материалах Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека» (Иваново, 2016–2019, 2024); Российской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы в онкологии» (Барнаул, 2017); VII Международного молодежного медицинского Конгресса с международным участием «Санкт-Петербургские научные чтения — 2017» (Санкт-Петербург, 2017); IV Межрегионального форума студентов стоматологов Центрального федерального округа «Стоматологическое сердце России

— 2017» (Тверь, 2017); III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» (Екатеринбург, 2018); 64-й Всероссийской межвузовской студенческой научной конференции с международным участием «Молодежь, наука, медицина» (Тверь, 2018); XIII научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Медицинская наука: новые возможности» (Душанбе, 2018); V Всероссийского научного медицинского форума студентов и молодых ученых с международным участием «Белые цветы» (Казань, 2018); XL Всероссийской научно-практической конференции «Стоматология XXI века» (Москва, 2018); VI Ежегодном конгрессе Российского общества специалистов по опухолям головы и шеи (Москва, 2020); V Всероссийском открытом конкурсе молодых ученых и студентов на лучший научный доклад в области стоматологии и ЧЛХ (Москва, 2021). IX Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека» (Иваново, 2023); I Всероссийской научно-практической конференции «Ярославская зима. Пациенториентированная стоматология» (Ярославль, 2023); XVIII Международной научно-практической конференции молодых ученых-медиков «СОВА-2024» (Иваново, 2024).

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедрах стоматологии №1 и стоматологии №2 федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России.

Результаты исследования используются в лечебном процессе ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Иваново.

Публикации

По теме исследования автором опубликовано 24 работы и 1 учебно-методическое пособие, в том числе 5 статей в журналах, включенных в Перечень

ВАК при Минобрнауки России и индексируемых в международных базах данных Scopus; 4 статьи в зарубежных журналах, рекомендованных для опубликования результатов диссертационных исследований.

Личный вклад автора

Научные данные, использованные в работе, получены при личном участии диссертанта, Зубковой А.В. Диссидентом проводились систематизация и анализ литературы по проблемам. Автором самостоятельно осуществлялись: сбор документации, обработка историй болезней, клинико-инструментальное обследование ротовой полости пациентов с оценкой гигиенических индексов, фотопротоколирование, разработка анкет, а также анкетирование респондентов. Диссидентом самостоятельно проведена статистическая обработка полученных результатов исследования. Научные положения, выводы и практические рекомендации соответствуют содержанию диссертационной работы, обоснованы с теоретической и практической позиции.

Структура и объем диссертации

Работа изложена на 133-х страницах компьютерного текста, содержит 30 таблиц и 21 рисунок. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной описанию материалов и методов исследования, из 3-х глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 152 использованных источников (102 русскоязычных, 50 на иностранном языке).

ГЛАВА 1. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОФИЛАКТИКА И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Эпидемиологические аспекты злокачественных новообразований челюстно-лицевой области

Онкологические заболевания, на сегодняшний день, входят в группу «болезней цивилизации» и создают серьезную проблему для здравоохранения. Запоздалая диагностика приводит к высоким показателям заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований [23, 24]. Проблема плоскоклеточного рака полости рта и ротоглотки коснулась не только Российской Федерации, но и ряда Европейских стран. Рак ротовой полости является одним из самых распространенных заболеваний во всем мире (6-е место), являясь глобальной растущей проблемой мирового здравоохранения. В Великобритании, например, за последнее десятилетие первичный уровень заболеваемости вырос на 49,0 %. По оценкам Британского института рака через 10 лет количество заболевших раком полости рта в Великобритании может вырасти. Предсказуемый процент прироста может достичь 33,0 %. Без надлежащих мер по предотвращению или выявлению возникновения рака на ранней стадии, приведенные здесь статистические данные, могут вскоре привести к глобальной катастрофе [24, 79, 88, 137, 144].

Необходимую информацию об особенностях канцерогенеза, распространенности и факторах, влияющих на онкопатологию, дают эпидемиологические исследования. Знание об эпидемиологической обстановке в стране позволяет органам здравоохранения проводить противораковую борьбу: планирование и реализацию программ по профилактике и лечению раковых заболеваний полости рта. Поэтому знание вопросов онкоэпидемиологии очень важно [18, 24, 27, 84, 104, 124].

Так, по данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии в составе МНИОИ им. П.А. Герцена представлены следующие показатели распространенности злокачественных новообразований губ, полости рта (таблица 1).

Таблица 1 — Распространенность злокачественных новообразований губ, полости рта в России в 2012–2022 гг. (на 100 тыс. населения)

Локализация, нозологическая форма	Код МКБ-10	Годы					
		2012	2014	2016	2018	2020	2022
Все новообразования	C00-96	2091,9	2252,4	2399,1	2562,3	2712,9	2758,3
Губа	C00	40,2	36,8	32,9	29,1	26,1	20,8
Полость рта	C01-09	23,3	25,2	26,6	28,5	30,8	31,7

Данные показатели свидетельствуют о том, что общее число злокачественные новообразований, в целом, растет с каждым годом. Что касается, распространенности рака губ и полости рта, в динамике с 2012 по 2022 года, можно отметить значительное снижение распространенности злокачественных новообразований губ и увеличение выявления рака полости рта [23, 24].

В России введена специальная постоянно действующая государственная система обязательной регистрации заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований. Поэтому на базе каждого областного диспансера ведутся территориальные раковые регистры [17].

В Ивановском регионе проблема заболеваемости злокачественными новообразованиями городского и сельского населения требует к себе особого внимания. Кроме того, в последнее время, увеличивается заболеваемость населения раком полости рта, что оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов, среднюю ее продолжительность и вносит изменения в демографические показатели по Ивановской области, в связи с летальными исходами (таблица 2).

По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Ивановской области численность постоянного населения города уменьшается. Естественный прирост населения отрицательный, смертность от злокачественных новообразований занимает второе место [29]. Ивановский регион занимает 29 место в Российской Федерации по смертности от онкозаболеваний. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Ивановской области отмечает, что причиной наибольшего числа смертей являются болезни системы кровообращения. А на втором месте располагаются злокачественные новообразования [29, 76].

Исходя из показателей первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями среди мужского и женского населения Ивановской области, можно отметить, что женщины заболевают раком чаще мужчин ($p<0,05$). Если же рассматривать заболеваемость по отдельным нозологическим формам, то тенденция будет меняться. В частности, раком полости рта и губ в Ивановском регионе чаще болеют мужчины ($p<0,05$) (см. таблицу 1).

Таблица 2 — Заболеваемость городского и сельского населения Ивановской области злокачественными новообразованиями за 2021 гг.

ОБЛАСТЬ		Абсолютные числа			«Грубые показатели» на 100 000 нас.		
		2021			2021		
		оба пола	муж.	жен.	оба пола	муж.	жен.
Сельское население	Россия	132823	67965	64858	361,0	381,4	341,9
	Ивановская область	897	430	467	503,1	486,5	519,3
Городское население	Россия	447592	197074	250518	410,4	394,7	423,6
	Ивановская область	3970	1739	2231	494,0	486,8	499,8

Высокие показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований полости рта свидетельствуют о низком уровне диагностики, пробелах в проведении профилактических мероприятий, недостаточной подготовке врачей первичного лечебного звена в области онкологии и недостаточном уровне знаний пациентов [20, 22, 31, 47].

1.2. Факторы риска, роль и значение активного выявления стоматологами при первичной диагностике предраковых состояний полости рта

Слизистая оболочка ротовой полости выстлана эпителиальной пластинкой, состоящей из многослойного плоского неороговевающего эпителия. Ввиду большой механической нагрузки эпителий имеет способность к ороговению в определенных областях, например, нитевидные сосочки языка или линия смыкания зубов. Собственная пластинка слизистой оболочки полости рта составляет основание сосочка (их больше там, где больше механическая нагрузка — язык, десны). Мышечная пластинка слизистой незначительная или совсем отсутствует (десны, губы, небо) [8, 42]. Слизистая оболочка ротовой полости подвержена воздействию агентов, способных вызвать предраковые поражения. Одной из более современных теорий канцерогенеза на сегодняшний день является онкогенная теория, которая гласит, что процессы изменения здоровой клетки в опухолевую клетку обоснован накоплением мутаций, образующихся из-за повреждений в геноме. В результате мутационных изменений и преобразования здоровой клетки в раковую страдают гены, отвечающие за контролирование процессов пролиферации, апоптоза,angiогенеза, адгезии, репарации ДНК и стабильности генома. В развитии опухоли выделяют несколько стадий:

первая стадия — трансформации (инициации), когда здоровая клетка преобразовывается в опухолевую при встрече с канцерогеном (трансформирующий агент);

вторая стадия — активации или промоции, когда измененные клетки размножаются с образованием клона раковых клеток и опухоли в целом;

третья стадия — опухолевой прогрессии, когда начинается бесконтрольный рост опухоли и приобретение ею новых свойств [34, 38, 50, 63].

На появление злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, а именно, красной каймы губ и полости рта влияет ряд факторов. Часть из них приводит к нарушению процессов ороговения. В эпителиальных тканях возникают очаги дис-, пара-, гиперкератозов, на фоне которых, могут возникать предраковые заболевания, способные к переходу в раковые формы [44, 57, 60]. Одной из причин предраковых поражений полости рта могут быть как экзогенные (неблагоприятные метеорологические факторы, раздражающая пища, алкоголь, курение), так и эндогенные (хроническая травма, нарушение состояния всего организма) факторы. Необходимо учитывать тот факт, что в отсутствии должного лечения предраковое состояние СОПР может преобразоваться в рак. Своевременное выявление и лечение предраковых заболеваний снижает риски развития рака или дает возможность в самые короткие сроки обеспечить пациента высокоэффективными средствами и методами излечения [69, 70]. Каждый из канцерогенных факторов повышает риск возникновения болезни в 2 раза, а при воздействии на организм сразу нескольких факторов риск увеличивается в 15 раз [14, 49].

Известный дерматолог Дюбрейль предложил считать предраковыми все доброкачественные новообразования, хронические воспалительные процессы и диспластические состояния, в которых под влиянием предрасполагающих факторов может возникнуть рак [4, 139].

Классификация облигатных и факультативных форм предрака, а также фоновых заболеваний лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта была предложена комитетом по опухолям головы и шеи Всесоюзного научного медицинского общества онкологов в 1976 году. На сегодняшний день, согласно клиническим рекомендациям по плоскоклеточному раку кожи (ПКРК), Ассоциацией специалистов по проблемам меланомы, Общероссийской общественной организацией "Российское общество клинической онкологии", Общероссийским национальным союзом "Ассоциация онкологов России" утверждено, что кератоакантома и болезнь Боуэна относятся к формам ПКРК. Протокол от «01» февраля 2020г. №1/ЗП/2020 [35, 63] (таблица 3).

Таблица 3 — Классификация предраковых и фоновых заболеваний кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта, 1976 г.

Локализация заболевания			Кожа лица	Красная кайма губ	СОПР
Характер заболевания	Пред-рак	Облигатная форма	1. Пигментная ксеродерма. 2. Болезнь Боуэна [35,63].	1. Болезнь Боуэна[35,63]. 2. Бородавчатый или узелковый предрак. 3. Ограниченный предраковый гиперкератоз. 4. Абразивный преканцероз Манганотти	1. Болезнь Боуэна[35,63] и эритроплазия Кейра
		Факультативная форма	1. Старческий кератоз. 2. Кожный рог. 3. Кератоакантома [35,63]. 4. Папиллома и папилломатоз	1. Кожный рог. 2. Кератоакантома[35,63]. 3. Папиллома. 4. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного плоского лишая	1. Веррукозная и эрозивная формы лейкоплакии. 2. Папиллома и папилломатоз десен
	Фоновые заболевания		1. Дерматиты. 2. Красный плоский лишай. 3. Специфические инфекции	1. Метеорологический и актинический хейлит. 2. Хронические трещины губ. 3. Постлучевой хейлит. 4. Красная волчанка губ	1. Лейкоплакия курильщиков. 2. Лейкоплакия плоская. 3. Хронические язвы полости рта

Длительность трансформации предраковых процессов в рак индивидуальна. Может наступить озлакочествление предрака за 4–6 месяцев, а у других пациентов лишь за 5–7 лет. Не во всех случаях предрак может перейти в рак. Поэтому предраковые заболевания имеют большое значение с точки зрения практики. Описываемые трансформации помогают определять группы людей повышенного риска в отношении к возможности развития опухоли того или иного органа, предупреждения возникновения, ранней диагностики. Данные процессы также зависят от воздействия предрасполагающих факторов [3, 7, 25].

Выделяют ряд канцерогенов: физического, биологического и химического происхождения, а также отдельные факторы риска.

По данным Всемирной организации здравоохранения: «на заболеваемость раком большое влияние оказывают следующие факторы: питание (35,0 %), курение (30,0 %), половые отношения, репродукция (10,0 %), инсоляция (5,0 %), ионизирующая радиация (3,5 %), профессиональные вредности (3,5 %), загрязнение окружающей среды (3,5 %), злоупотребление алкоголем (2,7 %), наследственность (2,3 %)». Плохая гигиена полости рта, некачественно изготовленные реставрации, плохо подогнанные протезы, ортодонтическое лечение сопряжены с высоким риском поражения слизистой оболочки полости рта и ее воспалением, что в дальнейшем может приводить к предраковым поражениям и развитию рака полости рта [12, 53, 69, 83, 111, 131, 154]. Рак органов полости рта является настоящим «апофеозом» негативного воздействия табака на слизистую оболочку ротовой полости. Чаще всего плоскоклеточный рак возникает на фоне лейкоплакии (30,0 % случаев). Озлакочествление происходит внезапно, не вызывая по началу никаких болезненных ощущений, поэтому и без жалоб со стороны больных [8, 74, 87, 130].

Ученые доказали, что у курильщиков риск развития рака увеличивается в 13 раз. Рост и развитие злокачественных опухолей напрямую связаны с интенсивностью курения и количеством выкуриваемых в день сигарет. Канцерогены, содержащиеся в сигаретном дыме, атакуют ядросодержащие клетки. Они, в свою оче-

редь, вызывают фрагментацию ядер и нуклеолиз. В результате у курящих пациентов нарушается регенерация и защита слизистой оболочки [12, 130, 138, 141].

Данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подтверждают, что использование кальяна не является безопасным. Содержание токсичных веществ во вдыхаемом паре из кальянной чаши выше, чем в сигаретном дыме. Поэтому пары кальяна могут повреждать органы и системы человеческого организма [147, 150].

Научно доказано, что привычка курения кальяна приводит к раку полости рта (4,03), раку пищевода (2,65) и раку легких (2,12) [138, 149].

В сигаретном дыме высоко содержание канцерогенов и токсинов, например: бензопирен, антрацен, формальдегид, ацетальдегид и акролеин, а также тяжелые металлы, такие как мышьяк, хром и свинец. Ацетальдегид приводит к усилению никотиновой зависимости у курильщиков. Напротив, в чашах для кальяна табак не сгорает, а тлеет. Это увеличивает концентрацию угарного газа, который способствует образованию канцерогенов и повышает токсичность для организма, способствуя возникновению злокачественных опухолей [32, 141].

Главным фактором, влияющим на слизистую оболочку полости рта в процессе курения, является воздействие высокой температуры вдыхаемого воздуха. При затяжке температура достигает 900–1110 градусов Цельсия. Дым успевает охладиться, но температура все равно остается около 40–60 градусов, что выше температуры в ротовой полости. В результате происходит расширение капиллярного русла и раздражение слизистой оболочки. А также снижается защитная функция слизистой оболочки полости рта, так как дым подавляет образование лизоцима [12, 32, 147]. Воздействие никотина на центральную нервную систему приводит к быстрому привыканию и появлению серьезной табачной зависимости. Он содержится в крови курильщиков в больших концентрациях, эффекты этого алкалоида вызывающие привыкание тщательно изучены, а вот влияние на онкологические процессы не совсем ясно. Например, в своем исследовании влияния никотина на рост клеток рака полости рта через альфа-7-субъединицу никотинового ацетилхолинового рецептора Nishioka показал, что частицы никотина играют важную роль в прогрессировании рака полости рта. Они способствуют росту и

миграции клеток через сигнальный эпидермальный фактор роста (EGF). Борьба с вредной привычкой или вовсе отказ от нее — хороший способ снизить риск развития злокачественных новообразований полости рта. Отказ от курения приводит к снижению риска развития рака, причем относительный риск развития злокачественных опухолей достигает уровня некурящих людей только через 10 лет после полного отказа от курения [126].

Чрезмерное употребление алкогольной продукции тоже влияет на возникновение онкопатологии. А именно, повышает относительный риск и является одним из основных факторов риска для заболеваемости, инвалидности и смертности во всем мире [108, 129]. В 2012 году Всемирной организацией здравоохранения зарегистрировано около 3,3 млн. смертей (5,9 % всех случаев смерти в мире), которые были вызваны потреблением спиртных напитков, в основном от сердечно-сосудистых заболеваний, травм, желудочно-кишечных заболеваний и рака [152].

Профессиональные факторы играют незначительную роль в этиологии раковых заболеваний. Однако, выделен ряд профессий, которые имеют пагубное влияние на организм человека и несут небольшой рост риска возникновения онкопатологии. Влияние профессиональных вредностей на развитие злокачественных новообразований более выражено у мужчин, вероятно, потому что мужчины работают в более тяжелых условиях труда и имеют худшие привычки (курение, алкоголизм), в сравнение с женщинами [69, 70].

Химические канцерогены представляют собой ряд химических веществ.

К физическим канцерогенам относят: различные виды ионизирующей радиации, метеорологические факторы, ультрафиолетовое облучение, механические травмы тканей.

Погодные факторы, такие как солнечный свет, пыль, ветер и аэрозоли соленой воды при низких температурах и высокой влажности, представляют собой сложные неблагоприятные метеорологические условия. Пациентам, проходящим лучевую терапию, необходимо учитывать биологические эффекты ионизирующего излучения.

В настоящее время, большое внимание уделяется биологическим канцерогенам. Они содержат ряд микроорганизмов, факультативно или облигатно патогенных для человека, включая дрожжеподобные грибки, способствующие кератинизации слизистой оболочки языка, бледные спирохеты, палочка Коха (например, туберкулезные язвы слизистой оболочки полости рта) и многие другие [10, 15, 41, 48, 119]. В то время как влияние вирусов на развитие мезофарингеальной карциномы общепризнанно, их влияние на развитие опухолей полости рта остается спорным. Недавние эпидемиологические исследования подтвердили, что инфекция вируса папилломы человека (ВПЧ) является одной из основных причин злокачественных опухолей. Хроническое воспаление в полости рта дает ВПЧ широкие возможности для сохранения в организме ВПЧ 16 типа легко обнаруживается при раке. Использование вакцины против ВПЧ является эффективным методом профилактики рака [71, 110, 118, 142]. Полость рта густонаселена сообществами микроорганизмов, которые оказывают влияние на здоровье ротовой полости. Оральная температура составляет 37 °С и не подвергается значительным колебаниям, что создает более благоприятные условия для процветания микрофлоры в ротовой полости. Кроме того, pH слюны от 6,5 до 7,5 является стабильным для жизни микробов. Врачи изучают теорию очаговых инфекций. Выявлена взаимосвязь между дисбиозом ротовой полости и патогенетическими механизмами рака. Последние исследования показали, что хроническое воспаление в полости рта часто приводит к предраковым заболеваниям и, как следствие, к ЗНО головы и шеи. Согласно этому исследованию, у пациентов с диагнозом хронический периодонтит часто возникают плохо дифференцированные опухоли в полости рта из-за хронического воспаления [59, 131, 145].

Травматические поражения слизистой оболочки могут вызывать повреждения слизистой оболочки полости рта. В результате однократного воздействия повреждающего фактора возникают острые травмы СОПР, а при длительном воздействии раздражителя незначительной силы образуются хронические травмы СОПР. В большей степени для развития предраковых поражений в полости рта и их дальнейшей малигнизации характерна хроническая травма [30, 33, 64].

Ряд эндогенных факторов, способных привести к возникновению предраковых поражений и повышению риска образования злокачественных опухолей: стрессовые состояния, заболевания желудочно-кишечного тракта, лихорадочные состояния, ксеростомия слизистой оболочки полости рта различной этиологии и др. [62, 69, 134].

При первичной диагностике онкологических заболеваний ротовой полости важным является раннее выявление болезни. По данным научной литературы, при I стадии рака можно достичь стойкой ремиссии (90% случаев), при II стадии — 70% случаев, а при III–IV стадиях всего 30–40% случаев. Учитывая визуальную доступность челюстно-лицевой области, стоматолог должен исключать подозрительные на раковую патологию симптомы.

Наличие следующих клинических симптомов должно служить основаниями для более детального обследования пациентов. Описанные ниже проявления, могут выявляться как поодиночке, так и комплексом.

- экзофитное образование с инфильтрированным основанием, длительно не заживающее;
- бесконтрольный рост опухоли, несмотря на адекватное лечение;
- появление язвы с инфильтратом в основании, не отвечающей на лечение;
- увеличение регионарных лимфатических узлов;
- длительное, вялотекущее протекание процесса при отсутствии выраженной симптоматики;
- выявление уплотнения по краям или в основании опухоли;
- кровоточивость;
- выраженность процессов ороговения;
- подвижные зубы в ротовой полости, сопровождающиеся болевыми проявлениями;
- парестезии и онемения в зоне иннервации глазного, подбородочного и язычного нервов;
- появление постоянных болей умеренной интенсивности в зоне опухолевого роста, особенно проявляющихся в ночное время суток [62, 73, 77, 91, 94].

Актуальность активного выявления злокачественных опухолей челюстно-лицевой области подтверждается неуклонным ростом заболеваемости и смертности населения от неопластических процессов [97, 98, 120, 127]. Поэтому на амбулаторном стоматологическом приеме при первом контакте с пациентом врачу нужно проявлять повышенную онконастороженность. В работе стоматолога с каждым пациентом требуется активный поиск и умение проанализировать визуальные и общеклинические данные. Необходимо собирать полный анамнез, учитывая образ жизни пациента, его место жительства и работы, беря во внимание профессиональные вредности и факторы, которые воздействуют на организм пациента и могут привести к появлению новообразования. Обязательным считается объективное обследование пациента. Необходимо проводить тщательный внешний осмотр. Уделяя внимание изменениям цвета кожных покровов, симметричности лица, локализации и размерам новообразований при их наличии. Важный этап при осмотре пациента является пальпация регионарных лимфатических узлов головы и шеи. Внутриротовой осмотр предполагает осмотр слизистой оболочки полости рта, языка, пальпацию слюнных желез и т.д. Важно обращать внимание на любое изменение поверхности эпителия [127, 133]. Зачастую запущенность онкологической патологии связывают с некомпетентностью врача первичного звена. Поражает факт неоднократного обращения пациентов к врачу-стоматологу с жалобами на язвенное поражение слизистой оболочки ротовой полости и отсутствие должных мероприятий по оказанию лечебно-диагностической помощи [40, 150].

В случае если в полости рта обнаружен патологический процесс или врач-стоматолог сомневается в постановке диагноза, необходимо незамедлительно отправить пациента к онкологу. На базе онкологического диспансера пациент проходит дополнительное обследование [43, 90]. При обнаружении у пациента эрозивного или язвенного поражения СОПР, вызванного приемом горячей пищи, либо связанного с острой или хронической травмой слизистой оболочки, врач-стоматолог должен придерживаться определенной тактики. Ему, в первую очередь, необходимо устранить причину и начать проведение местной терапии. Главным моментом при назначении местной терапии являются ее сроки. Если в

течение двух недель лечения не наблюдается положительной динамики, то нужно направлять пациента по маршруту в онкологический диспансер [58, 94, 123].

Одна из основных задач стоматолога, объяснить пациенту необходимость постоянных профилактических осмотров, с целью преждевременного обнаружения патологического очага. При выявлении вредных привычек врач должен мотивировать больного к отказу от них и ведению здорового образа жизни. При нахождении очагов хронической инфекции нужно их ликвидировать, при неполноценных реставрациях и протезах необходима их замена [64, 78, 80]. Противораковая санитарно-просветительская деятельность среди населения играет важную роль в выявлении злокачественных новообразований полости рта. Низкая медицинская грамотность, недостаточная осведомленность о происхождении рака, малое количество признаков начала заболевания, а также более бессимптомное и медленное течение болезни задерживают выявление злокачественных новообразований.

Ведущие эксперты Европейского общества Медицинской онкологии (ESMO) [123] рекомендуют проконсультироваться с врачом, если появляются какие-либо из следующих проявлений:

1. Незаживающая в течение длительного времени рана на губах или в полости рта.
2. Утолщение или опухоль на губах, деснах или в полости рта.
3. Белое или красное пятно на деснах, языке или слизистой оболочке рта.
4. Кровотечение, боль или онемение губ или рта.
5. Изменение в голосе.
6. Балансирующие зубные протезы, которые больше не подходят.
7. Проблемы с жеванием, глотанием или движением языка или челюсти.
8. Боль в горле или ощущение, что что-то застряло в горле.
9. Бессимптомное течение и обнаружение проблемы лишь во время регулярного стоматологического осмотра.

Позднее обращение к врачу-специалисту за помощью и поздняя диагностика заболеваний вина, как больного, так и врача. Больной в связи со своей медицинской неграмотностью и страхом не обращается за помощью до появления вы-

раженных болевых симптомов, что чаще всего при раке ротовой полости актуально на III–IV стадиях болезни. На сегодняшний день, более чем в 70% случаев рак полости рта выявляется на поздних стадиях. В настоящее время в России распространен термин «онкофобия». Для обычного человека такие понятия как рак и обреченность это уже давно синонимы. Малая информированность населения о различных методах лечения и их эффективности, невыясненные причины ЗНО вызывают представления о заразности этого заболевания, что зачастую приводит изоляции пациента из социума или же полной самоизоляции. Проявляется «онкофобия» высоким уровнем страха у человека перед первичным приемом у врача или обычным профилактическим обследованием. Зачастую в сознании населения поселяются неоправданные страхи, которые не позволяют обратиться за помощью к специалисту. С точки зрения клинической психологии, отказ от лечения — это скрытый суицид. Ежегодно по стране около 30 тысяч человек отказывается от лечения, причем 1/3 больные с I–II стадией рака могли бы быть вылечены. Мотивы отказа от лечения разные, на сегодняшний день, на первый план выходит: отсутствие денег, затем уже неверие в современную медицину, нежелание лечиться, стремление скрыть свою болезнь от окружающих, вера в знахарей и экстрасенсов, хорошее самочувствие и отсутствие симптомов болезни [55, 102].

Длительное самолечение пациентов, либо лечение у врачей других специальностей по месту жительства, без эффекта, также приводит к поздним обращениям за лечебной помощью. Каждый пациент должен не только регулярно проходить медицинские осмотры у стоматолога с профилактической целью, но и самостоятельно следить за состоянием ротовой полости. Необходимо концентрировать внимание на любом изменении в полости рта. При ношении зубных протезов независимо от того есть или нет неприятные ощущения или жалобы, нужно раз в полгода проходить осмотр стоматолога в целях профилактики хронической травмы СОПР. Вина врача-стоматолога может заключаться в отсутствие онконастороженности. У врача может быть недостаточно знаний в области онкопатологии, причин возникновения рака, ранних симптомов проявления болезни и необходимого лечения, вследствии этого, больной получает продолжительное лечение, которое не прино-

сит эффекта. Состояние пациента усугубляется. Бывают случаи утаивания от пациента его диагноза, якобы ложь во благо. Врачи-стоматологи боятся подтолкнуть пациента к необдуманным действиям. Врач обязан как можно раньше выявить заболевание пациента, оказать помощь пациенту, либо дать направление к онкологу для дополнительного обследования, оказать эмоциональную поддержку и рассказать о дальнейшем лечении. Выявление опухолевого процесса на первых стадиях крайне трудно, поэтому обязательным фактором в работе врача-стоматолога должна быть онкоастороженность [52, 99, 101].

Проблема онкоастороженности и малой медицинской грамотности населения остро стоит не только в РФ, но и далеко за ее пределами. Визуальный систематический скрининг среди лиц, имеющих повышенный риск развития раковых заболеваний, направлен на раннюю идентификацию онкопатологии. Так, например, в Кувейте была проведена оценка скрининговых мероприятий среди курящего и некурящего населения. В исследовании приняли участие 311 (77%) некурящих и 93 (23%) курильщика. Распространенность скрининга рака полости рта составила 7,7 % среди некурящих и 5,4% у курильщиков. Только 36,6% были осведомлены о раке полости рта, причем больше некурящих (38,9%), чем курильщиков (29%). В ходе данного исследования была отмечена низкая распространенность скрининга и плохая осведомленность о раке ротовой полости среди опрошенного населения. И сделаны выводы о том, что медицинские работники должны прилагать больше усилий для распространения знаний или их улучшения. И проводить скрининговые мероприятия во время обычных осмотров, а также проводить досрочные осмотры. Необходимость скрининга появилась в связи с ростом инфекционных и онкологических заболеваний. Основной его задачей является ранняя идентификация заболевания при использовании быстрых диагностических тестов. Существует несколько основных принципов проведения скрининговых мероприятий: доступность диагностического теста, приемлемость для популяции, изученность заболевания, возможности лечения, экономическая оправданность и т.д. Игнорирование какого-либо из принципов приводит к неэффективности скрининга [67, 125, 133, 148]. Успех в лечении пациента и дальнейший уровень каче-

ства жизни, и ее продолжительность заключается в раннем выявлении онкологических заболеваний [54, 148].

Большинство существующих программ по оказанию помощи онкобольным направлено на раннюю диагностику и профилактику онкологических заболеваний. Такие программы входят в государственное задание, но выполняются далеко не везде [79, 96] (Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 года № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»).

В менее крупных городах выполнение данной программы становится невозможным ввиду нехватки кадров, недооснащенности медицинских центров и недофинансирования в сфере здравоохранения.

1.3. Современное состояние вопроса о методах профилактики, реабилитации и диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области

Одной из медико-социальных проблем стоматологии являются злокачественные опухоли головы и шеи. Плоскоклеточный рак полости рта становится уже всемирной проблемой нашего здравоохранения. Каждый год растет заболеваемость ЗНО. Локализация новообразований может быть различна. Течение патологического процесса может приводить к появлению, как небольших изъянов, так и к тотальному отсутствию костей лица. Поражаются прилежащие мягкие ткани и органы. Все это приводит к стойким функциональным нарушениям. Страдает открывание рта, функция жевания, слюноотделение, нарушается прием пищи. Затрудняется речь, дыхание. Снижается слух и ухудшается зрение. Лицо обезображивается и принимает некую «гримасу», ввиду повреждения мимической мускулатуры. Обильное кровоснабжение и иннервация челюстно-лицевой области, обнаружение ЗНО полости рта в запущенных стадиях, быстрый и бесконтрольный рост опухоли, риск рецидивов, сложность ранней и дифференциальной диагностики новообразований приводят к тому, что приходится выполнять большие по

объему операции. Радикальные хирургические вмешательства приводят обширным деструктивным вмешательствам, что в будущем усложняет эффективность стоматологической реабилитации пациентов [37, 56, 66, 72, 86, 103].

Во время комбинированного лечения зачастую возникают осложнения, как местного, так и общего характера. Этот момент тоже усложняет реабилитацию больных с местнораспространенным раком слизистой полости рта. В организации оказания стоматологической помощи пациентам данного профиля также остаются пробелы. На сегодняшний день, еще до конца не решены вопросы планирования, специализированной диагностики, статистического учета и этапности в лечении таких пациентов. Не обоснована необходимость наличия в медицинских учреждениях подготовленных специалистов, не регламентирована их подготовка с учетом особенностей лечения онкологических заболеваний и возможной реабилитации пациентов, особенно после деструктивных хирургических вмешательств [43, 80, 93].

Для улучшения качества жизни пациентов и совершенствования оказания помощи онкобольным важна своевременная и качественная стоматологическая поддержка больных на этапах лечения и реабилитации. В современных условиях существует необходимость в создании при всех онкологических диспансерах стоматологических кабинетов. Такой кабинет должен быть укомплектован специалистами с соответствующей квалификацией, знающими специфику изменений слизистой оболочки полости рта при новообразованиях и проведении химиотерапевтического лечения. В настоящее время такие кабинеты не существуют. Пациентам приходится обращаться за помощью к стоматологам общей лечебной сети, которые не имеют специальной подготовки в данной области медицины [43, 151].

От раковых заболеваний страдает население как развивающихся, так и развитых стран. Во всем мире выделяются значительные ресурсы на исследования рака, но усилия по эффективной реализации этих результатов отстают. О причинах развития опухолевых процессов в полости рта имеется достаточное количество информации, чтобы принять активные меры по их профилактике. Существуют множество методов лечения, благодаря которым, по меньшей мере, треть всех больных раком может быть излечена, если их заболевание выявлено на ранней стадии. Хорошо

спланированные национальные усилия, направленные на профилактику и раннее выявление раковых заболеваний могут значительно улучшить существующую ситуацию. Эффективность программ по борьбе с раком должна заключаться в систематическом и поэтапном подходе к оценке текущей ситуации, постановке целей в области здравоохранения, оценке возможных стратегий и расстановке приоритетов с использованием количественных оценок [94, 97, 146].

Как свидетельствуют статистические данные, «в мировой практике на профилактику (в онкологии) выделяется 30,0% финансовых средств, на лечение — 50,0%, на реабилитацию — 20,0%. В то же время в России из средств ОМС на профилактику расходуется 6%, на лечение — 94,0%, на реабилитацию — 0,0%» [96].

Профилактические мероприятия должны проводиться комплексно: на доклиническом и клиническом этапах. Под первичной профилактикой, проводимой на доклинических этапах, понимают мероприятия, направленные на предупреждение возникновения злокачественных новообразований, путем устранения канцерогенных факторов, влияющих на организм и образ жизни человека. Сюда входит: онкогигиеническая, биохимическая, иммунобиологическая, медико-генетическая и эндокринно-возрастная виды профилактики. Целью первичной профилактики является снижение уровня онкологической заболеваемости населения. В теории, возможно, снизить данный показатель на 10,0%. Профилактика злокачественных новообразований на клиническом этапе называется вторичной и включает в себя комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление предопухолевых заболеваний, диагностику онкологических заболеваний. Тем самым повышается эффективность их хирургического (и других видов противоопухолевого) лечения. В осуществлении этого вида профилактики имеет применение цитологических, гистологических, эндоскопических, рентгенологических и других специальных методов обследования [92, 96, 107, 114].

Область медицинской реабилитации в онкологии продолжает развиваться и совершенствоваться вместе с развитием онкологии в целом. Конкретные разработки и возможности реабилитации в будущем будут напрямую зависеть от научных, а также национальных, организационных и финансовых вопросов [96, 146].

Медицинский раздел реабилитации в онкологии продолжает развиваться и совершенствоваться в соответствии с общим развитием онкологической науки в целом. При этом особенности развития и возможностей реабилитации в будущем напрямую зависит от научных, а также общегосударственных, организационных и финансовых проблем.

Функциональные и эстетические нарушения после радикальных оперативных вмешательств, приводят к ограничению жизнедеятельности больного, социальной дезадаптации и социопсихологическим проблемам [13].

Значимым фактором является отсутствие координированного взаимодействия между врачами разных специальностей. Роль каждого специалиста в лечении онкостоматологического больного не определена. Отсутствует слаженная кооперация между врачебными кадрами, и непонятны этапы их подключения на каждом шаге лечения. Часть специалистов не проинформирована о возможностях современной стоматологической помощи по профилактике, лечению и реабилитации пациентов с этой патологией [96, 61].

Поэтому на данный момент вопросы профилактики рака и реабилитации пациентов со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области остаются сложными и малоизученными.

Четкие критерии диспансерного подхода и специальная подготовка врачей-стоматологов по проведению сопроводительной терапии пациентов, перенесших комбинированное или комплексное лечение, могли бы повысить эффективность противоопухолевого лечения.

Одним из этапов реабилитации пациентов является наличие в штате специализированных онкологических диспансеров врача-стоматолога. Он должен знать специфичность изменений в полости рта во время проведения химиолечевой терапии. А также врача-стоматолога ортопеда, который активно участвует в стоматологической реабилитации, направленной на улучшение качества жизни, путем изготовления замещающих и формирующих конструкций челюстно-лицевой области. На сегодняшний день, отсутствуют специализированные стоматологические кабинеты с квалифицированными специалистами для данной категории больных, что приводит

к лечению пациентов в стоматологиях общей сети, где врач не имеет знаний и существенной подготовки в данной области медицины [124].

Последствием хирургического вмешательства на структурах челюстно-лицевой области по поводу злокачественных новообразований является образование серьезных дефектов, которые приводят к нарушению жизненно важных функций, таких как жевание, глотание, дыхание и речь [34, 80, 136]. Радикальные операции приводят к инвалидности, пациенты боятся, что в результате обезображивания они не будут нужны семье, друзьям. Длительное лечение, госпитализация, тяжелая сопутствующая патология, угроза смерти, влияют на психологическое состояние людей, ломают привычную жизнь, меняют личность больного, ставя перед ним проблему адаптации [33, 102].

Приоритетная задача реабилитации онкологических больных — это полное или частичное восстановление утраченных в результате хирургического воздействия функций органа или организма. О комплексном подходе к реабилитации, включающем функциональную, косметическую и психологическую реабилитацию онкологических больных стало известно с 20-го столетия. Главная цель оказания медицинской помощи онкологическим больным — это восстановление или сохранение качества жизни. Под восстановлением подразумевается максимальное приближение всех показателей к нормальному состоянию. Предварительное планирование и последующее проведение радикальных хирургических вмешательств с реконструктивно-восстановительным компонентом для возмещения обширных дефектов дает положительные результаты функциональной и эстетической реабилитации позволяет значительно улучшить качество жизни онкологических больных [13, 56].

Спасительные операции являются своего рода реабилитационными и требуют междисциплинарного подхода к проблеме [34, 37].

Качество восстановительного лечения больных раком слизистой оболочки полости рта определяется не только размером дефекта и связанными с ним функциональными нарушениями, а также эмоционально аффективным состоянием.

Перед психологом стоит задача выявить по возможности психические изменения у этого тяжелейшего контингента больных в период обследования и лечения.

Показатели активного выявления злокачественной онкопатологии в России не соответствуют уровню развития современной медицины. В сфере онкологии требуется проведение специальных скрининговых программ. Высокий процент инвалидности является социальным последствием онкологических заболеваний. Поэтому инвалидность является одним из индикаторов общественного здоровья и требует более тщательного и внимательного изучения. Изучение показателей заболеваемости, смертности и инвалидности населения на региональном уровне необходимо для разработки и проведения целенаправленных мероприятий по ее снижению и профилактике, определения уровня необходимости в реабилитационных мероприятиях [42, 54, 86, 97, 146].

Прогноз и исход заболевания зависят от качества проведенного оперативного вмешательства. Не менее важна реабилитация пациентов для адаптации в социуме и улучшения уровня качества жизни [43, 151].

Кроме того, на эффективность реабилитации влияет показатель активного выявления. Чем раньше выявлено наличие злокачественной опухоли и начато лечение, тем лучше прогнозы на восстановление. По результатам исследований, более молодой возраст пациента, опухоль IV стадии и реконструктивное вмешательство на мягких тканях были предикторами низких показателей эффективности E-Public и N-Diet [148, 123].

Таким образом, заболеваемость злокачественными новообразованиями полости рта с каждым годом растет. На территории Ивановской области показатели заболеваемости превышают показатели по России. Недостаточная санитарно-просветительная работа среди населения, низкий уровень онкоастороженности врачей-стоматологов на амбулаторном приеме может привести к проблемам мирового масштаба.

На возникновение предраковых поражений и злокачественных новообразований полости рта влияет ряд факторов, о которых должен быть осведомлен врач-стоматолог. На первичном амбулаторном приеме необходимо проводить тща-

тельный сбор анамнеза у пациента, оценку факторов риска, внешний и внутриротовой осмотры. Раннее выявление опухолевого процесса позволяет улучшить качество жизни пациентов и повысить их пятилетнюю выживаемость. Причиной запущенности онкопатологии считают низкую медицинскую грамотность населения, сниженную онконастороженность врачей-стоматологов. Ведущие эксперты Европейского общества Медицинской онкологии отмечают ряд проявлений в полости рта при наличии которых необходимо незамедлительно обратиться за помощью к специалисту. Успешность лечения пациента и дальнейший уровень качества жизни напрямую зависят от раннего выявления ЗНО полости рта. Существуют программы направленные на профилактику и раннюю диагностику патологии, но выполняются они далеко не везде.

Показатели активного выявления злокачественной онкопатологии на территории г. Иваново и Ивановской области не соответствуют уровню развития современной медицины и требуют разработки и проведения, специальных скрининговых программ и санитарно-просветительной работы.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

2.1. Дизайн исследования

Работа выполнена на клинических базах кафедры стоматологии №1 (зав. кафедрой д.м.н., доцент Ш.Ф. Джураева) и кафедры стоматологии № 2 (зав. кафедрой д.м.н., доцент М.В. Воробьев) ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России (ректор — д.м.н., доцент И.В. Иванова); ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» — главный врач к.м.н. В.А. Козлов, зав. отделением опухолей головы и шеи № 2 — В.М. Колчанов, являющегося головным учреждением в системе оказания онкологической помощи населению Ивановской области; ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» — глав. врач Д.А. Баранов, «Стоматологический центр КРАНЭКС» — глав. врач Р.И. Шагеев.

Всего обследовано 220 человек. В соответствии с целями и задачами на первом этапе проведено эпидемиологическое исследование (данные 306 историй болезней). Изучены медико-статистические данные Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, проведен анализ данных официальной статистики ОБУЗ ИвООД, учетно-отчетной документации ОБУЗ ИвООД.

На втором этапе проведено социологическое исследование в виде анкетирования и оценки качества жизни с использованием специального стоматологического опросника ОНIP-14.

На третьем этапе проведена оценка стоматологического статуса 220 пациентов.

На четвертом этапе разработан клинический алгоритма-маршрутизации активного поиска патологии СОПР с применением собственной анкеты на online/offline платформах (рисунок 1).



Рисунок 1 — Дизайн исследования

2.2. Общая характеристика исследуемого материала

Ретроспективному исследованию подверглись данные историй болезней 306 больных злокачественными новообразованиями полости рта, проходивших лечение в хирургическом отделении опухолей головы и шеи №2 ОБУЗ ИвООД.

Проведено анкетирование 100 больных ЗНО полости рта и оценка их качества жизни (до оперативного вмешательства), находящихся на лечении в хирургическом отделении опухолей головы и шеи ОБУЗ ИвООД. Также выполнено анкетирование 100 врачей (врачи-стоматологи, зубные врачи) ОБУЗ «Стоматологической поликлиники №1», стоматологический центр «КРАНЭКС» по вопросам онконастороженности, с использованием собственных анкет и стоматологического опросника OHIP-14 (Oral Health Impact Profile).

Проспективно изучено состояние ротовой полости в трех группах обследованных.

I группа — онкобольные. Оценка стоматологического статуса и гигиенического состояния полости рта проводилась у 100 больных, средний возраст которых ($M\pm m$) составил $58,38\pm0,99$ лет.

II группа обследованных — 60 человек, обратившихся в ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» по поводу предопухолевых поражений полости рта, средний возраст которых ($M\pm m$) составил $58,07\pm1,87$ лет.

Контрольная группа — 60 человек, обратившихся в ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» — гл. врач Д.А. Баранов с целью терапевтического лечения заболеваний твердых тканей зубов, средний возраст которых ($M\pm m$) составил $56,63\pm1,78$ лет.

Все обратившиеся проживали в Иваново или Ивановской области и давали информированное согласие на проведение клинических исследований. Клиническое обследование осуществляли на базе ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер» и ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1».

Критерии включения в исследование в I группу:

- 1) наличие онкологической патологии губ, полости рта, челюстей (C00-C05.0, C41.0-C41.1);
- 2) добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании и обработку персональных данных;
- 3) возможность самостоятельно читать и заполнять анкеты.

Критерии исключения:

- 1) добровольный отказ больного от участия в исследовании;
- 2) тяжелое общее соматическое состояние.

Критерии включения во II и контрольную группы: добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании и обработку персональных данных.

Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании.

Анкетирование проводилось в ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», «Стоматологический центр КРАНЭКС» г. Иваново.

Критерии включения в социологическое исследование медицинского персонала: добровольное информированное согласие на анонимное анкетирование.

Критерии исключения: добровольный отказ от анонимного анкетирования.

2.3. Метод фотокопирования

Метод цифрового фотокопирования и архивирования с использованием зеркальной камеры Canon D600, Япония. В работе представлены клинические изображения патологически измененных тканей, фотографии пациентов. Главным преимуществом фотодокументов является комплексное воздействие на различные анализаторы человека, что снижает вероятность потери информации, неизбежной при одноканальном восприятии.

2.4. Методы эпидемиологического исследования

2.4.1. Метод анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований

При изучении показателя заболеваемости анализировали данные, характеризующие распространенность, структуру и динамику зарегистрированных злокачественных новообразований среди населения г. Иваново и Ивановской области с учетом возрастных, половых, территориальных критериев. Были использованы данные учетной документации ОБУЗ ИвООД, а также медико-статистические данные из сборника П.А. Герцена.

2.4.2. Социологический метод изучения уровня знаний по вопросам онконастороженности

Были использованы основные методы сбора информации, входящие в методическую часть программы по социологическим исследованиям. Согласно классификации методов социологических исследований, провели анализ документов, опрос (беседа, анкетирование, интервьюирование) и наблюдение. Анализ документов позволил получить сведения о прошедших событиях, наблюдение за которыми уже невозможно.

2.4.3. Анкетирование пациентов и медицинского персонала

Анкетирование пациентов и свободное интервьюирование с респондентами проводилось по заранее определенному плану. Анкеты, включающие 14 вопросов для больных и 12 вопросов для врачей-стоматологов, позволили дифференцировано по различным социальным характеристикам (пол, возраст, образование, профессия) респондентов отразить уровень их знаний по проблеме раннего выяв-

ления злокачественных новообразований, профилактики онкологической патологии и умению своевременно распознавать предопухолевые состояния.

2.4.4. Оценка выраженности курения по ВОЗ

Для оценки курения как фактора риска используется индекс курильщика (ИК), выраженный в пачках/лет:

ИК (пачка/лет) = (число выкуриваемых сигарет в сутки * стаж курения (годы))/20

Если ИК более 10 «пачка/лет» является достоверным фактором риска развития ХОБЛ и онкологических заболеваний

Показатель «пачка/лет»:

10 «пачка/лет» – безусловный курильщик

>10 «пачка /лет» – достоверный фактор риска развития ХБ, ХОБЛ и онкологии

>25 «пачка/лет» – злостный курильщик

2.4.5. Оценка качества жизни больных

Одной из систем, разработанных для оценки влияния здоровья полости рта на качество жизни, является Oral Health Impact Profile-14 (ОНИР-14). Для данного исследования был выбран ОНИР-14 (Oral Health Impact Profile ОНИР-14-RU), валидированный опросник качества жизни на русском языке. Основной разработчик — G.D. Slade (1997), а его русская версия была использована Г.М. Барером и др. в 2007 г. ОНИР-14 обладает максимальной валидностью, высокой надежностью и простотой использования по сравнению с другими тестами для оценки качества жизни при оказании стоматологической помощи. Анкета отражает данные, необходимые для проведения исследования, и состоит всего из 14 простых вопросов. Каждому вопросу присваивается определенный балл в зависимости от тяжести рассматриваемой проблемы. Все вопросы разделены на три основные категории: проблемы при приеме пищи, проблемы общения и проблемы повседневной жизни (работы и отдыха). Вопросы имеют негативную формули-

ровку и представляют собой индекс, который рассчитывается путем суммирования баллов. Шкала ответов варьируется от 1 до 5 баллов, что соответствует ответам «совсем не часто» и «очень часто», соответственно. Чем больше баллов набирает пациент по опроснику ОНIP-14, тем хуже стоматологические критерии качества жизни пациента [9, 148].

2.5. Методы клинического исследования

2.5.1. Клинико-инструментальные методы изучения стоматологического статуса больных

Стандартный стоматологический осмотр пациента с помощью стоматологических инструментов (зонд, зеркало, пинцет) проводили по следующему алгоритму:

- 1) оценка общего состояния пациента (психологический статус, эмоциональный настрой), объём и правильность движения нижней челюсти, состояние височно-нижнечелюстного сустава, состояние кожи лица, пальпация новообразования и регионарных лимфатических узлов;
- 2) осмотр полости рта: глубина преддверия, состояние уздечек и тяжей, уровень их прикрепления и выраженность, ткани пародонта, состояние слизистой оболочки полости рта (цвет, увлажненность, наличие элементов поражения), зубная формула, прикус, смещение зубов.

2.5.2. Индекс КПУ

Количество кариозных (не вылеченных) зубов, пломбированных (леченых) зубов и удаленных зубов или подлежащих удалению корней зубов составляют показатель интенсивности кариеса (таблица 4).

Интенсивность кариозного процесса у конкретного человека характеризуется суммой КПУ.

$$\text{Интенсивность кариеса} = \frac{\text{сумма КПУ}}{\text{Число обследованных, имеющих кариес}}$$

Рисунок 2 — Расчет интенсивности кариеса

Таблица 4 — Уровни интенсивности кариеса

Уровень интенсивности кариеса	Индекс КПУ
Очень низкий	0,2–1,5
Низкий	1,6–6,2
Средний	6,3–12,7
Высокий	12,8–16,2
Очень высокий	16,3 и выше

2.5.3. Индекс кровоточивости десен

В работе использовали зондовую пробу по Мюллеману [Muhleman H.R., 1971] в модификации Коуэлла [Cowell I.G., 1975].

Кровоточивость определялась следующим образом: с щечной и язычной (небной) сторон в области «зубов Рамфьерда» (1.6, 2.1, 2.4, 3.6, 4.1, 4.4) кончик пародонтального зонда без давления прижимали к стенке зубо-десневой борозды и медленно вели от медиальной к дистальной стороне зуба.

Значение индекса = сумма показателей всех зубов /число зубов.

Оценочная шкала:

0 — нет кровоточивости;

1 — кровоточивость появляется не раньше, чем через 30 сек.;

2 — кровоточивость возникает или сразу после проведения кончиком зонда по стенке бороздки или в пределах 30 сек.;

3 — пациент отмечает кровоточивость при приёме пищи или чистке зубов.

Индексная оценка:

0,1–1,0 — легкое воспаление тканей пародонта;

1,1–2,0 — воспаление тканей пародонта средней степени;

2,1–3,0 — тяжелая степень воспалительных изменений тканей пародонта.

2.5.4. Метод гигиенической оценки состояния полости рта пациентов

Индекс Грина-Вермилльона OHI-S (1964) использовался для оценки гигиены полости рта пациентов. Он используется в качестве индикатора для проверки наличия зубного налета и зубного камня. Осмотр проводился на вестибулярных поверхностях 1.6, 1.1, 2.6, 3.1 и оральных поверхностях 3.6, 4.6.

Критерии оценки наличия зубного налета:

0 — налета нет,

1 — налет занимает менее 1/3 поверхности зуба,

2 — налет занимает от 1/3 до 2/3 поверхности зуба,

3 — налет занимает более 2/3 поверхности зуба.

Он рассчитывается по формуле $DI-S = \sum s/n$

где s — код оценки зубного налета, а n — количество оценок.

Для оценки индекса зубного камня (CI-S) используется зонд.

Критерии оценки наличия зубного камня:

0 — нет зубного камня;

1 — наддесневой зубной камень покрывает 1/3 или менее поверхности зуба;

2 — наддесневой зубной камень покрывает от 1/3 до 2/3 поверхности зуба или отдельные частицы поддесневого зубного камня;

3 — наддесневой зубной камень покрывает более 2/3 поверхности зуба или поддесневой зубной камень.

Индекс зубного камня рассчитывается по формуле $CI-S = \sum s/n$

где s — код оценки зубного камня, а n — количество оценок.

Индекс гигиены OHI-S представляет собой сумму индекса зубного налета (DI-S) и индекса зубного камня (CI-S).

Оценка индекса гигиены:

0,0–0,6 — хорошая гигиена полости рта.

0,7–1,6 — Гигиена полости рта удовлетворительная.

1,7–2,5 — Неудовлетворительная гигиена полости рта.

2,6 и выше — неудовлетворительная гигиена полости рта.

2.6. Методика статистической обработки материала

Обработка статистических данных производилась при помощи табличного процессора (LibreOfficeCalc) и статистического пакета на основе языка программирования R, с привлечением возможностей программы MedCalc 22.023 (Software Ltd). Для сравнения параметрических данных использовали метод проверки t-критерия. Для сравнения непараметрических данных использовали критерий Манна-Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Для сравнения силы корреляционной связи между факторами риска использовали коэффициент корреляции Пирсона с поправкой Йетса. Сравнение двух и более групп по качественным признакам выполнялось по критерию χ^2 Пирсона, по методу Спирмена. Во всех случаях различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p<0,05$. Для количественных признаков в сравниваемых группах производили оценку среднего значения, дисперсии и среднеквадратических (стандартных) ошибок среднего. Исходные статистические данные в тексте представлены как $M\pm m$ и $M\pm\sigma$, где M — среднее, а m — стандартная ошибка среднего, σ — среднеквадратичное отклонение. Качественные признаки в исходных данных представлены абсолютными значениями и относительными величинами. Влияние факторных признаков на возникновение онкологических заболеваний полости рта определялось по операционным характеристикам: чувствительность и специфичность, посредством ROC-анализа. Расчет относительного риска и относительного шанса проводился посредством построения четырехпольной таблицы сопряженности. А именно, исходя из количества исследуемых пациентов, имеющих определенные значения факторного и результативного признаков. Оценка значений 95 % доверительного интервала подтверждает, что уровень значимости взаимосвязей соответствовал $p<0,05$.

ГЛАВА 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПРЕДРАКОВЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕНИЯ г. ИВАНОВО И ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Эпидемиологическая оценка злокачественных новообразований челюстно-лицевой области у населения г. Иваново и Ивановской области

На 2022 год Ивановская область входит в состав Центрального федерального округа Российской Федерации. На северо-западе граничит с Ярославской областью, на севере с Костромской, на востоке с Нижегородской, на юге с Владимирской областью. Областной центр — город Иваново. Площадь оставляет 21 437 км², население — 976 918 человек.

Таблица 5 — Динамика численности населения г. Иваново и Ивановской области с 2010 по 2024 гг.

Годы	Численность населения	Годы	Численность населения
2010	1 061 651	2018	1 014 646
2012	1 054 040	2020	997 135
2014	1 043 130	2022	976 918
2016	1 029 838	2024	Нет данных

Пациенты с выявленными злокачественными новообразованиями ротовой полости достоверно чаще проживали на территории г. Иваново — 190 (62,09%) человек, в Ивановской области — 116 (37,91%) человек ($p < 0,05$), (Рисунок 3).



Рисунок 3 — Распределение заболевших лиц злокачественными новообразованиями полости рта в соответствии с территориальным признаком, %

Характеристика больных по полу и возрасту представлена в таблице 6. Средний возраст пациентов в сравниваемых группах не имел статистически значимых различий ($p>0,05$).

Таблица 6 — Характеристика больных злокачественными новообразованиями губ, полости рта по полу, возрасту диагнозу (абс., %)

Диагноз	Количество пациентов				Возраст			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%	средний, $M \pm \sigma$	min/max значения	средний, $M \pm \sigma$	min/max значения
C00 Рак губы	43	19,81	13	14,61*	$70,95 \pm 11,93$	47/89	$61,69 \pm 13,48$	34/99
C01-C02 Рак языка	82	37,79	52	58,43*	$58,51 \pm 10,52$	28/86	$63,40 \pm 10,11$	33/70
C41.0-C41.1 Рак челюстей	24	11,06	10	11,24*	$45,33 \pm 12,77$	28/66	$60,70 \pm 12,08$	47/71
C03 Рак десны	19	8,76	9	10,11*	$57,91 \pm 7,21$	45/72	$62,33 \pm 10,43$	49/83
C04 Рак дна полости рта	45	20,73	4	4,49*	$58,20 \pm 9,81$	39/84	$61,00 \pm 13,86$	49/73
C05.0 Рак неба (твёрдо- го)	4	1,85	1	1,12*	$56,15 \pm 4,63$	45/80	$54,2 \pm 22,86$	25/72
Всего	217	100	89	100	$58,42 \pm 10,21$	28/89	$61,29 \pm 10,62$	23/90
ИТОГО	217	70,9	89	29,1*	—	—	—	—

Примечание: *значимость отличия показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта женщин и мужчин $p < 0,05$

По данным отдела статистики ОБУЗ Ивановского областного онкологического диспансера, показатели заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований полости рта выглядят следующим образом (таблица 7):

Таблица 7 — Показатели заболеваемости и смертности с 2010 по 2022 гг. по Ивановской области и Российской Федерации

Год	Заболеваемость ЗНО			Смертность от ЗНО		
	Ивановская область		РФ	Ивановская область		РФ
	абс.	на 100 тыс. нас.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	на 100 тыс. нас.
2010	68	6,38	6,36	68	6,38	6,36
2012	76	7,21	5,36*	73	6,94	6,45
2014	82	7,86	5,77*	77	7,4	6,57
2016	81	7,87	5,53*	95	9,25	6,96
2018	110	11,0	5,78*	120	11,89	7,58*
2020	82	8,22	5,65*	90	9,07	6,5*
2022	91	9,31	5,72*	Нет данных	Нет данных	Нет данных

Примечание: * значимость отличия показателей заболеваемости на территории Ивановской области и РФ $p<0,05$.

Несмотря на то, что численность населения Ивановской области с каждым годом снижается (таблица 5), наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями головы и шеи. Исходя, из таблицы 7 показатели заболеваемости ЗНО полости рта по Ивановской области (на 100 тысяч населения) превышают данные показатели по Российской Федерации ($p<0,05$). Показатели смертности от ЗНО по Ивановской области (на 100 тысяч населения) превышают данные показатели по Российской Федерации с 2010 по 2016 гг. ($p=0,01$) и с 2018 по 2020 гг. ($p<0,05$).

В 2010 году показатель заболеваемости и смертности на 100 тыс. населения в Ивановской области составил 6,38% случаев. В 2011 году смертность от ЗНО полости рта превысила заболеваемость, с 2013 по 2015 гг., включительно, заболе-

ваемость от ЗНО полости рта превышала смертность. К 2018 году показатели смертности стремительно выросли, а в 2020 году снизились.

Соотношения показателей заболеваемости и смертности по Ивановскому региону с 2010 по 2020 гг. представлены графически (рисунок 4) и не имели статистически значимых различий с 2010 по 2015 гг. ($p>0,05$). Между показателями отмечается тесная связь с 2016 по 2020 гг.

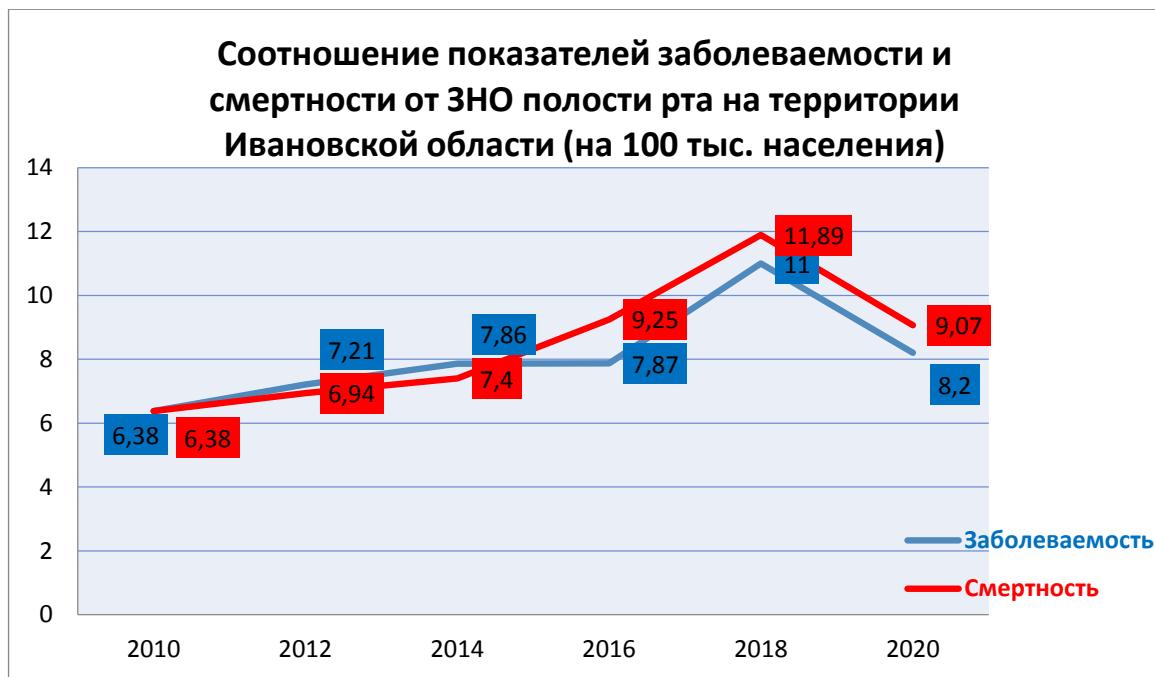


Рисунок 4 — Диаграмма показателей заболеваемости и смертности на 100 тыс. населения от ЗНО полости рта по Ивановской области

Смертность от новообразований по Ивановской области, на сегодняшний день, занимает второе место. С 2018 года отмечен прирост смертельных исходов от новообразований (2018 – 1651 чел.; 2020 – 2090 чел). Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Ивановской области представил оперативные данные без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти (таблица 8).

Таблица 8 — Распределение умерших лиц по основным причинам смерти за 2022 гг.

Причины смерти	Умершие
	2022 г.
Всего умерших от всех причин	15880
<i>В том числе от:</i>	Болезней системы кровообращения
	Новообразований
	Внешних причин

Численность населения города Иваново и области идет на спад (см. таблица 5). По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики снижение численности населения связано со следующими демографическими процессами: уменьшается рождаемость, повышается смертность. Наблюдается отрицательный естественный прирост, то есть происходит убыль населения (таблица 9).

Таблица 9 — Родившиеся и умершие, естественный прирост населения в 2021–2022 гг. на территории Ивановской области

Родившиеся		Умершие		Естественный прирост (+), убыль (-)	
2021	2022	2021	2022	2021	2022
6104	5737	16063	13277	-9959	-7540

Число родившихся уменьшилось на 6,0% в сравнении с 2021 годом, число умерших уменьшилось на 17,3%. Превышение числа умерших над числом родившихся составляет 2,3 раза. Коэффициент рождаемости уменьшился на 5,3%, смертности уменьшился на 16,3%. Кроме представленных в таблице данных, на демографические процессы оказывает влияние миграция населения.

По данным анализа историй болезней, число госпитализированных жителей Ивановской области в ОБУЗ ИвООД по поводу заболеваний ротовой полости за период с 2010 по 2017 годы составило 306 человек (n=306) (Таблица 10).

Таблица 10 — Показатели госпитализации больных в Ивановский областной онкологический диспансер по результатам ретроспективного анализа (абс., %)

Годы	Число больных, госпитализированных в хирургическое отделение опухолей головы и шеи №2 по поводу ЗНО полости рта, губ	
	абс.	%
2010	30	9,8
2011	34	11,1
2012	38	12,4
2013	42	13,7
2014	40	13,1
2015	43	14,1
2016	46	15,0
2017	33	10,8
ИТОГО	306	100

Если рассматривать структуру обращаемости пациентов со злокачественными новообразованиями в хирургическое отделение опухолей головы и шеи №2, можно выделить основные диагнозы C00-C05.0, C41.0-C41.1 согласно МКБ-10 (таблица 11, рисунок 5).

Таблица 11 — Классы C00-C05.0, C41.0-C41.1 по Международной классификации болезней

Код	Диагноз	Код	Диагноз
C00	ЗНО губы	C03	ЗНО десны
C01	ЗНО основания языка	C04	ЗНО дна полости рта
C02	ЗНО других частей языка	C05.0	ЗНО неба
C41.0	ЗНО костей черепа и лица	C41.1	ЗНО нижней челюсти

Структура онкопатологии с 2010 по 2017 гг., исходя из обращений в хирургическое отделение опухолей головы и шеи №2 ОБУЗ ИвООД, выглядит следующим образом (рисунок 5).

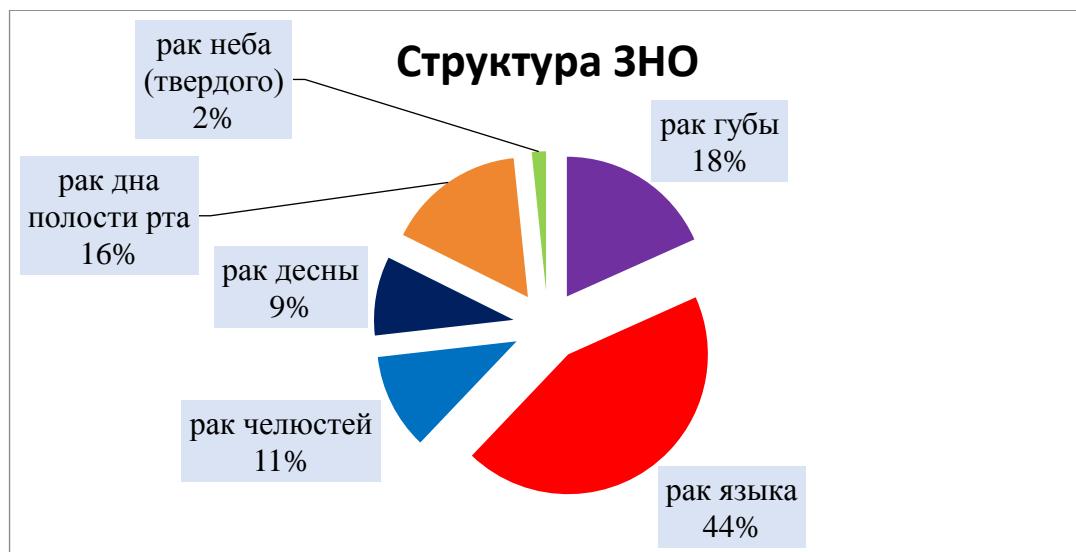


Рисунок 5 — Диаграмма структуры ЗНО больных хирургического отделения головы и шеи №2 ОБУЗ ИвООД с 2010 по 2017 гг.

В структуре заболеваемости ЗНО на первом месте находится рак языка (43,8%), на втором — рак губ (18,3%), на третьем — рак дна полости рта (16,01 %), на четвертом месте рак челюстей (11,1%), на пятом — рак десны (7,93%), на шестом — рак неба (1,64%).

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями губ, полости рта у обследованных пациентов в зависимости от гендерного признака представлена в таблицах 12, 13.

В структуре заболеваемости ЗНО полости рта у мужчин и женщин на первом месте находится рак языка (37,79% и 58,43% соответственно; $p<0,05$), причем у женщин достоверно чаще. У мужчин, в сравнении с женщинами, по частоте встречаемости на втором месте находится рак дна полости рта (20,73% и 4,49% соответственно; $p < 0,05$; $OP = 4,93$; 95% ДИ 1,81–13,42). Независимо от пола рак губы находится на втором месте (19,81% и 14,61% соответственно; $p<0,05$), достоверно чаще встречаясь у мужчин.

Таблица 12 — Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта у обследованных пациентов в зависимости от гендерного признака (абс., %)

Диагноз	Количество пациентов					
	мужчины		женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
C00 Рак губы	43	19,81*	13	14,61	56	18,3
C01-C02 Рак языка	82	37,79*	52	58,43	134	43,8
C41.0-C41.1 Рак челюстей	24	11,06	10	11,24	34	11,1
C03 Рак десны	19	8,76	9	10,11	28	9,15
C04 Рак дна полости рта	45	20,73*	4	4,49	49	16,01
C05.0 Рак неба (твёрдого)	4	1,85	1	1,12	5	1,64
Всего	217	100	89	100	306	100
ИТОГО	217	70,9*	89	29,1	306	100

Примечание: * — значимость отличия показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта женщин и мужчин $p<0,05$.

Частота встречаемости ЗНО челюстей у мужчин находится на четвертом месте (11,06% и 11,24% соответственно; $p>0,05$), а у женщин на третьем. Однако, заболеваемость раком челюстей достоверно выше у мужчин ($p<0,05$). Частота встречаемости ЗНО десны у мужчин и женщин практически одинаковая (8,76% и 10,11% соответственно; $p>0,05$), но в структуре заболеваемости у мужчин занимает пятое место, а у женщин — четвертое. Рак неба (1,85% и 1,12% соответственно;

$p>0,05$) достоверно чаще встречался у мужчин, находясь в структуре заболеваемости ЗНО на шестом месте у лиц мужского и женского пола.

Структура заболеваемости ЗНО губ, полости рта в зависимости от возраста представлена в таблице 13.

Разница в возрастной структуре среди пациентов мужского и женского пола имеет достоверное отличие у онкобольных с морфологически подтвержденным диагнозом рака языка и рака челюстей.

Таблица 13 — Структура заболеваемости ЗНО губ, полости рта в зависимости от пола и возраста пациентов

Диагноз	Возраст	
	мужчины	женщины
	$M \pm \sigma$	$M \pm \sigma$
C00 Рак губы	70,95±11,93	61,69±13,48
C01-C02 Рак языка	58,51±10,52	63,40±10,11*
C41.0-C41.1 Рак челюстей	45,33±12,77	60,70±12,08 *
C03 Рак десны	57,91±7,21	62,33±10,43
C04 Рак дна полости рта	58,20±9,81	61,00±13,86
C05.0 Рак неба (твёрдого)	56,15 ±4,63	54,2±22,86
ИТОГО	58,42±10,21	61,29±10,62

Примечание: * — значимость отличия показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта по возрасту у женщин и мужчин $p<0,05$.

В таблице 14 представлены основные показатели, характеризующие степень распространенности опухолевого процесса на момент постановки диагноза. Почти все описываемые патологии приравниваются к визуальным локализациям опухолевой болезни, которые на III-IV стадии развития процесса считаются запущенными формами злокачественных новообразований.

Среди всех выявленных случаев злокачественных новообразований на первой стадии возникновения заболевания выявлено 16,34% пациентов; на второй стадии — 21,57%; на третьей стадии — 35,62% и на четвертой стадии — 26,47 %.

Таким образом, более 2/3 (62,09%) случаев злокачественных новообразований полости рта выявляли на поздних стадиях онкологического процесса, в то время, как на ранних стадиях, таких пациентов выявляется существенно меньше ($p<0,05$).

Рак губы выявляли преимущественно на ранней стадии развития (76,78%) при $p<0,05$. Рак языка в два раза чаще выявляли в поздней стадии развития, чем в ранней стадии [65,67% и 34,33%; соответственно, ($p<0,05$)]. Рак челюстей (86,11%), рак десны (70,0%), рак дна полости рта (79,59%), рак неба (60,0%), выявляли в большинстве случаев в запущенной стадии развития при $p<0,05$.

Доля пациентов со злокачественными новообразованиями губ, выявленных на первой стадии, была выше, чем у пациентов с другими опухолями. Поэтому локализация патологического процесса его визуализация существенно влияют на сроки его обнаружения. Так, при вовлечении в патологический процесс губ, на первой-второй стадиях злокачественного процесса было выявлено суммарно 76,79% случаев, а на четвертой стадии — 1,79% ($p<0,05$). В большинстве случаев опухоли в других локализациях на первой стадии или не выявлялись (рак челюстей), или выявлялись в единичных случаях. Рак языка, как наиболее частая патология в структуре ЗНО полости рта, на первой стадии был выявлен лишь в 15,67% случаев.

Доля пациентов, выявленных на третьей стадии опухолевого процесса, в два раза превышала долю выявленных на второй стадии и почти в три раза — выявленных на первой стадии.

Для таких локализаций, как рак дна полости рта, рак десны, рак языка, третья стадия опухолевого процесса — это была основная стадия, на которой выявлялись эти заболевания.

Таблица 14 — Стадии ЗНО губ, полости рта, диагностированные у пациентов (абс., %)

Злокачественные новообразования	Стадии выявления пациентов со злокачественными новообразованиями										Σ	Доля в общей структуре		
	I стадия		II стадия		ранняя (I-II стадия)		III стадия		IVстадия					
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%				
Рак губы	24	42,86*	19	33,93*	43	76,78 ^k	12	21,43*	1	1,79	13	23,22	56	18,3
Рак языка	21	15,67*	25	18,66*	46	34,33 ^k	53	39,55*	35	26,12	88	65,67	134	43,8
Рак челюстей	0	0**	5	13,89*	5	13,89 ^k	10	38,89*	17	47,22	31	86,11	34	11,1
Рак десны	1	3,33**	8	26,67*	9	30,0 ^k	12	40*	9	30,0	21	70,0	28	9,15
Рак дна полости рта	3	6,12**	7	14,29*	10	20,41 ^k	22	44,90*	17	34,69	39	79,59	49	16,01
Рак неба(твёрдого)	1	20,0*	2	40,0*	3	60,0 ^k	0	0	2	40,0	2	60,0	5	1,64
Всего	50	16,34	66	21,57	116	37,91	109	35,62	81	26,47	190	62,09	306	100

Примечание: * — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I-II-III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,05$;

** — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I-II-III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,001$;

^k —значимость отличия показателей ранней (I-II) и поздней (III-IV) стадии диагностики ЗНО полости рта, $p<0,05$.

Значительная доля пациентов с опухолями в области полости рта выявлялась на четвертой стадии. При этом, если исключить одного пациента с раком губы, который был выявлен на четвертой стадии, то доля всех остальных локализаций рака, выявленных на четвертой стадии, превышала 25,0%.

При раке челюстей доля пациентов, выявленных на четвертой стадии, достигала – 47,22% ($p<0,05$), на втором месте расположился рак дна полости рта – 34,69% ($p<0,05$).

Доля пациентов с выявленной ранней стадией заболевания (I-II стадия) составила 37,91%, что почти в 2 раза меньше, чем доля пациентов с выявленной поздней стадией заболевания (III-IV стадия) 62,09%, соответственно($p<0,05$).

Выявлены существенные различия в гендерной структуре наблюдаемых на-ми пациентов со злокачественными новообразованиями: на долю мужчин приходилось $70,58\pm3,53\%$ всех случаев рака, женщин — $29,42\pm3,53\%$ ($p<0,05$). Истинные различия в распространенности могут быть еще более существенными, так как меньшая доля женщин, в структуре онкологических пациентов выявлена в условиях превышения в 1,2 раза численности женского населения в Ивановской области, в сравнении с мужским.

Стадии злокачественных новообразований полости рта с распределением по половому признаку представлены в таблицах 15 и 16.

Таблица 15 — Стадии злокачественных новообразований полости рта губ, полости рта, диагностированные у мужчин (абс., %)

Злокачественные новообразования	Стадии выявления пациентов со злокачественными новообразованиями											Всего	
	I стадия		II стадия		ранняя (I–II стадия)		III стадия		IV стадия		поздняя (III–IV стадия)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рак губы	17	39,53*	16	37,21*	33	76,74 ^k	9	20,93*	1	2,32	10	23,25	43
Рак языка	7	8,54*	9	10,98*	16	19,52 ^k	36	43,9**	30	36,58	66	80,48	82
Рак челюстей	0	0*	3	11,54*	3	11,54 ^k	8	30,77*	11	42,31	23	73,08	26
Рак десны	0	0*	3	14,29*	3	14,29 ^k	10	47,62**	8	38,1	18	85,72	21
Рак дна полости рта	3	6,67*	7	15,56*	10	22,23 ^k	20	44,44*	15	33,33	35	77,77	45
Рак неба (твёрдого)	0	0*	2	66,7*	2	66,7 ^k	0	0*	1	33,33	1	33,33	3
Всего	27	12,5*	40	18,52*	67	31,02 ^k	83	38,42**	66	30,56	149	68,98	216

Примечание:

* — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I–II–III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,05$;

** — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I–II–III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,001$;

^k — значимость отличия показателей ранней (I–II) и поздней (III–IV) стадии диагностики ЗНО полости рта, $p<0,05$

Таблица 16 — Злокачественные новообразования в области полости рта, выявленные на различных стадиях у женщин (абс., %)

Злокачественные новообразования	Стадии выявления пациентов со злокачественными новообразованиями											Всего	
	I стадия		II стадия		I-II стадия		III стадия		IV стадия		III-IV стадия		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Рак губы	7	53,85* *	3	23,08*	10	76,93 ^k	3	23,08*	0	0	3	23,08	13
Рак языка	14	26,92*	16	30,77*	30	57,69 ^k	17	32,69*	5	9,62	22	42,31	52
Рак челюстей	0	0**	2	20,0*	2	20,0 ^k	2	20,0*	6	60,0	8	80,0	10
Рак десны	1	11,11	5	55,56*	6	66,67 ^k	2	22,22*	1	11,11	3	33,33	9
Рак дна полости рта	0	0*	0	0*	0	0 ^{***}	2	50,0	2	50,0	4	100,0	4
Рак неба (твёрдого)	1	50,0	0	0	1	50,0	0	0*	1	50,0	3	50,0	2
Всего	23	19,08	26	25,19*	49	44,27 ^k	26	38,17*	15	17,56	41	55,73	90

Примечание:

* — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I-II-III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,05$;

** — значимость отличия показателей диагностики ЗНО полости рта I-II-III стадии с IV стадией заболевания, $p<0,001$;

^k — значимость отличия показателей ранней (I-II) и поздней (III-IV) стадии диагностики ЗНО полости рта, $p<0,05$.

Рак языка (65,67%), рак челюстей (86,11%), рак десны (70,0%), рак дна полости рта (79,59%), рак неба (60,0%) выявляли в большинстве случаев в запущенной стадии развития при $p<0,05$. И только рак губы в три раза чаще выявляли на ранних стадиях развития, чем на поздних стадиях (76,78%; $p<0,05$).

Сроки обнаружения злокачественных новообразований существенно различались у мужчин и женщин. Так, при всех патологических формах (локализациях) количество случаев рака, выявленных на I стадии злокачественного процесса у мужчин составило 12,5% случаев заболевания раком, а у женщин почти вдвое больше — 19,08% ($p<0,05$). Примерно такое же соотношение долей злокачественных новообразований у мужчин и женщин было и при выявлении случаев заболевания раком на II стадии (18,52% и 25,19% соответственно; $p<0,05$). Существенных различий в диагностике злокачественных новообразований на III стадии у мужчин (38,42%) и женщин (44,27%) не было ($p>0,05$). Опухоли полости рта на IV стадии достоверно чаще диагностировали у мужчин (30,56%), в сравнении с женщинами (17,56%; $p<0,05$) (Таблица 16).

Запущенные формы злокачественных новообразований рак языка, рак челюстей, рак дна полости рта (IV стадия) достоверно чаще диагностировали у мужчин в сравнении с женщинами — (22,38% и 3,73%; 32,35% и 17,6%; 30,61% и 4,08%, соответственно) ($p<0,05$ для всех показателей) (таблица 16, 17).

Рак языка, как доминирующая локализация злокачественных новообразований у женщин, у этой категории пациентов выявлялся преимущественно на ранних стадиях. Рак языка у женщин (57,69%) достоверно чаще диагностировали на ранней стадии, чем у мужчин (19,52%; $p<0,05$). Рак языка доминировал и у мужчин, преимущественно выявлялся на поздней стадии (80,48%; $p<0,05$). Второй доминирующей локализацией рака у мужчин являются злокачественные новообразования дна полости рта, выявляются, преимущественно, как и у лиц женского пола на поздней стадии (77,77% и 100,0%, соответственно; $p<0,001$).

Большинство случаев злокачественного новообразования губы у мужчин и женщин диагностировали на ранней стадии — на первой стадии (42,86%) и на второй стадии опухолевого процесса (33,93%).

Рак дна полости рта в 100% случаев у женщин выявлялся на III–IV стадии развития.

Далее мы изучили основные жалобы, которые предъявляли пациенты со злокачественными новообразованиями во время амбулаторных визитов. Анализ данных, представленных в таблице 17, показывает, что, за исключением карциномы твердого нёба, основной жалобой в остальных случаях была припухлость или опухолевидное образование в полости рта или окружающих тканях. В среднем 79,0% пациентов жаловались на развитие припухлостей.

Таблица 17 — Наиболее часто встречающиеся жалобы пациентов, в зависимости от диагноза (абс., %)

Злокачественные новообразования	Основные жалобы						Всего пациентов	
	припухлость (опухоль) определенной локализации		боль в полости рта, в челюстно-лицевой зоне		увеличение лимфатических узлов шеи			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Рак языка	102	76,12	12	8,96	20	14,93	134	
Рак губ	48	85,71	1	1,79	7	12,5	56	
Рак десны	23	76,67	3	10,0	4	13,33	28	
Рак дна полости рта	42	77,78	5	9,26	7	12,96	54	
Рак челюстей	22	64,71	14	41,18	0	0	34	
Рак неба (твердого)	4	80,0	2	40,0	0	0	5	
Всего	241	78,7	37	12,1	48	15,7	306	

Только в случае рака челюсти и твердого неба (41,18% и 40,0%; соответственно) пациенты жаловались на боль чаще, увеличение лимфатических узлов не отмечали совсем.

В целом, на увеличение количества пораженных лимфатических узлов и болевой синдром жаловалось меньше пациентов (15,7% и 12,1%, соответственно), чем на болевой синдром (78,7%).

Сопоставляя сроки обращения пациентов за помощью в ОБУЗ ИвООД, и выявления злокачественных новообразований полости рта, следует подчеркнуть, что в течение анализируемого периода (2010–2017 гг.) жалобы пациентов на припухлость, боль и увеличенные регионарные лимфатические узлы были неубедительными симптомами возможной опухоли полости рта, как для пациентов, так и для медицинских работников. В результате 62,09% опухолей были обнаружены в запущенной стадии развития (III–IV стадии). Эти жалобы и симптомы должны стать предметом совершенствования профессионального образования медицинских работников, к которым приходят пациенты. Прежде всего, стоматологи — это профессионалы, которые постоянно занимаются здоровьем полости рта своих пациентов. Основные жалобы пациентов с обнаруженным в полости рта злокачественным процессом, выявленные в данном исследовании, должны послужить основой для проведения информационно-образовательных мероприятий для населения. Если стоматолог у пациента или пациент самостоятельно обнаруживает ранние симптомы, такие как опухоль, боль или лимфаденопатия, следует немедленно обратиться к онкологу за консультацией.

Клиническому обследованию подверглись 3 группы пациентов. Характеристика обследованных групп пациентов представлена в таблицах 18,19.

Средний возраст пациентов обследованных групп сопоставим (I группа — $58,38 \pm 0,99$ лет; II группа — $58,07 \pm 1,87$ лет; контрольная группа — $56,63 \pm 1,78$; $p > 0,05$). Наибольшая заболеваемость ЗНО полости рта в возрасте с 45 года до 75 лет, причем максимальная — в возрасте от 45 до 60 лет.

Таблица 18 — Распределение пациентов в зависимости от возрастного периода (ВОЗ) в обследованных группах (абс., %)

Возраст (годы)	I группа		II группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Молодость (18-44)	6	6,0*k	13	21,67	12	20,0
Средний возраст (45-60)	53	53,0*k	23	38,33	26	43,33
Пожилой возраст (61-75)	37	37,0*k	17	28,33	17	28,33
Старческий период (76-90)	4	4,0	7	11,67	5	8,34
Всего	100	100,0	60	100,0	60	100,0
$M \pm m$	$58,38 \pm 0,99$		$58,07 \pm 1,87$		$56,63 \pm 1,78$	
Примечания: (1) использован точный тест Фишера с поправкой Сидак; (2) * — статистическая значимость отличия показателей с контрольной группой; (3) k — статистическая значимость отличия показателей I и II групп.						

Вредную привычку в виде курения (ИК >10 «пачка-лет») достоверно чаще имели пациенты со ЗНО полости рта (I группа — 17 чел., (17 %); II группа — 5 чел. (8,33 %); контрольная группа — 6 чел. (10 %); $p_{I-K.gr.} < 0,05$; $p_{I-II} < 0,05$).

Таблица 19 — Распределение пациентов I группы в зависимости от диагноза (абс., %)

Диагноз	I группа	
	абс.	%
C00 Рак губы	14	14,0
C01-C02 Рак языка	34	34,0
C41.0-C41.1 Рак челюстей	9	9,0
C03 Рак десны	16	16,0
C04 Рак дна полости рта	21	21,0
C05.0 Рак неба (твёрдого)	6	6,0
Всего	100	100,0

3.2. Эпидемиологическая оценка предопухолевых поражений полости рта у населения г. Иваново и Ивановской области

В период с 2016 по 2019 годы на базе ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Иваново проведен консультативный прием 60 пациентов.

II группу составили 28 мужчин (46,6%) и 32 женщины (53,3%), средний возраст которых составил ($M \pm m$) — $58,07 \pm 1,87$ лет. На основании клинических методов исследования у 20 человек диагностирована лейкоплакия, у 25 — красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, у 7 хроническая трещина нижней губы, у 1 — кератоакантома, у 7 — папиллома (рисунок 6). На сегодняшний день, согласно клиническим рекомендациям по плоскоклеточному раку кожи (ПКРК), утверждено, что кератоакантома и болезнь Боуэна относятся к формам ПКРК. Протокол от «01» февраля 2020г. №1/ЗП/2020 [35].

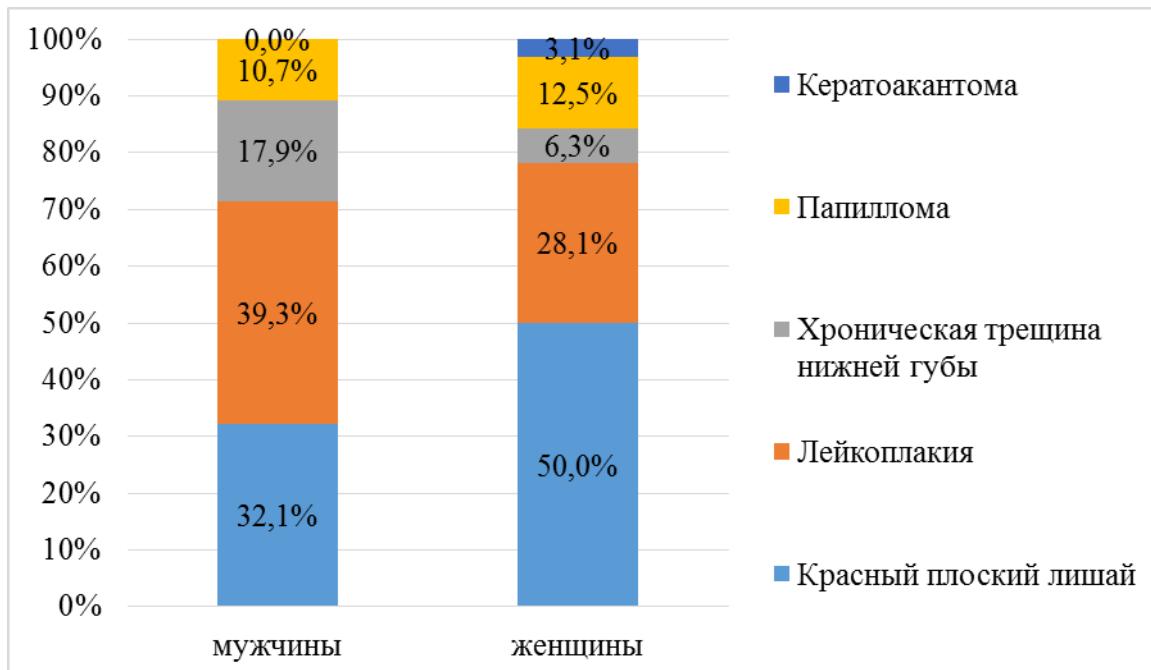


Рисунок 6 — Структура предопухолевых поражений полости рта у обращавшихся в ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1»

На базе Ивановского областного онкологического диспансера (ИвООД) в соответствии с описательно-оценочными методами эпидемиологического иссле-

дования проводился ретроспективный эпидемиологический анализ (РЭА) заболеваемости (инцидентности) по данным историй болезней хирургического отделения головы и шеи за период с 2010 по 2017 годы.

Так, с выделенными нами у пациентов предопухолевыми и фоновыми поражениями слизистой оболочки полости рта и губ в онкологическом диспансере проходили хирургическое лечение 48 пациентов (54,2% — женщин и 45,8% — мужчин).

В хирургическом отделении проходили лечение 4 пациента из них 1 женщина, средний возраст $76 \pm 1,2$ лет. Диагноз: хроническая язва нижней губы. Из анамнеза: обращались за помощью по месту жительства, применяли мазевое лечение в срок от 6 месяцев до 10 лет, без определенного эффекта. На базе онкодиспансера проведено иссечение некротизированных тканей.

Гистологически:

- 1) хроническая язва, акантоз эпителия в краях, дефект кожи с язвой 0,5 см, дно чистое;
- 2) опухолевидное образование размером $0,7 \times 0,9$ см с эрозией, фрагменты тканей с хроническим воспалением, изъязвлением и акантозом эпителия;
- 3) опухоль диаметром 1 см серого цвета с изъязвлением;
- 4) хроническая язва с псевдокарциноматозной гиперплазией эпителия в краях.

С диагнозом: лейкоплакия обращались за помощью 2 мужчины и 2 женщины. Из анамнеза: за помощью не обращались в течение 1–2 лет. На базе онкодиспансера проведено иссечение лейкоплакии в пределах здоровых тканей. Объективно: на боковой поверхности языка слева экзофитная опухоль размером $3,5 \times 1,5$ см с белесоватой поверхностью, безболезненная на широком основании, с папилломатозной поверхностью. Гистологически: бородавчатая лейкоплакия с тяжелой дисплазией.

С диагнозом кератоакантома лечение проходили 7 мужчин и 2 женщины. Из анамнеза: за помощью не обращались в течение 3 месяцев – 1 года. На базе онкодиспансера проведено иссечение опухоли в пределах здоровых тканей/ трапециевидная резекция нижней губы. Объективно: чаще всего на красной кайме нижней губы опухоль до 1,0–2 см в диаметре с белесоватой поверхностью и изъ-

язвлением в центре, либо серовато-розового цвета неправильной формы. Гистологически: кератоакантома.

С диагнозом папиллома (кончика или спинки языка, слизистой оболочки щек, нижней губы) обращались за помощью 30 человек (70% — женщин и 30% — мужчин). Из анамнеза: за помощью не обращались в течение 6 месяцев — 10 лет или лечились у стоматолога по месту жительства без эффекта более 3 лет. На базе онкодиспансера проведено иссечение опухоли в пределах здоровых тканей. Объективно: экзофитная опухоль белесоватого или розового цвета/ опухолевидное образование 0,5 мм и более в диаметре. Гистологически: папиллома.

ГЛАВА 4. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПОЛОСТИ РТА. ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

4.1. Стоматологический статус и гигиеническая характеристика пациентов с предраковыми и злокачественными новообразованиями полости рта

Пациентам обследованных групп была выполнена оценка стоматологического статуса, гигиеническая характеристика состояния полости рта (рисунок 20).

Таблица 20 — Уровень гигиены полости рта у пациентов обследованных групп (абс., %)

Уровень гигиены полости рта		I группа		II группа		Контрольная группа	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	хороший (0–0,6)	6	11,1	8	28,6	14	50,0
	удовлетворительный (0,7–1,6)	18	33,3	12	42,9	8	28,6
	неудовлетворительный (1,7–2,5)	20	37,0	5	17,9	4	14,3
	плохой (2,6 и более)	10	18,5	3	10,7	2	7,1
	Всего	54	100,0	28	100,0	28	100,0
Женщины	хороший (0–0,6)	9	19,6	14	43,8	17	53,1
	удовлетворительный (0,7–1,6)	18	39,1	10	31,3	11	34,4
	неудовлетворительный (1,7–2,5)	12	26,1	7	21,9	3	9,4
	плохой (2,6 и более)	7	15,2	1	3,1	1	3,1
	Всего	46	100,0	32	100,0	32	100,0
Оба пола	хороший (0–0,6)	15	15,0	22	36,7	31	51,7
	удовлетворительный (0,7–1,6)	36	36,0	22	36,7	19	31,7
	неудовлетворительный (1,7–2,5)	32	32,0	12	20,0	7	11,7
	плохой (2,6 и более)	17	17,0	4	6,7	3	5,0
	Всего	100	100,0	60	100,0	60	100,0

Хороший уровень гигиены полости рта диагностирован у каждого второго пациента контрольной группы (I группа — 15,0%; II группа — 36,67%; контрольная группа — 51,67%). Удовлетворительный уровень гигиены полости рта был выявлен у каждого третьего пациента во всех группах (36,0%; 36,67% и 31,67%), неудовлетворительный у 32,0%; 20,0% и 11,67% соответственно, а плохой уровень — у 17,0%; 6,67% и 5,0%.

По сравнению с пациентами контрольной группы и мужчины, и женщины I группы имели худший уровень гигиены полости рта, в основном за счёт меньшей доли лиц с хорошим уровнем. Данные различия были статистически значимыми для лиц обоего пола ($p<0,001$), мужчин ($p=0,0012$) и женщин ($p=0,0077$).

Гигиена полости рта всех пациентов I группы, безотносительно к полу, оказалась хуже, чем таковая во второй группе, также, в основном, за счёт меньшей доли больных с хорошим уровнем. При этом, данные различия были статистически значимы ($p=0,0062$), однако среди мужчин и женщин по отдельности различия не достигали степени статистической значимости ($p=0,0875$ и $p=0,0842$ соответственно).

В рамках концепции факторов риска злокачественных заболеваний полости рта нами были проведены расчёты взаимосвязей между потенциальными факторами риска и фактом развития заболевания. Дизайн исследования позволял сделать это через отношения шансов.

Так, шансы развития опухолей полости рта при наличии неудовлетворительного уровня гигиены полости рта выше в 3,5 раза (ОШ = 3,56 с 95% ДИ от 1,39 до 10,26). Таковые при плохом уровне больше почти в 4 раза (ОШ = 3,89 с 95% ДИ от 1,05 до 21,52), а при неудовлетворительном или плохом — в 4,8 раза (ОШ = 4,80 с 95% ДИ от 2,09 до 11,73).

Данные анализа представлены на рисунке 7.

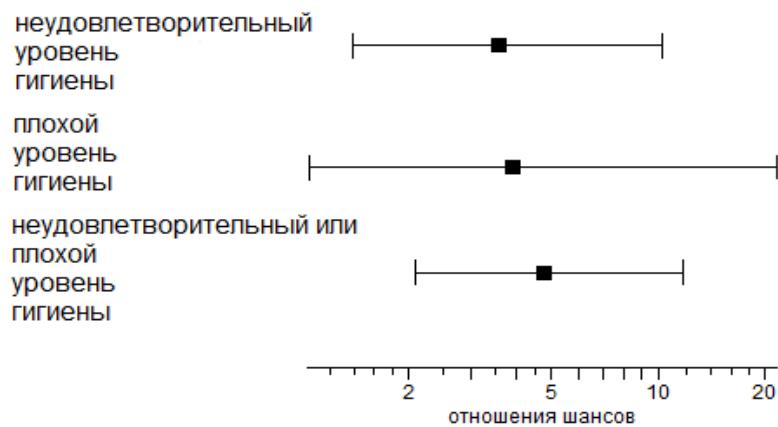


Рисунок 7 — Отношения шансов развития злокачественной опухоли полости рта при наличии неудовлетворительного или плохого уровня его гигиены

Результаты наших исследований подтвердили несоблюдение основных правил гигиены полости рта, обследованных пациентов (рисунок 8).



Рисунок 8 — Неудовлетворительная гигиена полости рта обследованных онкологических больных стоматологического профиля

Кровоточивость десен представлена в таблице 21.

Таблица 21 — Распределение пациентов по степени кровоточивости дёсен (абс., %)

Кровоточивость дёсен	I группа		II группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I степень	50	50,0	46	76,7	53	88,3
II степень	42	42,0	9	15,0	6	10,0
III степень	8	8,0	5	8,3	1	1,7
Всего	100	100,0	60	100,0	60	100,0

Примечание: использован точный тест Фишера с апостериорным анализом поправленных остатков

Кровоточивость десен первой степени значимо чаще диагностирована у пациентов II группы и группы контроля (I группа — 50,0%; II группа — 76,67%; контрольная группа — 88,33%). Кровоточивость второй степени выявлена в 42,0%; 15,0% и 10,0 % случаев, соответственно, а третьей степени — в 8,0%; 8,33% и 1,67%).

В целом различия пациенты первой группы оказались самыми неблагополучными в отношении кровоточивости дёсен. При этом, различия в распределениях были статистически значимыми, как между I и II группами, так и между I и контрольной ($p<0,001$).

Анализ данных таблицы показал, что пациенты I группы значительно чаще страдают от кровоточивости дёсен II–III степени, чем люди из контрольной группы. Этот факт послужил основанием для вычисления отношения шансов как меры взаимосвязи.

Пациенты со II–III степенью кровоточивости имеют в 7,5 раз большие шансы заболеть злокачественными опухолями полости рта, чем с I степенью (ОШ = 7,57 с 95% ДИ от 3,00 до 21,42).

В результате осмотра ротовой полости выявлены факторы, усугубляющие течение патологических процессов в полости рта (таблица 22).

Таблица 22 — Состояние зубов у пациентов обследованных групп (абс., %)

Факторы	I группа (n = 100)		II группа (n = 60)		Контрольная группа (n = 60)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Острые края разрушенных зубов	62*	62,0	21**	35,0	15**	25,0
Некачественно изготовленные протезы	15	15,0	9	15,0	6	10,0
Примечание: (1) использован точный тест Фишера с поправкой Сидак; (2) наличие одинаковых индексов (*) или (**) в двух любых ячейках одной строки говорит об отсутствии статистической значимости различий между значениями в этих ячейках.						

Острые края разрушенных зубов в полости рта достоверно чаще диагностировали у пациентов I и II обследованных групп (62,0%; 35,0%; 25,0% соответственно; $p<0,001$). Взаимосвязь между принадлежностью к одной из групп исследования и наличием некачественно изготовленных протезов не была статистически значимой ($p = 0,654$) Таким образом, наличие острых краев разрушенных зубов увеличивает шансы возникновения злокачественных новообразований полости рта почти в 5 раз (ОШ = 4,89 с 95% ДИ от 2,29 до 10,71).

Таким образом, шанс возникновения рака дна полости рта (4,93) в разы повышается у мужчин, факторами риска возникновения ЗНО органов полости рта являются кровоточивость десен II–III степени (7,57), плохой (3,89) или неудовлетворительный (3,56) уровень гигиены полости рта, разрушенные зубы (4,89) (Рисунок 9).



Рисунок 9 — Изменения слизистой оболочки языка под воздействием механического фактора

В последнее время, большое внимание уделяется травмированию слизистой оболочки полости рта в процессе ортодонтического лечения (рисунки 10, 11). Раздражение эпителиальных тканей может привести к патологическим процессам в покровном эпителии, таким как гиперкератоз, паракератоз, дискератоз, акантоз и др. Стоматологический статус пациентов влияет на развитие воспалительных и патологических процессов в полости рта. Такие фоновые состояния, как неудовлетворительная гигиена полости рта, острые края разрушенных зубов, некачественно изготовленные ортопедические и ортодонтические конструкции и реставрации играют важную роль для стоматологического здоровья ротовой полости.



Рисунок 10 — Изменения слизистой оболочки полости рта под воздействием ортодонтической съемной аппаратуры

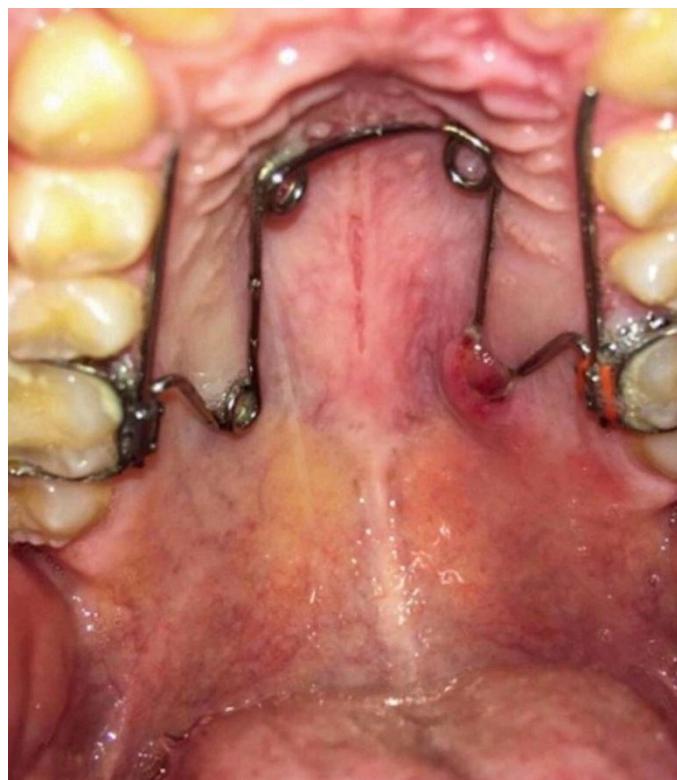


Рисунок 11 — Изменения слизистой оболочки полости рта под воздействием ортодонтической несъемной аппаратуры (аппарат Quad-Helix)

Врачи-стоматологи должны разъяснять пациентам о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта 1 раз в 6 месяцев и профилактических осмотров с целью санации ротовой полости (рисунок 8).

В ходе исследования мы отметили несколько пациентов (8 человек), которые находились на этапе ортодонтического лечения. Части ортодонтических конструкций, несмотря на их обтекаемые формы, могут привести к повреждениям слизистой оболочки полости рта (рисунки 10, 11).

Ортодонтическое лечение чаще всего довольно долгое (брекет-система, каркасные аппараты, пластиночные аппараты, губной бампер, небный расширитель и т.д.), а длительное раздражение эпителиальных тканей может привести к хронизации процесса. Брекеты из-за своей конструкции могут «натирать» слизистую оболочку полости рта, металлические лигатуры, кончики дуги могут «колоть» одни и те же участки СОПР. При гипертонусе круговой мышцы рта и использовании у таких пациентов длительное время губного бампера может трав-

мироваться слизистая оболочка нижней и верхней губ. Внутриротовые дуговые аппараты для верхней челюсти (напр. Quad-Helix, рисунок 11) могут врастать в слизистую оболочку и травмировать твердое нёбо. Длительное давление базиса пластиночных аппаратов может приводить к повреждению слизистой оболочки полости рта.

Тщательная коррекция базиса ортодонтических аппаратов, использование ортодонтического воска для снятия дискомфорта при ношении брекет-системы, качественное изготовление аппаратов зубным техником и умелая припасовка дуг и аппаратов врачом-ортодонтом в полости рта поможет избежать нежелательных повреждений слизистой оболочки в полости рта.

Устранение травмирующего фактора, как правило, приводит к заживлению язвы через 5–6 дней.

Своевременная санация полости рта, соблюдение индивидуальной гигиены полости рта, качественно изготовленные протезы и ортодонтические аппараты позволяют значительно снизить риск развития предраковых поражений полости рта.

Показатели интенсивности и распространенности кариеса у обследованных пациентов представлены ниже (таблица 23).

Таблица 23 — Интенсивность кариеса у пациентов обследованных групп (индекс КПУ) ($M \pm m$)

Составляющие показатели КПУ	I группа n = 100		II группа n = 60		Контрольная группа n = 60	
	муж.	жен.	муж.	жен.	муж.	жен.
К — кариозные зубы	6,22 ± 0,22 **kk	5,15 ± 0,16 **kk	4,93 ± 0,13 **	3,93 ± 0,15	3,32 ± 0,18	3,06 ± 0,09
	5,73 ± 0,15**kk		4,40 ± 0,12**		3,18 ± 0,09	
П — пломбированные зубы	7,11 ± 0,29 **kk	6,13 ± 0,19 **k	5,71 ± 0,19 *	4,87 ± 0,11 *	5,21 ± 0,17	3,91 ± 0,15
	6,66 ± 0,18**kk		5,27 ± 0,12**		4,52 ± 0,14	
У — удаленные зубы	6,52 ± 0,24 **kk	5,52 ± 0,17 **k	4,93 ± 0,14 **	4,37 ± 0,17 *	3,96 ± 0,21	3,28 ± 0,10
	6,06 ± 0,16**kk		4,63 ± 0,12**		3,60 ± 0,12	

Продолжение таблицы 23

Интенсивность кариеса	$19,85 \pm 0,33$ **kk	$16,80 \pm 0,29$ **kk	$15,57 \pm 0,27$ **	$13,19 \pm 0,34$ **	$12,5 \pm 0,39$	$10,25 \pm 0,15$
	$18,45 \pm 0,27$ **kk				$14,30 \pm 0,27$ **	$11,30 \pm 0,25$

Примечание:
* — значимость отличия показателей с контрольной группой $p<0,05$;
** — значимость отличия показателей с контрольной группой $p<0,001$;
k — значимость отличия показателей между I и II группами $p<0,05$;
kk — значимость отличия показателей между I и II группами $p<0,001$.

Распространенность кариеса у пациентов I группы составила: 94,0% у мужчин и 87,0% у женщин; во II группе у пациентов с предопухолевыми поражениями составила: 89,0% у мужчин и 84,0% у женщин. У контрольной группы пациентов, обращавшихся за терапевтическим лечением по поводу кариеса, принятых за условно здоровых лиц в отношении онкопатологии полости рта, распространенность кариеса составила 100,0% как у лиц мужского, так и у лиц женского пола.

В результате осмотра пациентов обследованных групп количество кариозных зубов достоверно выше у больных ЗНО полости рта в сравнении с предраковыми заболеваниями и группой контроля (I группа — $5,73 \pm 0,15$; II группа — $4,40 \pm 0,12$; контрольная группа — $3,18 \pm 0,09$), как среди мужчин ($6,22 \pm 0,22$; $4,93 \pm 0,13$; $3,32 \pm 0,18$ соответственно), так и среди женщин ($5,15 \pm 0,16$; $3,93 \pm 0,15$; $3,06 \pm 0,09$), ($p<0,001$ для всех показателей).

Пломбированные зубы достоверно чаще выявляли у пациентов I группы ($6,66 \pm 0,18$; $5,27 \pm 0,12$; $4,52 \pm 0,14$ соответственно), как среди мужчин ($7,11 \pm 0,29$; $5,71 \pm 0,19$; $5,21 \pm 0,17$ соответственно), так и среди женщин ($6,13 \pm 0,19$; $4,87 \pm 0,11$; $3,91 \pm 0,15$) ($p<0,001$ для всех показателей).

У больных со ЗНО полости рта достоверно чаще выявляли удаленные зубы ($6,06 \pm 0,16$; $4,63 \pm 0,12$; $3,60 \pm 0,12$), как среди мужчин ($6,52 \pm 0,24$; $4,93 \pm 0,14$; $3,96 \pm 0,21$), так и среди женщин ($5,52 \pm 0,17$; $4,37 \pm 0,17$; $3,28 \pm 0,10$) (для всех показателей $p<0,001$).

Интенсивность кариеса, оцениваемая по индексу КПУ достоверно выше была в группе пациентов со ЗНО полости рта ($18,45 \pm 0,27$) в сравнении с группой пациентов с предраковыми заболеваниями полости рта ($14,30 \pm 0,27$) и группой контроля

($11,30 \pm 0,25$), как у мужчин ($19,85 \pm 0,33$; $15,57 \pm 0,27$; $12,5 \pm 0,39$), так и у женщин ($16,80 \pm 0,29$; $13,19 \pm 0,34$; $10,25 \pm 0,15$) ($p < 0,001$ для всех показателей).

По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель интенсивности кариеса у обследованных мужчин и женщин в первой группе: $19,85 \pm 0,33$ и $16,80 \pm 0,29$ соответствовал очень высокому уровню интенсивности кариеса; во второй группе $15,57 \pm 0,27$ и $13,19 \pm 0,34$ соответственно — высокий уровень интенсивности кариеса; в контрольной группе показатели составили $12,5 \pm 0,39$ и $10,25 \pm 0,15$ соответственно — средний уровень интенсивности кариеса.

Таким образом, шансы развития опухолей полости рта при наличии неудовлетворительного уровня гигиены полости рта выше в 3,5 раза ($ОШ = 3,56$ с 95% ДИ от 1,39 до 10,26). Таковые при плохом уровне больше почти в 4 раза ($ОШ = 3,89$ с 95% ДИ от 1,05 до 21,52), а при неудовлетворительном или плохом — в 4,8 раза ($ОШ = 4,80$ с 95% ДИ от 2,09 до 11,73). Пациенты со II–III степенью кровоточивости имеют в 7,5 раз большие шансы заболеть злокачественными опухолями полости рта, чем — с I степенью ($ОШ = 7,57$ с 95% ДИ от 3,00 до 21,42). Наличие острых краев разрушенных зубов увеличивает шансы возникновения злокачественных новообразований полости рта почти в 5 раз ($ОШ = 4,89$ с 95% ДИ от 2,29 до 10,71).

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки кариозных зубов разработаны дополнительные диагностические критерии риска развития предраковых заболеваний полости рта. Так, при показателе кариозных зубов равном 3 усл. ед. или более повышается вероятность возникновения предраковых заболеваний полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 85,0; 75,0 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,836 (рисунок 12).

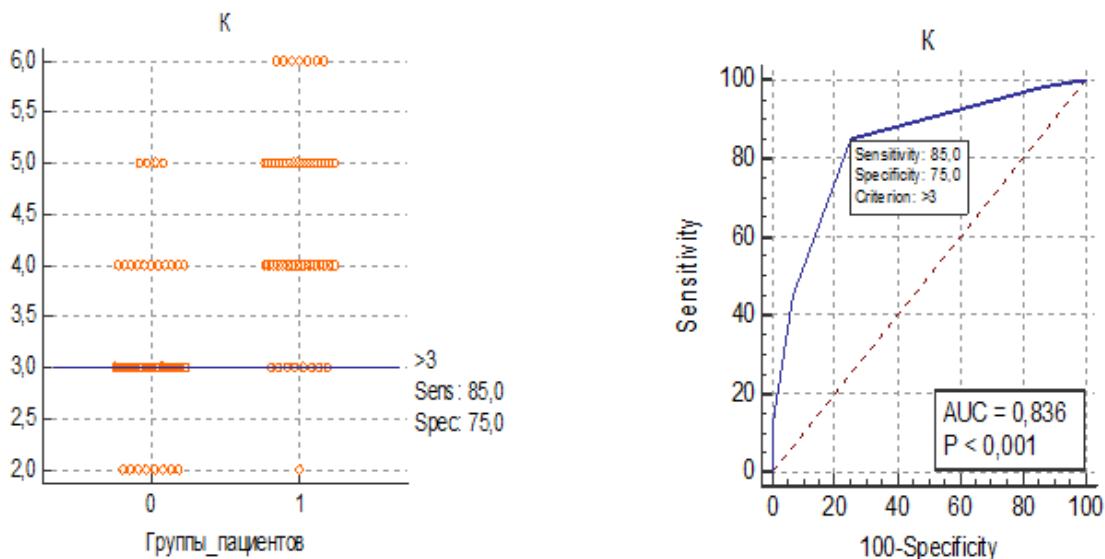


Рисунок 12 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя кариозных зубов у пациентов с предраковыми заболеваниями полости рта (1) и практически здоровых (0)

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки кариозных зубов разработаны дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта. Так, при показателе кариозных зубов равном 4 усл. ед. или более повышается вероятность возникновения рака полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 82,0; 93,3 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,942 (рисунок 13).

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки удаленных зубов разработаны дополнительные диагностические критерии риска развития предраковых заболеваний полости рта. Так, при показателе удаленных зубов равном 4 усл. ед. или более повышается вероятность развития предраковых заболеваний полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 61,7; 86,7 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,781 (рисунок 14).

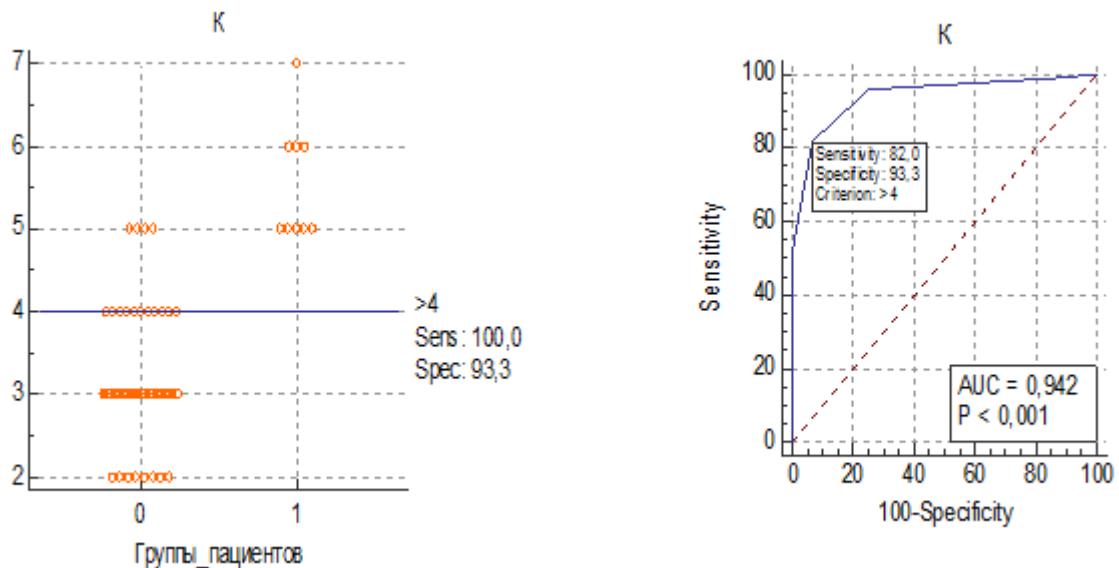


Рисунок 13 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя кариозные зубы у пациентов со ЗНО полости рта (1) и практически здоровых (0)

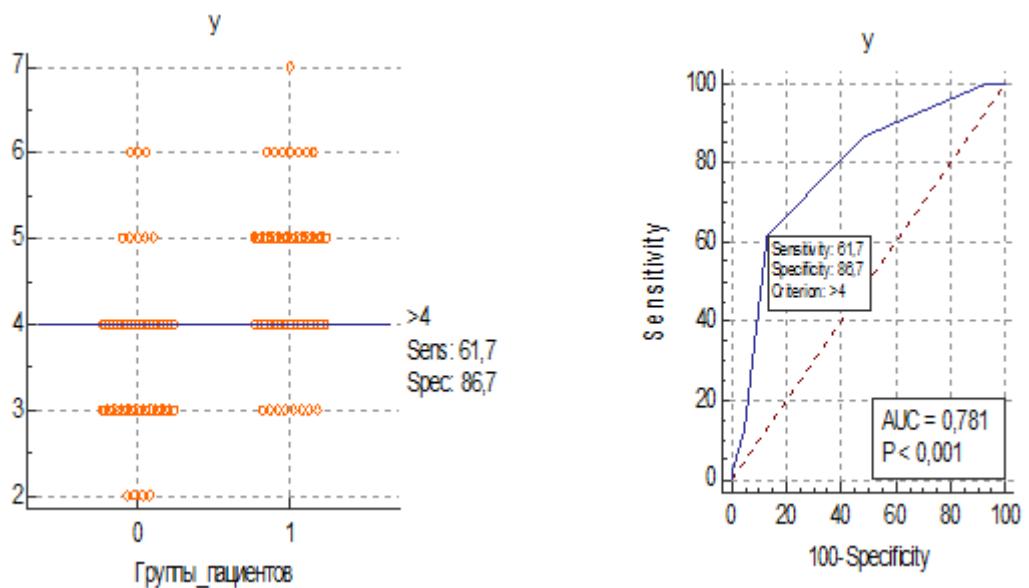


Рисунок 14 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя удаленных зубов у пациентов с предраковыми заболеваниями полости рта (1) и практически здоровых (0)

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки удаленных зубов разработаны дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта. Так, при показателе удаленных зубов равном 4 усл. ед. или более повышается вероятность диагностики рака полости рта. По результа-

там ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 91,0; 86,7 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,926 (рисунок 15).

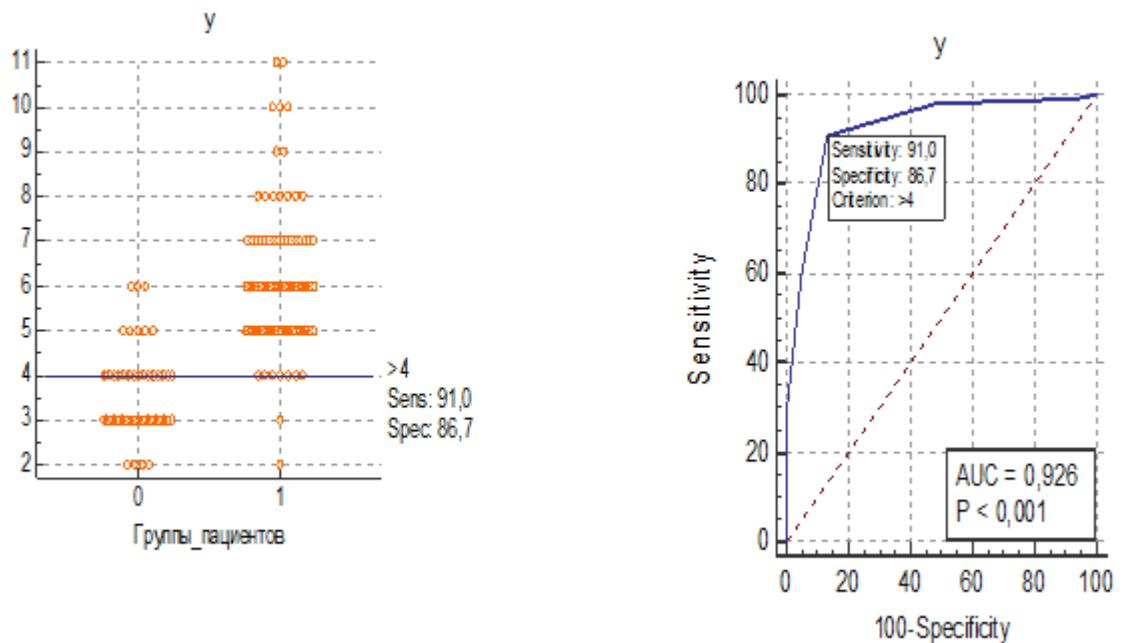


Рисунок 15 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя удаленных зубов у пациентов со ЗНО полости рта (1) и практически здоровых (0)

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки показателя пломбированные зубы разработаны дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта. Так, при показателе пломбированные зубы равном 5 усл. ед. или более повышается вероятность возникновения рака полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 71,0; 81,7 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,851 (рисунок 16).

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки кариозных зубов разработаны дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта. Так, при показателе индекса КПУ равном 14 усл. ед. или более повышается вероятность возникновения рака полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 94,0; 91,7 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,980 (рисунок 17).

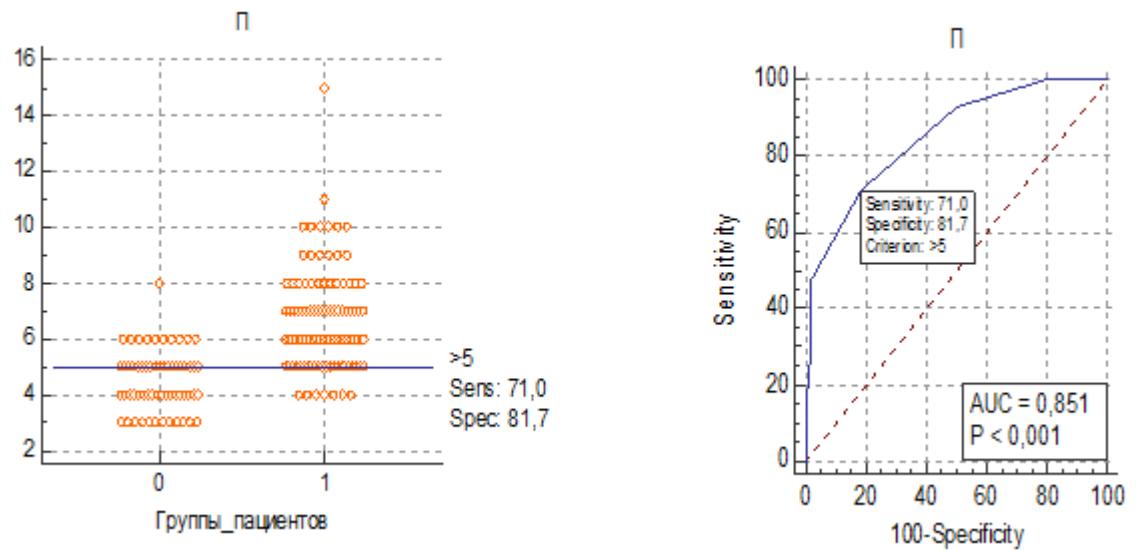


Рисунок 16 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя пломбированные зубы у пациентов со ЗНО полости рта (1) и практически здоровых (0)

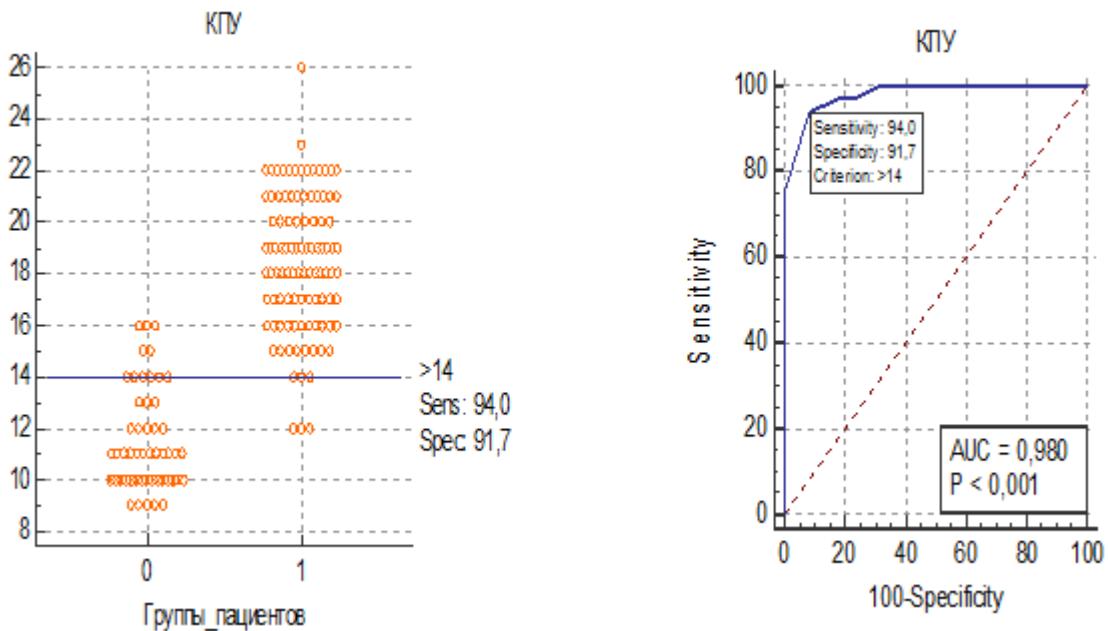


Рисунок 17— ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя индекса КПУ у пациентов со ЗНО полости рта (1) и практически здоровых (0)

На основании полученных результатов осмотра полости рта и оценки показателя индекса гигиены разработаны дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта. Так, при показателе индекса гигиены полости рта равном 1,1 усл. ед. или более повышается вероятность возникно-

вения рака полости рта. По результатам ROC-анализа чувствительность, специфичность и точность данного показателя составили 73,0; 73,3 и 95,5% соответственно. Площадь AUC — 0,781 (рисунок 18).

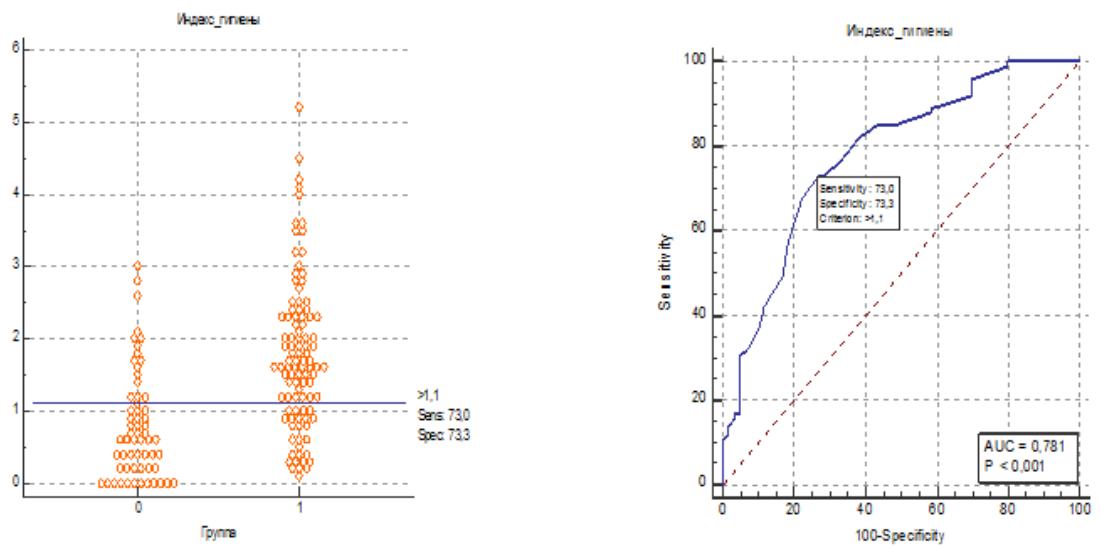


Рисунок 18 — ROC-кривая чувствительности и специфичности показателя индекса гигиены у пациентов со ЗНО полости рта (1) и практически здоровых (0)

Показатели корреляции отражены в таблице 24.

В результате обследования больных со ЗНО полости рта выявлена прямая положительная высокая связь кровоточивости десен с индексом гигиены ($r = +0,94$) полости рта и средняя связь ($r = +0,63$) с индексом КПУ.

Таблица 24 — Показатели корреляции по Спирмену полученных результатов больных ЗНО полости рта ($p<0,05$)

Показатели	Индекс гигиены	Значение кровоточивости десен	К	П	У	КПУ
Индекс гигиены		+0,94	+0,33	+0,39	+0,36	+0,63
Значение кровоточивости десен	+0,94		+0,31	+0,43	+0,32	+0,63
К	+0,33	+0,31				+0,59
П	+0,39	+0,43				+0,499
У	+0,36	+0,32				+0,52
КПУ	+0,63	+0,63	+0,59	+0,499	+0,52	

Эти данные свидетельствует о повышении кровоточивости десен с ухудшением состояния гигиены полости рта и увеличением индекса КПУ.

ГЛАВА 5

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ И АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

5.1. Необходимость тесного взаимодействия врача-стоматолога и врача-онколога на этапах активного и раннего выявления онкопатологии у пациентов стоматологического профиля

Благодаря изучению факторов риска и причин возникновения ЗНО полости рта, количество своевременно выявленной патологии будет увеличиваться. Большая часть работы по активному и раннему выявлению патологии ложится на первичную амбулаторную сеть, а именно, врачей-стоматологов первичного звена и, соответственно, врачей-онкологов первичных смотровых кабинетов. Согласно данным «Состояние онкологической помощи России в 2022 году» В.В. Старинского, «анализ результатов деятельности по активному выявлению злокачественных новообразований показывает, что она не вполне соответствует диагностическим возможностям современной медицины». 78% всех случаев заболевания раком полости рта и губ в России диагностируется на III-IV клинических стадиях. Коэффициент выживаемости (пятилетняя выживаемость) среди таких пациентов не превышает 5 лет [47,79].

К позднему выявлению злокачественных новообразований полости рта может привести: низкая медицинская грамотность самого больного, страх постановки диагноза или медицинского вмешательства, а также сниженная онкоасторожность врачей-стоматологов, недостаточность знаний в плане активного выявления онкопатологии и тактики ведения пациентов с данным диагнозом.

Так, исходя из ретроспективной оценки данных анамнеза историй болезней (за период с 2010 по начало 2017 года) – 12,4% (из 306 человек, проходивших лечение в хирургическом отделении опухолей головы и шеи № 2 ОБУЗ ИвООД), длительное время не обращались за помощью, или лечились

у стоматологов или оториноларингологов по месту жительства, без эффекта (рисунок 19). Из них 89,5% не обращались за помощью в течение 1 – 2 лет, 10,5% пациентов не обращались за помощью от 3-х до 6-ти месяцев.

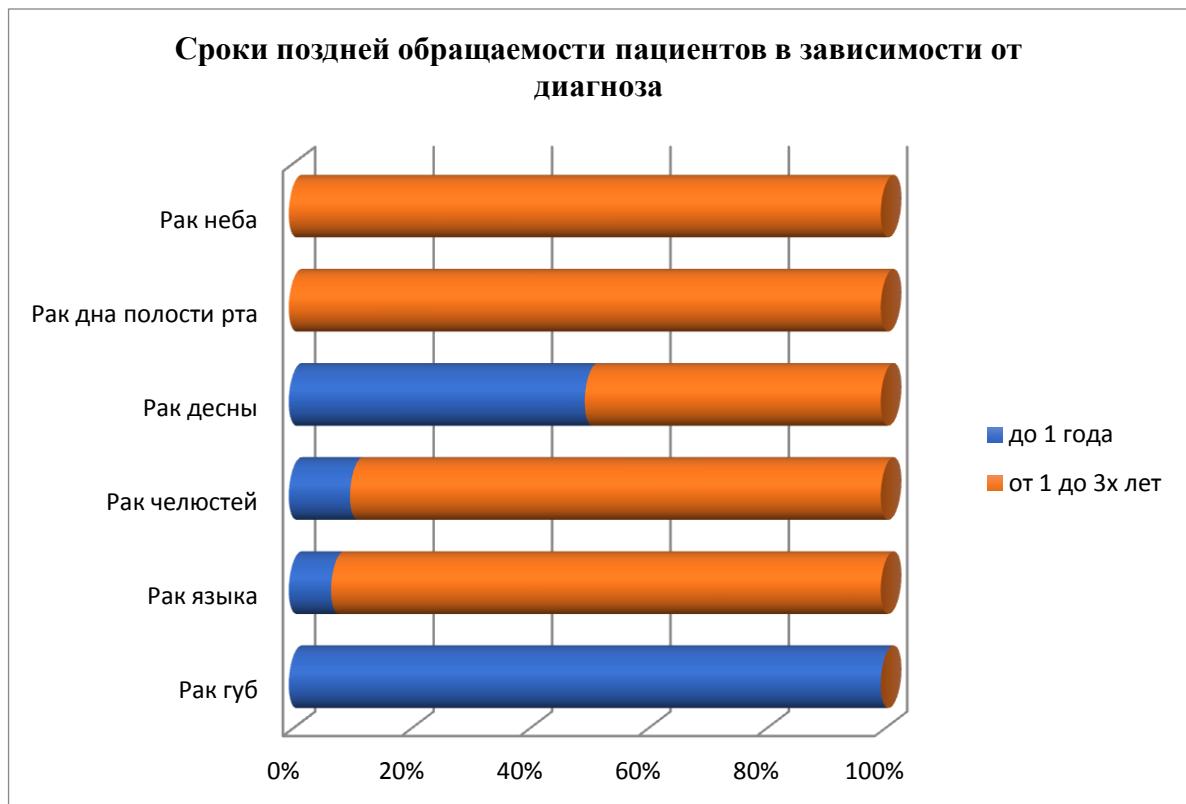


Рисунок 19 — Структура поздней обращаемости больных в зависимости от диагноза в ОБУЗ ИвООД с 2010 по 2017 гг.

Таким образом, наиболее визуализированными формами оказались рак губы и рак десны.

Показатель активного выявления злокачественных новообразований полости рта (C01-C05.0) по Ивановской области, то есть выявление опухолей полости рта врачами-стоматологами составил в 2021 году 10,4% (таблица 25) и 47,4% — по раку губы (таблица 26). По состоянию на 2020 год показатель активного выявления рака полости рта составлял – 13,0%

Таблица 25 — Активное выявление злокачественных новообразований полости рта, %

Годы	Активное выявление ЗНО полости рта за 2010–2021 гг.		
	Ивановская область	ЦФО	РФ
2010	0	9	7
2012	21,1	11,4	10,8
2014	5,4	17,3	14
2016	14,06	18,6	17,2
2018	10	19,1	18,7
2020	13,0	17,2	16,1
2021	10,4	15,6	16,4

Таблица 26 — Активное выявление злокачественных новообразований губ, %

Годы	Активное выявление ЗНО губ за 2010–2017гг.		
	Ивановская область	ЦФО	РФ
2010	0	22,1	22,1
2012	25,0	33,5	25,4
2014	42,9	34,2	28,7
2016	21,43	37,4	33,6
2018	21,4	41,0	42,1
2020	25,0	39,5	38,1
2021	47,4	41,6	35,4

Из данных таблицы видно, что показатели активного выявления рака губы превышают показатели выявления ЗНО полости рта (2016 год на 7,37%; 2018 год на 11,4%; 2020 год на 12,0%), это может быть связано с тем, что опухоли губ лучше подвергаются визуализации, как пациентом, так и врачом-стоматологом. Показатель активного выявления рака полости рта в 2021 году стал ниже на 2,3% по сравнению с 2020 годом. Показатель активного выявления рака губ повысился на 27,4% соответственно. Однако показатели по Центральному федеральному округу и РФ остаются выше показателей по Ивановской области в отношении злокачественных новообразований.

качественных новообразований полости рта. Это говорит о недостаточной эффективности профилактических мероприятий, направленных на диагностику и раннее выявление признаков описываемой патологии в лечебно-профилактических учреждениях первичного звена, в данном случае, врачами-стоматологами на амбулаторном поликлиническом приеме.

Улучшение ранней диагностики злокачественных новообразований головы и шеи невозможно без сотрудничества онкологов и стоматологов общей лечебной сети. Следует отметить, что первичный диагноз новообразований полости рта обычно ставится стоматологами, работающими в поликлиниках. Почти всегда именно к этому врачу направляются пациенты с опухолями на ранних стадиях.

Работа онколога в лечебно-профилактическом учреждении была бы невозможна без активного участия стоматологов. Такое сотрудничество важно для ранней диагностики и диспансеризации больных с злокачественными опухолями, раннего выявления рецидивов и метастазов, первично-множественных опухолей, восстановительного лечения, решения проблем трудовой и социальной адаптации, поддержки пациентов с прогрессирующей опухолью. Поэтому так важна онкологическая грамотность стоматологов.

Исходя из данных таблицы 27 процент выявления опухолей на поздней стадии в 2021 году составил 85,0 %.

Таблица 27 — Показатели активного выявления ЗНО полости рта врачами-стоматологами, раннего выявления врачами-онкологами и запущенности онкопатологии, %

Год	Активное выявление			Раннее выявление			Запущенность		
	Иванов-ская об-ласть	ЦФО	РФ	Иванов-ская об-ласть	ЦФО	РФ	Ивановская область	ЦФО	РФ
2010	0	9	7	12,9	24,9	27,6	71,3	73,8	70,8
2012	21,1	11,4	10,8	15,7	32,8	36,4	79	65,9	61,7
2014	5,4	17,3	14	22,5	35,1	36,1	76,3	64	62

Продолжение таблицы 27

2016	14,06	18,6	17,2	28,4	34,8	37,3	62,9	64,3	61,2
2018	11,7	19,1	18,7	24,6	35,4	36,9	72,7	64	62
2020	13,0	17,2	16,1	19,4	35,5	45,4	80,6	63,9	63,0
2021	10,4	15,6	16,4	13,8	34,8	34,7	85,0	64,4	64,6

На сегодняшний день диагностика рака полости рта далеко несовершенна, часто злокачественные опухоли данной локализации выявляются лишь на III-IV стадиях развития, что сказывается на эффективности лечения, последующем качестве жизни пациентов данного профиля и их пятилетней выживаемости.

Показатель пятилетней выживаемости на территории Ивановской области в 2010 году составил — 49,3%, в 2012 — 44,6%; в 2014 — 41,8%; в 2016 — 51,2%; в 2018 — 49,0%; в 2020 — 48,6%.

Все это в свою очередь должно мотивировать врачей-стоматологов к повышению уровня своей квалификации в плане онкологической настороженности и взаимодействия с врачами-онкологами.

5.2. Оценка качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта

Нами было проведено исследование по оценке качества жизни онкологических больных стоматологического профиля до проведения оперативного лечения. С целью, обоснования необходимости оптимизации системы профилактических мероприятий направленных на активное и раннее выявление злокачественных новообразований полости рта.

Для исследования качества жизни использовался стоматологический опросник ОНПР-14, разработанный G.D. Slade (1997), русская версия которого была валидирована в 2007 году Г.М. Барером и др. Все вопросы опросника (таблица 28) разделены на три основные части: проблемы при приеме пищи, проблемы в общении и проблемы повседневной жизни (работы и отдыха).

В анкетировании участвовало 100 пациентов (I группа), находящихся на стационарном лечении в хирургическом отделении №2 опухолей головы и шеи и состоящих на учете в Ивановском областном онкологическом диспансере. Из них 54 мужчины (54,0%) и 46 женщин (46,0%), средний возраст которых составил $58,38 \pm 0,99$ лет.

Таблица 28— Валидизированная русскоязычная версия опросника качества жизни в стоматологии OHIP-14-RU

Проблемы при приеме пищи	Проблемы в общении	Проблемы в повседневной жизни (работе и отдыхе)
Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?	Испытываете ли Вы неудобства из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?	Приходится ли Вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?
Испытываете ли Вы болевые ощущения во рту?	Испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?	Становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?
Вызывает ли у Вас затруднение прием пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?	Чувствуете ли Вы себя стесненным в общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?	Мешают ли Вам проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами отдыхать, расслабляться?
Питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?		Испытываете ли Вы затруднения в обычной работе из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?
Приходится ли Вам прерывать прием пищи из-за проблем с зубами, СОПР или протезами?		

Как показали результаты исследования, ухудшение качества жизни пациентов, связано в первую очередь с проблемами при приеме пищи, проблемами в повседневной жизни и общении. Не испытывают проблем в каждой категории лишь

5,9%; 13,0%; 10,8% соответственно. Общая сумма баллов по всем трем критериям свидетельствует о низком качестве жизни обследуемых пациентов.

Критерии ответов «очень часто» и «обычно» в категории проблем: при приеме пищи — составили 69,7%; при общении — 62,2%; в повседневной жизни — 62,7%. Критерии ответов «редко» и «почти никогда» в категории проблем: при приеме пищи — составили 24,4%; при общении — 24,8%; в повседневной жизни — 26,5%.

Это свидетельствует о том, что часть пациентов испытывает болевые ощущения при приеме пищи, неудовлетворительно питается из-за проблем с зубами и слизистой оболочкой полости рта, а также зачастую прерывает прием пищи. Кроме того, испытывают неудобства при общении и произношении звуков, а также зачастую раздражительны по отношению к окружающим и чувствуют себя стесненными в обществе. Так же заболевание вызывает психологические трудности. Больные отмечают, что из-за болезни «выпадают из жизни», не могут отдохнуть, расслабиться и жизнь становится неинтересной.

Результаты исследования подтвердили низкий уровень качества жизни онкологических пациентов стоматологического профиля. Существует необходимость в расширении работы с развитием следующих направлений реабилитации: психологическая, медицинская, эстетическая, медикаментозная, медико-социальная.

Как известно, еще более 100 лет назад Л.Н. Толстой писал в «Круге чтения»: «Болезнь есть одно из состояний, в котором может находиться человек во время жизни, и силы его должны быть направлены не на то, как выйти из такого положения, в котором он находится, а как наилучшим образом прожить в том положении, в котором он остается».

5.3. Результаты анкетирования пациентов со злокачественными новообразованиями полости рта и медицинского персонала

С целью оценки социологических аспектов вопроса онкоастороженности среди населения и медицинского персонала был проведен опрос врачей-стоматологов и зубных врачей. Авторская анкета включала 12 вопросов, которые отражают: частоту выявления онкологической патологии и предраковых поражений, знания врачей по диагностике заболеваний и лечебной тактике ведения пациентов при выявлении указанной патологии (Таблица 29). В интервьюировании приняли участие 100 человек. Среди них 66 человек (66,0%) составили лица женского пола и 34 (34,0%) мужского. Возраст опрошенных составил от 22 до 49 лет. Средний возраст $33 \pm 1,2$ года.

83,3% опрошенных имеют высшее образование врача-стоматолога. 60,4% респондентов работают в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения, а 39,6% в частных стоматологических клиниках. Средний стаж работы по профессии составил 6 лет.

Таблица 29 — Вопросы анкеты для врачей

Вопросы анкеты	Варианты ответов	
Укажите Ваш возраст		
Укажите Ваш уровень образования	высшее	среднее
В государственном (Г) или частном (Ч) секторе Вы ведете практику	Г	Ч
Укажите Ваш опыт работы в стоматологии		
Проводите ли Вы тщательный сбор анамнеза пациенту (вредные привычки, проф. вредности)	Да	Нет
Проводите ли Вы пальпацию лимфатических узлов каждому пациенту	Всегда Иногда Никогда	

Продолжение таблицы 29

Как часто Вы выявляете патологию СОПР	Часто	
	Редко	
	Никогда	
Какой этиологический фактор, на Ваш взгляд, играет более важную роль в развитии патологии СОПР (механический фактор или проблемы с ЖКТ)	Заболевания ЖКТ	Механическая травма СОПР
Проводите ли Вы консервативное лечение патологии СОПР, если да, то укажите сколько дней	Да	Нет
Обеспечиваете ли Вы маршрутизацию пациента при отсутствии положительного эффекта от лечения, если да, то укажите в какие организации	Да	Нет
Знаете ли Вы об основных аспектах онконастороженности в стоматологии	Да	Нет
Рекомендуете ли Вы пациентам проводить санацию полости рта 1 раз в 6 месяцев	Да	Нет

При ответе на вопрос по полноте осмотра пациента на амбулаторном приеме (согласно стандартному стоматологическому осмотру), а, именно, об обязательной пальпации лимфатических узлов головы и шеи, лишь 19 человек (19,0%) проводят ее на каждом приеме у каждого пациента. 66 человек (66,0%) пальпируют лимфатические узлы иногда, остальные 15 человек (15,0%) — никогда не проводят пальпацию.

Более половины (62,0%) опрошенных врачей при сборе анамнеза у пациента интересуются влиянием на него внешних факторов. 38,0% докторов считают этот пункт неважным при сборе анамнеза, однако 32,0% опрошенных иногда задают этот вопрос, а 5,0% — никогда не спрашивают о внешних факторах.

43 (43,0%) из 100 врачей-стоматологов и зубных врачей встречались с предопухолевыми заболеваниями СОПР в своей практике.

95,0% зубных врачей и стоматологов считают главным этиологическим фактором в развитии опухолей хроническую механическую травму слизистой оболочки полости рта.

36,0% опрошенных врачей проводят консервативное лечение в течение 14 дней, 6,0% — продолжают лечение в течение 6 месяцев, несмотря на отсутствие эффекта, 5,0% — выделяют на лечение 3 суток. Остальные 53,0% респондентов сразу направляют своего пациента к хирургу-стоматологу.

Из всех опрошенных 90,0% в случае выявления пациента с подозрением на предопухолевые поражение, дают направление на консультацию к районному онкологу.

Об основных принципах онкологической настороженности при амбулаторном лечении (знание ранних симптомов злокачественной опухоли, тщательное обследование всех наблюдаемых пациентов, независимо от специальности, для исключения возможности рака, подозрение на атипичный или осложненный рак в трудно диагностируемых случаях, лечение предраковых заболеваний, своевременное направление пациентов с подозрением на опухоль к специалисту с учетом принципов онкологии) слышали 86,0% врачей; 14,0% не знают о данном термине.

На основании полученных ответов, нами был предложен вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР» (Рисунок 21).

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что не каждый врач-стоматолог знает тактику ведения пациентов в случае обнаружения у них предопухолевых проявлений в полости рта и руководствуется правилами онкологической настороженности.

Для пациентов была создана анкета из 14 вопросов. Участие в анкетировании приняли 100 человек (I группа), 54 мужчины (54%) и 46 женщин (46%), средний возраст которых составил $58,38 \pm 0,99$ лет. Анкетирование пациентов проводилось при поступлении их в стационарные условия хирургического отделения опухолей головы и шеи № 2 ОБУЗ ИвООД по поводу онкологической патологии полости рта (рак челюстей, губ, языка, дна полости рта и т.д.). Пациенты были заранее проинформированы об исследовании и дали добровольное согласие на участие в нем и обработку персональных данных.

Таблица 30 — Вопросы анкеты для пациентов

Вопросы анкеты	Варианты ответов	
Укажите Ваш пол	Муж	Жен
Укажите Ваш возраст		
Есть ли у Вас профессиональные вредности (химическая промышленность, изготовление шин, нефтепроизводство, ионизирующее излучение и т.д.)?	Да	Нет
Есть ли у Вас вредная привычка курения?	Да	Нет
Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	Да	Нет
Регулярно ли Вы посещаете стоматолога с целью санации полости рта?	Да	Нет
Бывали ли онкологические заболевания у кого-либо из Ваших родственников?	Да	Нет
Есть ли у Вас сопутствующие заболевания?	Да	Нет

Продолжение таблицы 30

Имеются ли у Вас в полости рта разрушенные зубы, несостоительные пломбы, протезы, ортодонтические конструкции и др.?	Да	Нет
Замечали ли Вы у себя повреждения на слизистой оболочке полости рта (язвы, эрозии)?	Да	Нет
Любите ли Вы принимать горячую, острую, пряную пищу?	Да	Нет
Испытываете ли Вы болевые ощущения при приеме пищи?	Да	Нет
Как часто в течение дня Вы чистите зубы?	2 раза в день 1 раз в день нерегулярно	
Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?	Да	Нет

Наличие вредных привычек (курение) подтвердили 74,0% респондентов. 19,0% больных, находящихся в стационаре, бросили свою вредную привычку после постановки диагноза врачом-онкологом. Причем длительность курения у большинства пациентов (46,0%) более 20 лет, что соответствует индексу курильщика >10 «пачка-лет» и повышает риск развития онкологии.

Однако об употреблении алкоголя респонденты давали расплывчатые ответы «Ну...бывает...», «грешу по праздникам и выходным» и так далее (34,4%).

На вопрос о природе возникновения заболевания прозвучало несколько разных предположений, среди которых, со слов пациентов: не знаю (64,0%), злоупотребление курением (14,0%), плохие зубы/гигиена (10,0%), вредные продукты и неправильное питание (6,0 %), отягощенная наследственность (4,0%), загрязнение окружающей среды (2,0 %).

Посещают врача-стоматолога 2 раза в год лишь 24,0% опрошенных лиц, раз в год — 40,0%, остальные 36,0% посещают стоматолога, только в крайнем случае (при болях, поломке протеза и т.д.).

На вопрос обращаемости за помощью после обнаружения опухоли в полости рта ответы были разными. Из 100 опрошенных: 11 больных лечились по месту жительства у стоматолога без эффекта от нескольких месяцев до нескольких лет. 28 человек обратились за помощью только с появлением болевых ощущений в полости

ти рта. 16 человек обратились через несколько месяцев после обнаружения опухоли в полости рта и лишь 13 человек незамедлительно начали лечение. Данные показатели могут свидетельствовать о низкой медицинской грамотности населения, «страхе диагноза и смерти», страхе перед медицинским вмешательством и т.д.

Таким образом, закономерности распространения онкологических заболеваний полости рта, их рациональная профилактика с ранней диагностикой, терапия больных с учетом стадии и тяжести процесса являются важными вопросами в наблюдении за пациентами. Все пациенты со злокачественными новообразованиями и неопластическими заболеваниями должны находиться под медицинским наблюдением.

5.4. Алгоритм комплексной профилактической работы среди медицинского персонала, населения и онкобольных

Одним из основных способов выявления ЗНО полости рта является работа врача-стоматолога на первичном стоматологическом приеме. Зачастую врач-стоматолог проводит осмотр лишь локально, оценивая только ту проблему, с которой обратился пациент. Исходя из данных нашего исследования, является необходимым оптимизировать системность действий врача — стоматолога при осмотре пациентов. Таким образом, нами разработан клинический алгоритм, позволяющий оптимизировать тактику врача-стоматолога на основе комплексной профилактики и онконастороженного контроля предраковых поражений и злокачественных новообразований полости рта, позволяющий своевременно устранить факторы риска и скорректировать лечение (рисунок 20).

Тактика врача стоматолога при осмотре пациента с учетом онконастороженности

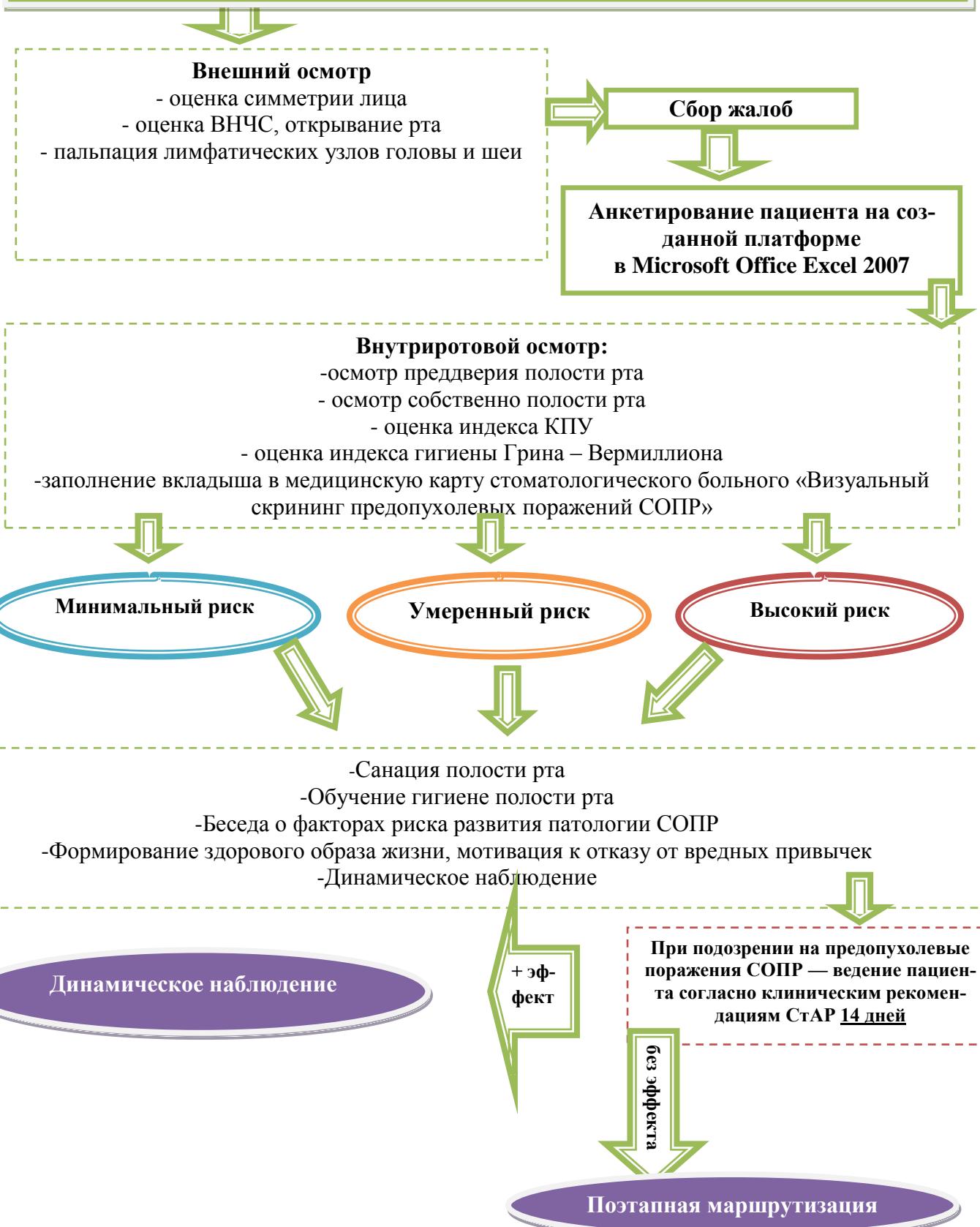


Рисунок 20 — Алгоритм активного поиска патологии СОПР у пациентов первичного стоматологического звена

Также предлагается, медико-социальный проект «Вместе — мы сила» с вовлечением врачей-стоматологов, «здорового» населения и онкологических пациентов, направленный на оптимизацию вопросов профилактики и активного выявления рака полости рта.

Описываемая в данной работе проблема затрагивает не только Ивановскую область, но и большинство других городов России, а также стран мира. И хотя онкологам удается спасти часть жизней, надежда на то, что они смогут справиться с этой проблемой в одиночку — бессмысленна.

«Как показывает опыт более успешных на этом поприще стран — правительство, общество, бизнес, средства массовой информации — все должны быть вовлечены в этот процесс. Необходимо понимать, что ни положение в обществе, ни деньги, ни связи не смогут решить накопившиеся проблемы в один момент, когда диагноз «рак» превратится из абстрактной в личную беду» [94].

Учитывая наш многолетний опыт работы в данном направлении, мы разработали и занимаемся внедрением авторского проекта, который на наш взгляд, позволит оптимизировать вопросы профилактики и активного выявления рака полости рта.

Цель проекта: повышение ранней выявляемости рака полости рта и информированность населения в вопросах онкопатологии до 2025 года территории Ивановской области.

Основные задачи:

1. Привлечение внимания к проблемам онкологических заболеваний полости рта на территории Ивановской области.
2. Повышение грамотности населения Ивановской области в вопросах онкопатологии.
3. Повышение онкологической настороженности врачей-стоматологов г. Иваново и области.
4. Психологическая поддержка и мотивация к лечению онкологических пациентов.
5. Активное взаимодействие с органами здравоохранения.

Партнеры: ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России;
 ОБУЗ «Ивановский областной онкологический диспансер»;
 ОБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Иваново;
 Качественные показатели:

1. Информированность.
2. Выявляемость.

Работа с врачами-стоматологами на базе учреждений здравоохранения.

- Анализ диагностических ошибок и причин запущенности онкологических заболеваний с врачами-стоматологами (презентация)
- Ознакомление с основными приказами в области оказания помощи пациентам по профилю «онкология» (беседа, наглядный материал в печатном виде)
- Алгоритм осмотра пациентов на каждом амбулаторном приеме врача-стоматолога (видеоролик) + заполнение собственно разработанного вкладыша осмотра на онкопатологию в медицинскую карту (рисунок 21).
- Тактика врача-стоматолога при заболеваниях СОПР.
- Заполнение медицинской документации при маршрутизации пациентов с подозрением на онкопатологию (бланки направлений), обеспечение пациента необходимой информацией, диспансерное наблюдение.

Санитарно-гигиеническое просвещение населения на базе ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ

- Обеспечение населения необходимыми знаниями о раке полости рта (видеофильм)
- Беседа о факторах риска возникновения рака (презентация), о необходимости посещения стоматолога 1 раз в 6 месяцев.
- Тактика пациента при обнаружении опухоли в полости рта, на лице.

Работа с онкологическими пациентами на базе ОБУЗ ИвООД

- Беседа о факторах, усугубляющих течение раковых заболеваний (презентация), о необходимости посещения стоматолога 1 раз в 6 месяцев.

- Беседа о необходимости диспансерного наблюдения
- Психологическая поддержка больных и их семей
- Мотивирование пациентов к лечению

**Вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного
«Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР»**

Дата скрининга _____ г.

Факторы риска (нужное подчеркнуть): хроническая механическая травма СОПР или языка, неудовлетворительная или плохая гигиена полости рта, курение (индекс курильщика _____), злоупотребление алкоголем, вирус папилломы человека, сопутствующая соматическая патология или
другое _____

Результаты осмотра: 1. Конфигурация лица (не изменена/изменена): _____

2. Кожные покровы лица (без изменений/изменены): _____

3. Красная кайма губ (без изменений/изменена): _____

4. Открывание полости рта (не затруднено/затруднено): _____

5. Акт жевания (не затруднен/затруднен): _____

6. Акт глотания (не затруднен/затруднен): _____

7. Парез мимических мышц лица (да/нет): _____

8. Слизистая оболочка полости рта: щек, твердого неба, мягкого неба, миндалин, подъязычной области и т.д. (не изменена/изменена): _____

Выделите пораженные области штриховыми линиями на схеме и отметьте тип изменения

СОПР в соответствие с кодом: 01 – эрозия; 02 – язва; 03 – афта; 04 – пузирек; 05 – корка; 06 – налёт; 07 – гиперкератоз; 08 – папилломатоз.

9. Язык (подвижен/ограничен в подвижности/не подвижен, не изменен/изменен): _____

13. Слюнные железы (околоушные, подчелюстные) (не изменены/изменены): _____

14. Регионарные лимфатические узлы (отметьте на схеме): _____

15. Индекс гигиены _____

16. Индекс КПУ _____

Ф.И.О. врача: _____

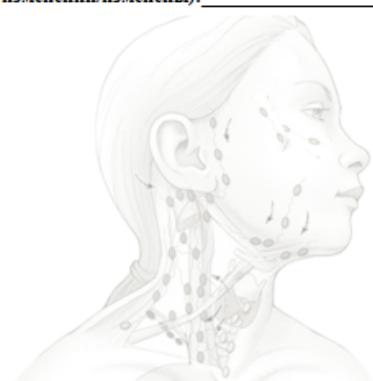




Рисунок 21— Вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного
«Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР»

ГЛАВА 6. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровье и благополучие человека напрямую зависит от его стоматологического статуса, это неоднократно отмечалось Всемирной организацией здравоохранения [122]. В настоящее время, несмотря на обилие предметов, и средств гигиены население не уделяет должного внимание гигиеническому состоянию полости рта. Стоматологическая заболеваемость растет, кроме того, ежегодно возрастает количество больных со злокачественными новообразованиями полости рта. Различные острые и хронические (кариес, гингивит, периодонтит) процессы в полости рта приводят к изменению микробного пейзажа ротовой полости, что в свою очередь приводит к ослаблению местного иммунитета и к рискам увеличения заболеваемости [97, 114]. Отношение человека к своему здоровью постоянно изменяется, но тенденция к страху перед злокачественными новообразованиями остается стабильной. Кроме того, врачи-стоматологи зачастую сталкиваются с гиподиагностикой или гипердиагностикой данного вида патологии, что говорит о недостаточной осведомленности в данной сфере. Большая часть злокачественных новообразований полости рта на сегодняшний день выявляется в запущенных стадиях своего развития. Это, безусловно, сказывается на течении заболевания, отношению пациента к ситуации, сложности лечения и реабилитации, а также влияет на качество жизни.

Распространение опухоли на соседние участки требует комплексного подхода с использованием химио- и лучевой терапии, а также радикальных оперативных вмешательств на челюстно-лицевой области. В свою очередь, расширенные и комбинированные хирургические вмешательства ведут к образованию ряда дефектов, которые требуют тщательного ухода. При несоблюдении гигиенических мероприятий микробная микрофлора полости рта начинает активно действовать, что может привести к повышенной частоте местных реакций, присоединению инфекции и ряду других осложнений. Это и многое другое может привести к

сокращению пятилетней выживаемости пациента, снижению качества жизни и большими затратами на лечение [30, 31].

Все вышеуказанное свидетельствует о том, что врачу-стоматологу необходимо уделять должное внимание стоматологическому статусу пациента, оценивать факторы риска, усугубляющие течение патологических процессов в полости рта, своевременно проводить санацию ротовой полости.

Для решения этой проблемы нами предложены:

- 1) тщательный осмотр пациентов с заполнением вкладыша в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР» и оценка гигиенического статуса пациентов, которые позволяют вовремя устраниить факторы риска и скорректировать лечение.
- 2) концепция клинического алгоритма комплексной профилактики с вовлечением врачей-стоматологов, «здорового» населения и онкологических пациентов.

Представленное, по-видимому, позволит обеспечить повышение уровня онкологической настороженности, как среди врачей первичного лечебного звена, так и среди населения.

Научно-исследовательскую работу выполняли в несколько этапов, в соответствии с дизайном исследования.

В структуре заболеваемости ЗНО на первом месте находится рак языка (43,8%), на втором — рак губ (18,3%), на третьем — рак дна полости рта (16,01%), на четвертом месте рак челюстей (11,1%), на пятом — рак десны (7,93%), на шестом — рак неба (1,64%).

Почти все рассматриваемые патологии относились к визуальным локализациям опухолевой болезни, которые в III-IV стадиях считаются запущенными формами злокачественных новообразований. Среди всех выявленных случаев злокачественных новообразований на первой стадии возникновения заболевания выявлено 16,34 % пациентов; на второй стадии — 21,57%; на третьей стадии — 35,62% и на четвертой стадии — 26,47%. Таким образом, более 2/3 (62,09%) случаев злокачественных новообразований полости рта выявляли на поздних стадиях

онкологического процесса, в то время, как на ранних стадиях, таких пациентов выявляется существенно меньше ($p<0,05$).

Локализация патологического процесса существенно влияла на сроки его выявления.

Выявлены существенные различия в гендерной структуре наблюдаемых нами пациентов со злокачественными новообразованиями: на долю мужчин приходилось $70,58\pm3,53\%$ всех случаев рака, женщин — $29,42\pm3,53\%$ ($p<0,05$). Истинные различия в распространенности могут быть еще более существенными, так как меньшая доля женщин, в структуре онкологических пациентов выявлена в условиях превышения в 1,2 раза численности женского населения в Ивановской области, в сравнении с мужским

Определены основные жалобы и симптомы, которые должны стать предметом для совершенствования профессиональной подготовки медицинских работников, к которым обращаются пациенты. В первую очередь — это врачи-стоматологи как специалисты, постоянно работающие с ротовой полостью пациентов. На выявленных нами основных жалобах пациентов с онкологической патологией в области полости рта должна базироваться информационно-образовательная работа с населением. Обнаружение врачами-стоматологами или пациентами первых симптомов, проявляющихся припухлостью, болью или увеличением регионарных лимфатических узлов — это основание для немедленного обращения за консультацией к врачу-онкологу.

В целом полученные нами результаты указывают на необходимость ранней диагностики злокачественных новообразований полости рта, на высокую распространенность рака полости рта и низкую онкоастороженность врачей стоматологов и малую медицинскую грамотность населения.

Клинический этап научно-исследовательской работы был направлен на оценку факторов риска среди групп онкобольных (I группа), больных предопухлевыми заболеваниями (II группа) и условно здоровых лиц (контрольная группа).

В клиническое обследование входили:

- стандартный стоматологический осмотр;

- оценка факторов риска;
- оценка индекса КПУ, интенсивности и распространенности кариеса;
- оценка индекса гигиены по Грину — Вермиллиону;
- оценка уровня кровоточивости десен по Мюллеману;
- оценка показателя соотношения шансов;

Средний возраст пациентов обследованных групп был сопоставим (I группа — $58,38 \pm 0,99$ лет; II группа — $58,07 \pm 1,87$ лет; контрольная группа — $56,63 \pm 1,78$; $p > 0,05$). Наибольшая заболеваемость ЗНО полости рта в возрасте с 41 года до 70 лет, причем максимальная — в возрасте от 51 до 60 лет.

Хороший уровень гигиены полости рта диагностирован у каждого второго пациента контрольной группы (I группа — 15%; II группа — 36,67%; контрольная группа — 51,67%). Удовлетворительный уровень гигиены полости рта был выявлен у каждого третьего пациента во всех группах (36%; 36,67% и 31,67%, неудовлетворительный у 32%; 20% и 11,67% соответственно, а плохой уровень — у 17%; 6,67% и 5,0%).

Шансы развития опухолей полости рта при наличии неудовлетворительном уровне гигиены полости рта выше в 3,5 раза ($OШ = 3,56$ с 95% ДИ от 1,39 до 10,26). Таковые при плохом уровне больше почти в 4 раза ($OШ = 3,89$ с 95% ДИ от 1,05 до 21,52), а при неудовлетворительном или плохом — в 4,8 раза ($OШ = 4,80$ с 95% ДИ от 2,09 до 11,73).

Кровоточивость десен первой степени значимо чаще диагностирована у пациентов II группы и группы контроля (I группа — 50,0%; II группа — 76,67%; контрольная группа — 88,33%). Кровоточивость II степени выявлена в 42,0%; 15,0% и 10,0% случаев соответственно), а III степени — в 8,0%; 8,33% и 1,67%). При этом, пациенты со II–III степенью кровоточивости имеют в 7,5 раз большие шансы заболеть злокачественными опухолями полости рта, чем — с I степенью ($OШ = 7,57$ с 95% ДИ от 3,00 до 21,42).

По данным Всемирной организации здравоохранения, показатель интенсивности кариеса у обследованных мужчин и женщин в первой группе: $19,85 \pm 0,33$ и $16,80 \pm 0,29$ соответствовал очень высокому уровню интенсивности кариеса; во

второй группе $15,57 \pm 0,27$ и $13,19 \pm 0,34$ соответственно — высокий уровень интенсивности кариеса; в контрольной группе показатели составили $12,5 \pm 0,39$ и $10,25 \pm 0,15$ соответственно — средний уровень интенсивности кариеса.

Острые края разрушенных зубов в полости рта достоверно чаще диагностировали у пациентов I и II обследованных групп ($62,0\%$; $35,0\%$; $25,0\%$ соответственно; $p < 0,001$). Взаимосвязь между принадлежностью к одной из групп исследования и наличием некачественно изготовленных протезов не была статистически значимой ($p = 0,654$). Таким образом, наличие острых краев разрушенных зубов увеличивает шансы возникновения злокачественных новообразований полости рта почти в 5 раз ($ОШ = 4,89$ с 95% ДИ от 2,29 до 10,71).

Шансы возникновения рака дна полости рта (4,93) в разы повышается у мужчин, факторами риска возникновения ЗНО органов полости рта являются кровоточивость десен II-III степени (7,57), плохой (3,89) или неудовлетворительный (3,56) уровень гигиены полости рта, разрушенные зубы (4,89).

В результате обследования больных со ЗНО полости рта выявлена прямая положительная высокая связь кровоточивости десен с индексом гигиены ($r = +0,94$) полости рта и средняя связь ($r = +0,63$) с индексом КПУ, что свидетельствует о повышении кровоточивости десен с ухудшением состояния гигиены полости рта и увеличением индекса КПУ. ROC-анализ выявил дополнительные диагностические критерии онкогенного риска развития ЗНО полости рта, а именно взаимосвязь уровня гигиены полости рта, индекса КПУ и развития онкологических заболеваний ротовой полости. При уровне гигиены полости рта 1,1 усл. ед. и более и индексе КПУ 14 усл. ед. и более, повышается вероятность возникновения рака полости рта [$AUC = 0,781$; $AUC = 0,980$ соответственно ($p < 0,001$)].

Следующий этап работы включал анкетирование врачей и пациентов.

Пациенты были заранее проинформированы об исследовании и дали добровольное согласие на участие в нем и обработку персональных данных.

Наличие вредных привычек (курение) подтвердили 74,0 % респондентов. Причем, 19,0% больных, находящихся в стационаре, бросили свою вредную привычку после постановки диагноза врачом-онкологом. Длительность курения у

большинства пациентов (46,0%) более 20 лет, что соответствует индексу курильщика >10 «пачка-лет» и может выступать фактором риска развития онкологии. Однако об употреблении алкоголя респонденты давали расплывчатые ответы «Ну...бывает...», «грешу по праздникам и выходным» и так далее (34,0%).

На вопрос о природе возникновения заболевания прозвучало несколько разных предположений, среди которых, со слов пациентов: не знаю (64,0%), злоупотребление курением (14,0%), плохие зубы/гигиена (10,0%), вредные продукты и неправильное питание (6,0%), отягощенная наследственность (4,0%), загрязнение окружающей среды (2,0%).

Посещают врача-стоматолога 2 раза в год лишь 24,0% опрошенных лиц, раз в год — 40,0%, остальные 36,0% посещают стоматолога, только в крайнем случае (при болях, поломке протеза и т.д.).

Касаемо опроса врачей стоматологов: 43 (43,0%) из 100 врачей-стоматологов и зубных врачей встречались с предопухолевыми заболеваниями СОПР в своей практике.

36,0% опрошенных врачей проводят консервативное лечение в течение 14 дней, 6,0% — продолжают лечение в течение 6 месяцев, несмотря на отсутствие эффекта, 5,0% — выделяют на лечение 3 суток. Остальные 53,0% респондентов сразу направляют своего пациента к хирургу-стоматологу.

Из всех опрошенных 91%, в случае выявления пациента с подозрением на злокачественное новообразование, дают направление на консультацию к районному онкологу. 8% стоматологов отправляют пациентов в отделение челюстно-лицевой хирургии для иссечения опухоли и не видят смысла в консультации онколога. Лишь 1 врач из 100 считает, что для планирования лечения пациента данного профиля необходима консультация различных специалистов.

Об основных принципах онкологической настороженности на амбулаторном приеме (знание симптомов ранних стадий злокачественных опухолей; с целью исключения возможного онкологического заболевания тщательное обследование каждого больного, обратившегося к врачу любой специальности; установка на подозрение атипичного или осложненного онкологического заболевания в

трудных случаях диагностики; лечение предраковых заболеваний; своевременное направление больного с подозрением на опухоль к специалисту с учетом принципов организации онкологической помощи) слышали 86% врачей, 14% не знают о данном термине.

Оценка качества жизни пациентов выявила следующие закономерности. Критерии ответов «очень часто» и «обычно» в категории проблем: при приеме пищи — составили 69,7%; при общении — 62,2%; в повседневной жизни — 62,7%. Критерии ответов «редко» и «почти никогда» в категории проблем: при приеме пищи — составили 24,4%; при общении — 24,8%; в повседневной жизни — 26,5%. Это свидетельствует о том, что часть пациентов испытывает болевые ощущения при приеме пищи, неудовлетворительно питается из-за проблем с зубами и слизистой оболочкой полости рта, а также зачастую прерывает прием пищи. Кроме того, испытывают неудобства при общении и произношении звуков, а также зачастую раздражительны по отношению к окружающим и чувствуют себя стесненными в обществе. Так же заболевание вызывает психологические трудности. Больные отмечают, что из-за болезни «выпадают из жизни», не могут отдохнуть, расслабиться и жизнь становится неинтересной.

Результаты исследования подтвердили низкий уровень качества жизни онкологических пациентов стоматологического профиля. Существует необходимость в расширении работы с развитием следующих направлений реабилитации: психологическая, медицинская, эстетическая, медикаментозная, медико-социальная.

Наше исследование преследовало цель на основе клинико-эпидемиологического исследования оценить факторы риска возникновения злокачественных новообразований полости рта, оптимизировать клинический алгоритм-маршрутизацию активного поиска патологии СОПР.

ВЫВОДЫ

1. Отсутствие тенденции к снижению показателей уровня заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований полости рта на территории Ивановской области и поздней обращаемости пациентов, на третьей и четвертой стадии возникновения заболевания – 35,62% и 26,47% соответственно, свидетельствует о необходимости оптимизации профилактических и информационно-образовательных мероприятий для населения с учетом существующих рисков. Анализ клинических вариантов течения, с основными жалобами пациентов: на опухолевидное образование 78,7%; на увеличение регионарных лимфатических узлов 15,7%; на болевой синдром 12,1%, позволяет выявить гиподиагностику ранних патологических состояний и необходимость совершенствования профессиональной подготовки медицинских работников.

2. В результате обследования больных со ЗНО полости рта выявлена прямая положительная высокая связь кровоточивости десен с индексом гигиены ($r = +0,94$) полости рта и средняя связь ($r = +0,63$) с индексом КПУ, что свидетельствует о повышении кровоточивости десен с ухудшением состояния гигиены полости рта и увеличением индекса КПУ. Шансы развития опухолей полости рта при наличии неудовлетворительного уровня гигиены полости рта выше в 3,5 раза (ОШ = 3,56 с 95% ДИ от 1,39 до 10,26). Таковые при плохом уровне больше почти в 4 раза (ОШ = 3,89 с 95% ДИ от 1,05 до 21,52), а при неудовлетворительном или плохом — в 4,8 раза (ОШ = 4,80 с 95% ДИ от 2,09 до 11,73). При уровне гигиены полости рта 1,1 усл.ед. и более и индексе КПУ 14 усл. ед. и более, повышается вероятность возникновения рака полости рта [AUC = 0,781; AUC = 0,980 соответственно ($p < 0,001$)]. Шансы возникновения рака дна полости рта (4,93) и носоглотки (11,87) в разы повышается у мужчин, факторами риска возникновения ЗНО органов полости рта являются кровоточивость десен II-III степени (7,57), плохой (3,89) или неудовлетворительный (3,56) уровень гигиены полости рта, разрушенные зубы (4,89).

3. В ходе исследования установлено, что процент выявления опухолей на поздней стадии в 2021 составил 85,0%. Менее 1/5 части ЗНО полости рта выяв-

ляется врачами-онкологами (раннее выявление на 2021 г. — 13,8%) или врачами-стоматологами (активное выявление на 2021 г. — 10,4%). Это связано с проблемами в организации и обеспечении диагностической и лечебной стоматологической помощи в амбулаторных условиях.

4. Результаты исследования качества жизни онкологических пациентов согласно критериям ответов стоматологического опросника ОНПР-14 подтвердили низкий уровень преимущественно в категории проблем при приеме пищи — 69,7%; при общении — 62,2% и в повседневной жизни — 62,7%. Существует необходимость развития эффективной интегрированной работы с соблюдением комплексной реабилитации: психологической, медицинской, эстетической, медикаментозной, медико-социальной. Причем наиболее выражен психологический компонент, требующий коррекции.

5. С целью оптимизации вопросов профилактики онкопатологии на территории Ивановской области внедряется медико-социальный проект «Вместе — мы сила» с вовлечением врачей-стоматологов, «здорового» населения и онкологических пациентов. Системный подход включает разработанный наглядный алгоритм активного поиска патологии СОПР врачами-стоматологами на амбулаторном приеме, схему-вкладыш в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР», позволяющий своевременно устраниить факторы риска и скорректировать лечение.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях оптимизации системы профилактики и активного выявления онкологии организовать работу стоматологических кабинетов на базе онкологического диспансера и ввести в штатное расписание врачей-стоматологов.
2. Необходимо уделять должное внимание стоматологическому статусу пациента, оценивать факторы риска, усугубляющие течение патологических процессов в полости рта, своевременно проводить санацию ротовой полости.
3. Тщательный осмотр пациентов с заполнением вкладыша в медицинскую карту стоматологического больного «Визуальный скрининг предопухолевых поражений СОПР» и оценка гигиенического статуса пациентов, позволит вовремя устранить факторы риска и скорректировать лечение.
4. Применение разработанного медико-социального проекта «Вместе — мы сила» с вовлечением врачей-стоматологов, «здорового» населения и онкологических пациентов и клинического алгоритма активного поиска патологии СОПР позволит устраниить факторы риска малигнизации предраковых поражений ротовой полости и может быть реализовано на амбулаторном приеме врача-стоматолога.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ — вирус папилломы человека

ДИ — доверительный интервал

ЖКТ — желудочно-кишечный тракт

ЗНО — злокачественные новообразования

ИК — индекс курильщика

КПЛ — красный плоский лишай

КПУ — индекс кариозных, пломбированных и удаленных зубов

МКБ — международная классификация болезней

ОБУЗ — Областное бюджетное учреждение здравоохранения

ОБУЗ ИвООД — Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановский областной онкологический диспансер»

ОШ — отношение шансов

ПКРК — плоскоклеточный рак кожи (плоскоклеточная карцинома кожи)

РФ — Российская Федерация

РЭА — ретроспективный эпидемиологический анализ

СО — слизистая оболочка

СОПР — слизистая оболочка полости рта

СтАР — Стоматологическая Ассоциация России

ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких

AUC (Area Under Curve) — численный показатель площади под ROC-кривой

ESMO (European Society for Medical Oncology) — Европейское общество Медицинской онкологии

ОНИР-14 — Oral Health Impact Profile — профиль влияния стоматологического здоровья

ROC-кривая — Receiver Operator Characteristic

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аванесов, А. М. Патогенез хронических воспалительных процессов в челюстно-лицевой области (периимплантита и пародонтита) и плоскоклеточного рака полости рта: сходство и различия : (обзор литературы) / А. М. Аванесов, Ю. Г. Седов, М. Е. Балашова. – Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. — 2019. — № 1. — С. 79–84.
2. Анализ эпидемиологии злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ у населения Республики Крым / И. Г. Романенко, С. М. Горобец, А. А. Джерелей [и др.]. - Текст: непосредственный // Крымский терапевтический журнал. — 2016. — № 3 (30). — С. 52–57.
3. Анисимова, И. В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога / И. В. Анисимова. - Текст: непосредственный // Институт стоматологии. — 2009. — № 4. — С. 52–53.
4. Анисимова, И. В. Частота сочетания красного плоского лишая с соматической патологией и местными неблагоприятными факторами полости рта / И. В. Анисимова, Л. А. Симонян. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2019. — № 1. — С. 16–22.
5. Амхадова, М. А. Онконастороженность в практике врача-стоматолога / М. А. Амхадова, М. И. Сойхер, Е. Ю. Чуянова. - Текст: непосредственный // Медицинский алфавит. — 2016. — № 9 (2). — С. 6–9.
6. Баранов, А. Е. Ранняя диагностика онкологических заболеваний полости рта – путь к снижению запущенности / А. Е. Баранов, А. С. Думнов, А. А. Ашурев. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 29 (371). — С. 149–152.
7. Биологические особенности орофарингеального плоскоклеточного рака / А. И. Стукань, В. А. Порханов, Р. А. Мурашко, В. Н. Бодня. - Текст: непосредственный // Research'n Practical Medicine Journal. — 2019. — № 6. — С. 254.

8. Борисенко, А. В. Современный подход к диагностике лейкоплакии слизистой оболочки полости рта / А. В. Борисенко, Ю. Г. Коленко. - Текст: непосредственный // Наука вчера, сегодня, завтра. — 2017. — № 3 (37). — С. 26–34.
9. Валидация русскоязычной версии опросника ОНIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г. М. Барер, К. Г. Гуревич, В. В. Смирнягина, Е. Г. Фабрикант [и др.]. - Текст: непосредственный // Стоматология. — 2007. — № 5. — С. 27–30.
10. Влияние вирусов Эпштейна–Барр и папилломы человека на течение рака органов полости рта / Г. П. Нистратов, П. В. Светицкий, Т. А. Зыкова [и др.]. - Текст: непосредственный // Современные проблемы науки и образования. — 2014 . — № 6. — С. 1145.
11. Влияние качества индивидуальной гигиены полости рта на тяжесть постлучевого мукозита у пациентов с плоскоклеточным раком орофарингеальной области / А. М. Аванесов, Е. Н. Гвоздикова, Т.В. Тарасова [и др.]. - Текст: непосредственный // Южно-Российский онкологический журнал. — 2020. — Т. 1, № 2. — С. 6–12.
12. Влияние табака на организм человека и состояние органов и тканей полости рта / У. С. Васильева, А. А. Метальников, А. А. Булавина [и др.]. - Текст: непосредственный // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. — 2019. — № 2. — С. 87–91.
13. Возможности речевой реабилитации больных раком полости рта и ротовоглотки после реконструктивно-пластиических операций / Е. А. Красавина, Е. Л. Чойнзонов, Д. Е. Кульбакин [и др.]. - Текст: непосредственный // Сибирский онкологический журнал. — 2020. — № 19 (5). — С. 35–43.
14. ВПЧ-ассоциированный орофарингеальный рак / А. Р. Геворков, А. В. Бойко, А. В. Черниченко [и др.] - Текст: непосредственный. // Российский онкологический журнал. — 2012. — № 2. — С. 31–34.

15. Выявление геномной ДНК вируса Эпштейна–Барр в тканях рака слизистой оболочки полости рта российских пациентов / С. А. Кирьянов, Т. А. Левина, А. П. Поляков [и др.]. - Текст: непосредственный // Вопросы вирусологии. — 2019. — № 64 (3). — С. 112–117.
16. Гигиенические навыки и стоматологический статус как прогностический фактор развития рака полости рта / Т. В. Казанцева, Ю. В. Чижов, Е. А. Бриль [и др.]. - Текст: непосредственный // Институт стоматологии. — 2023. — № 2 (99). — С. 36–37.
17. Гнатюк, А. П. Современное состояние оказания онкологической помощи в городе Москве / А. П. Гнатюк, Ю. В. Самсонов. - Текст: непосредственный // Исследования и практика в медицине. — 2015. — Т. 2, № 3. — С. 118–123.
18. Гордиенко, В. П. Заболеваемость и смертность больных злокачественными новообразованиями полости рта / В.П. Гордиенко. - Текст: непосредственный // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2017. - № 64. - С. 43-49.
19. Горяинова, Г. Н. Характеристика факторов риска и патоморфологии слизистой оболочки полости рта / Г. Н. Горяинова, Е. С. Литвинова. - Текст: непосредственный // Региональный вестник. — 2020. — № 10 (49). — С. 30–31.
20. Долгова, С. В. Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Нижегородской области. Состояние онкологической службы и пути ее улучшения / С. В. Долгова, А. Н. Денисенко. - Текст: непосредственный // Медицинский альманах. — 2010. — № 3 (12). — С. 3–6.
21. До, Ч. К. А. Сравнительная характеристика стоматологического статуса и уровня гигиены полости рта молодежи во Вьетнаме с другими странами : обзор литературы / Ч. К. А. До, М. К. Макеева, Ю. В. Шевелюк. - Текст: непосредственный // Эндодонтия Today. — 2022. — Т. 20, № 3. — С. 234–243.

22. Егорова, А. Г. О состоянии медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями ротовой полости, пищевода, желудка в период с 2012–2016 гг. и мерах, направленных на ее совершенствование / А. Г. Егорова, А. Е. Орлов. - Текст: непосредственный // Поволжский онкологический вестник. — 2017. — № 3 (30). — С. 14–23.
23. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) / Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии ; под редакцией А. Д. Каприна [и др.]. – Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2022. — 252 С. - Текст: непосредственный
24. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность) / Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российский Центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии ; под редакцией А. Д. Каприна [и др.]. - Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2020. — 252 С. - Текст: непосредственный
25. Значение аутофлуоресцентной стоматоскопии в диагностике предрака и рака слизистой оболочки полости рта / А. Г. Габриелян, О. И. Каганов, М. А. Постников, В. П. Кириллова. - Текст: непосредственный // Институт стоматологии. — 2020. — № 1 (86). — С. 76–77.
26. Зыкова, Е. А. Онкологическая настороженность при заболеваниях слизистой оболочки полости рта / Е. А. Зыкова. - Текст:

непосредственный // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. — 2016 . — № 3 (8). — С. 49–55.

27. Иванова, М. К. Эпидемиология злокачественных новообразований полости рта и глотки / М. К. Иванова. - Текст: непосредственный // Здоровье, демография, экология финно-горских народов. — 2015. — № 3. — С. 72–74.

28. Иванова, О. В. Актуальные вопросы совершенствования организации стоматологической помощи больным с местнораспространенным раком дна полости рта / О. В. Иванова, Г. Г. Матякин, А. В. Лепилин. - Текст: непосредственный // Саратовский научно-медицинский журнал. — 2013. — № 3 (9). — С. 397–399.

29. Ивановская область в цифрах: краткий статистический сборник / редакция: С. В. Клюзина [и др.]. — Иваново: Ивановостат, 2016. — 80 с. - Текст: непосредственный.

30. Иорданишвили, А. К. Истоки российской онкостоматологии / А. К. Иорданишвили. - Текст: непосредственный // Медицина и образование. — 2021. — № 2 (8). — С. 54–58.

31. Казанцева, М. В. Актуальные проблемы и пути совершенствования онкологической службы Краснодарского края / М. В. Казанцева. - Текст: непосредственный // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2014. — № 1. — С. 22–23.

32. Каспина, А. И. Проявление последствий табакокурения на красной кайме губ и слизистой оболочке рта / А. И. Каспина. - Текст: непосредственный // Пародонтология. — 2005. — № 3 (36). — С. 62–66.

33. Кирпиченко, Ю. Н. Социальные проблемы последствий онкозаболеваний на территории Курской области / Ю. Н. Кирпиченко, С. И. Иванова. - Текст: непосредственный // Вестник Российской академии естественных наук. — 2011. — № 1. — С. 44–50.

34. Злокачественные новообразования полости рта : клинические рекомендации / утверждены Министерством здравоохранения Российской

Федерации ; Ассоциация онкологов России, Российское общество специалистов по опухолям головы и шеи ; редколлегия: А. М. Мудунов [и др.]. – Текст: электронный // ЮИС Легалакт : [сайт]. – 2022. - URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskierekomendatsiiizlokachestvennyenovoobrazovaniya-polosti-rta-utv-minzdravom-rossii> (дата обращения: 04.06.2022).

35. Плоскоклеточный рак кожи : клинические рекомендации / одобрены Министерством здравоохранения Российской Федерации ; Ассоциация онкологов России, Ассоциация специалистов по проблемам меланомы, Российское общество клинической онкологии, Ассоциация врачей-офтальмологов. – Текст: электронный // ЮИС Легалакт : [сайт]. - 2024. - URL: <https://legalacts.ru/doc/klinicheskie-rekomendatsii-ploskokletochnyi-rak-kozhi-utv-minzdravom-rossii/> (дата обращения: 24.04.2024).

36. Клинический случай первично-множественного злокачественного заболевания: плоскоклеточный рак языка T2NOMO (2006 г.) и базальноклеточный рак кожи грудной клетки T1NOMO (2019 г.) / В. Ю. Петровский, З. С. Цаллагова, С. Т. Абдуллаева, Т. Р. Измайлова. - Текст: непосредственный // Вестник РНЦРР. — 2019. — № 3. — С. 133–142.

37. Клинический случай успешного применения пембролизумаба в лечении рецидивного неоперабельного плоскоклеточного рака головы и шеи / А. М. Мудунов, И. М. Гельфанд, О. Д. Рыжова [и др.]. - Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. — 2019. — № 1. — С. 93–98.

38. Костина, И. Н. Структура, локализация опухолевых и опухолеподобных заболеваний полости рта / И. Н. Костина. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2014. — № 4. — С. 33–39.

39. Кутукова, С. И. Прогностическая роль факторов системного воспаления в течении плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / С. И. Кутукова, Н. П. Беляк, Ю. В. Иваськова. - Текст: непосредственный // Медицинский алфавит. — 2021. — № 10. — С. 28–34.

40. Лебедев, С. Н. Актуальные проблемы онкостоматологии России и пути их решения / С. Н. Лебедев. - Текст: непосредственный // Тверской медицинский журнал. — 2017. — № 4. — С. 14–20.
41. Лубенская, А. К. Вирус Эпштейна-Барр у представителей различных народов России: типы вируса и злокачественные новообразования / А. К. Лубенская, К. В. Смирнова. - Текст: непосредственный // Вопросы онкологии. — 2022. — Т. 68, № 3S. — С. 340–341.
42. Луцкая, И. К. Системное обследование слизистой оболочки полости рта - способ ранней диагностики предраковых заболеваний / И. К. Луцкая. - Текст: непосредственный // Клинический разбор в общей медицине. — 2021. — № 2. — С. 32–37.
43. Матчин, А. А. Медицинская реабилитация больных с опухолями головы и шеи / А. А. Матчин. - Текст: непосредственный // Оренбургский медицинский вестник. — 2016. — № 3–2 (15). — С. 68–72.
44. Международная классификация болезней 10-го пересмотра : онлайн-версия. - Текст: электронный. - URL: <http://mkb-10.com> (дата обращения: 04.05.2020).
45. Межевикина, Г. С. Современные методы диагностики предраковых и раковых изменений слизистой оболочки рта / Г. С. Межевикина, Е. А. Глухова. - Текст: непосредственный // Наука молодых. — 2018. — Т. 6, № 4. — С. 600–606.
46. Методы ранней диагностики рака слизистой оболочки полости рта / В. П. Кириллова, О. И. Каганов, А. Г. Габриелян [и др.]. - Текст: непосредственный // Аспирантский вестник Поволжья. — 2019. — № 5/6. — С. 86–90.
47. Мещерякова, Ю. Г. Своевременное выявление онкологических заболеваний в полости рта / Ю. Г. Мещерякова, С. В. Микляев, О. М. Леонова. - Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 7. — С. 105–113.

48. Микробиота полости рта и ее значение в генезе рака орофарингеальной зоны / З. В. Григорьевская, И. В. Терещенко, А. Э. Казимов [и др.]. - Текст: непосредственный // Злокачественные опухоли. — 2020. — Т. 10, № 3S1. — С. 54–59.
49. Микробиота полости рта у больных раком орофарингеальной области с акцентом на *Candida* spp / Н. С. Багирова, И. Н. Петухова, З. В. Григорьевская [и др.]. - Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. — 2022. — Т. 12, № 3. — С. 71–85.
50. Негативные прогностические факторы при раке полости рта: результаты двух центров / Ш. И. Мусин, А. О. Гузь, А. В. Гарев [и др.]. - Текст: непосредственный // Вопросы онкологии. — 2022. — Т. 68, № 3S. — С. 205–206.
51. Нейман, О. И. Диагностика рака слизистой полости рта и ротовоглотки / О. И. Нейман. - Текст: непосредственный // Онкологический журнал. — 2010. — № 2 (14). — С. 76–79.
52. Нуриева, Н. С. Опухоли головы и шеи в практике детского хирурга. Как мы можем помочь детям? / Н. С. Нуриева, Ю. С. Кипарисов. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2016. — № 1 (12). — С. 90–96.
53. Нуриева, Н. С. Оценка стоматологического статуса и влияния сопутствующих экзогенных факторов на развитие новообразований орофарингеальной зоны / Н. С. Нуриева. - Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. — 2012. — № 1. — С. 52–54.
54. Обзор современного состояния проблемы первичной выявляемости злокачественных новообразований органов полости рта / Н. С. Нуриева, А. О. Гузь, А. С. Захаров, А. В. Гараев. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2019. — № 2. — С. 50–55.
55. Огнерубов, Н. А. Скрытый суицид, или саморазрушающее поведение у онкологических больных, взгляд на проблему / Н. А.

Огнерубов, Е. Б. Карпова. - Текст: непосредственный // Вестник Тамбовского университета. — 2016 . — Т. 21, № 6. — С. 2228–2236.

56. Онкологические результаты хирургического лечения рака ротовой полости I и II стадии / А. В. Карпенко, Р. Р. Сибгатуллин, А. А. Бойко [и др.]. - Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. - 2017. — Т. 7, № 2. — С. 30–36.

57. Онконастороженность в практике врача-стоматолога первичного звена / В. В. Шкарин, Ю. А. Македонова О. Ю. Афанасьева [и др.]. - Текст: непосредственный // Эндодонтия Today. — 2023. — №21(1). — С. 42–48.

58. Оптимальная лечебная стратегия больных с прогрессирующим плоскоклеточным раком органов головы и шеи / Л. В. Болотина, С. А. Кравцов, Т. В. Устинова [и др.]. - Текст: непосредственный // Исследования и практика в медицине. — 2019. — Т. 6, № 3. — С. 115–128.

59. Особенности микробиома рака слизистой оболочки полости рта у молодых пациентов / Е. С. Колегова, Л. А. Кононова, И. К. Федорова [и др.]. - Текст: непосредственный // Вопросы онкологии. — 2023. — Т. 69, № 3S. — С. 322–323.

60. Особенности онкоскрининга и выявления предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и красной каймы губ у пациентов пожилого и старческого возраста / М. Я. Абрамова, И. В. Золотницкий, В. Г. Мамацашвили [и др.]. - Текст: непосредственный // Российский журнал гериатрической медицины. — 2023. — № 3 (15). — С. 171–182.

61. Оценка качества жизни пациентов с опухолями головы и шеи с использованием опросников на фоне специализированного лечения / Р. Б. Раймбеков, А. А. Дюсупова, О. А. Юрковская [и др.]. - Текст: непосредственный // Наука и здравоохранение. — 2022. — Т. 24, № 5. — С. 179–187.

62. Оценка особенностей клинических проявлений и качества жизни у пациентов с различными формами красного плоского лишая

слизистой оболочки рта / О. А. Гурьевская, З. Р. Хисматуллина, И. Н. Усманова [и др.]. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2019. — № 4. — С. 38–43.

63. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи : клиническое руководство / А. И. Пачес. — 5-е изд., доп. и перераб. — Москва : Практическая медицина, 2013. — С. 142–195. - Текст: непосредственный.

64. Письменный, И. В. Рак языка — хирургическое лечение / И. В. Письменный. - Текст: непосредственный // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2015. — Т. 12, № 2 (3). — С. 633–637.

65. Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения / под редакцией С. А. Тюляндина, Н. В. Жукова. — Москва : Российское общество клинической онкологии, 2018. — 28 с. - Текст: непосредственный.

66. Пржедецкий, Ю. В. Пластическое устраниние дефектов кожи у онкологических больных / Ю. В. Пржедецкий. - Текст: непосредственный // Онкохирургия. — 2010. — Т. 2, № 2. — С. 17–23.

67. Применение аутофлуоресцентной стоматоскопии для онкоскрининга заболеваний слизистой оболочки полости рта / Л. Н. Максимовская, А. А. Эрк, Н. Н. Булгакова, Б. В. Зубов. - Текст: непосредственный // Стоматология для всех. — 2016. — № 4. — С. 34–37.

68. Профилактика и диагностика — приоритетные направления в онкостоматологии Тверского региона / А. Б. Давыдов, С. Н. Лебедев, И. К. Румянцева [и др.]. - Текст: непосредственный // Верхневолжский медицинский журнал. — 2015. — № 1 (13). — С. 11–16.

69. Рак полости рта: факторы риска и скрининг / Ш. Ф. Джураева, Г. Н. Чистенко, Т. Н. Терехова, А. В. Иконникова. - Текст: непосредственный // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2020. — № 2. — С. 7–17.

70. Рак полости рта, этиология и лечение : обзор литературы / Д. В. Петров, Ю. Б. Платонова, М. Э. Присухина, Е. М. Михайлов. - Текст:

непосредственный // Проблемы научной мысли. — 2023. — Т. 6, № 3. — С. 83–88.

71. Рак ротовой полости и ВПЧ-ассоциированный рак ротовой полости на территории Дальнего Востока и Сибири / О. Ю. Дворянинова, В. А. Бычков, Е. Г. Никитина, И. Н. Одинцова. - Текст: непосредственный // Злокачественные опухоли. — 2016. — № 4 (51). — С. 87.

72. Реконструктивные операции с использованием свободного лучевого лоскута при раке полости рта / Х. Чень, А. М. Мудунов, Р. И. Азизян [и др.]. - Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. — 2020. — Т. 10, № 2. — С. 61–68.

73. Рецидивы рака слизистой оболочки полости рта и ротовоглотки: клиника, диагностика, лечение / И. А. Задеренко, С. Б. Алиева, А. Ю. Дробышев, Р. И. Абизян. - Текст: непосредственный // Клиницист. — 2013. — № 1. — С. 48–55.

74. Роль папилломавирусной инфекции в развитии лейкоплакии и плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / Д. Е. Михалев, О. Д. Байдик, М. Р. Мухамедов [и др.]. - Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. — 2022. — Т. 26, № 2. — С. 131–136.

75. Роль пародонтопатогенов в канцерогенезе плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / А. Э. Казимов, А. М. Мудунов, З. В. Григорьевская [и др.]. – Текст: непосредственный // Опухоли головы и шеи. – 2020. – Т. 10, № 4. – С. 74-85.

76. Служба статистики назвала основные причины смерти в Ивановской области в 2016 году. - Текст: электронный // ГТРК Ивтеле радио :[сайт].—2020.URL:https://ivteleradio.ru/news/2017/01/12/sluzhba_statistiki_nazvala_osnovnyyu_prichini_smerti_v_ivanovskoy Oblasti (дата обращения: 12.06.2020).

77. Совершенствование диагностики и лечения предраковых заболеваний слизистой оболочки рта / А. Е. Пурсанова, Л. Н. Казарина, А. Е.

Белозеров [и др.]. - Текст: непосредственный // Вятский медицинский вестник. — 2019. — № 2 (62). — С. 46–50.

78. Современный взгляд на диагностику и лечение рака слизистой оболочки полости рта / В. Н. Николенко, Е. В. Кочурова, А. А. Муханов, Е. О. Кудасова. - Текст: непосредственный // Голова и шея. — 2017. — № 4. — С. 36–42.

79. Состояние онкологической помощи населению России в 2022 году / Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации ; под редакцией А. Д. Каприна [и др.]. — Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2023. — 239 с. - Текст: непосредственный.

80. Стоматологическое лечение пациентов при плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта / Е. О. Кудасова, Е. В. Кочурова, В. Н. Николенко, О. И. Панферова. - Текст: непосредственный // Российский стоматологический журнал. — 2021. — Т. 25, № 3. — С. 259–266.

81. Стоматологическая реабилитация в комплексном лечении пациентов с новообразованиями челюстно-лицевой области / Е. В. Кочурова, В. Н. Николенко, П. А. Деменчук [и др.]. - Текст: непосредственный // Кубанский научный медицинский вестник. — 2015. — № 2 (151). — С. 88–93.

82. Стоматологический статус как прогностический фактор развития плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / Е. В. Кочурова, В. Н. Николенко, А. А. Муханов, П. А. Деменчук. - Текст: непосредственный // Стоматология. - 2019. - Т. 98, № 4. — С. 34–37.

83. Стоматологический статус у пациентов с раком орофарингеальной зоны при обращении в онкодиспансер / Е. В. Вдовина, А. И. Пылков, Ю. А. Магарилл, Т. А. Штернис. - Текст: непосредственный // Медицина в Кузбассе. — 2011. — № 1 (10). — С. 25–28.

84. Сукачко, О. Г. Состояние и перспективы развития онкологии в Республике Беларусь / О. Г. Сукачко. - Текст: непосредственный // Онкологический журнал. — 2011. — № 4 (20). — С. 5–18.
85. Сулимов, А. Ф. Скрининг атипичных поражений слизистой оболочки рта / А. Ф. Сулимов, А. Б. Демянчук. - Текст: непосредственный // Стоматология. — 2015. — № 94 (5). — С. 79–81.
86. Татчихин, В. В. Хирургическое лечение пациентов с плоскоклеточным раком орофарингеальной области / В. В. Татчихин, И. В. Залуцкий, В. В. Аничкин. - Текст: непосредственный // Вестник Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. — 2017. — № 1. — С. 21–28.
87. Токмакова, С. И. Влияние табакокурения на слизистую оболочку полости рта / С. И. Токмакова, Ю. В. Луницына. - Текст: непосредственный // Забайкальский медицинский вестник. — 2012. — № 1. — С. 124–130.
88. Усова, Н. Ф. К проблеме предрака в стоматологии / Н. Ф. Усова, Л. А. Усов. - Текст: непосредственный // Сибирский медицинский журнал. — 2013. — № 4. — С. 129–131.
89. Успенская, О. А. Особенности стоматологического статуса у пациентов с онкологическими заболеваниями / О. А. Успенская, И. И. Фадеева. - Текст: непосредственный // Проблемы стоматологии. — 2019. — № 1. — С. 63–67.
90. Филимонова, Л. Б. Использование аутофлуоресцентной стоматоскопии как скринингового метода диагностики предраковых состояний и онкологических заболеваний слизистой оболочки рта на стоматологическом приеме / Л. Б. Филимонова, Г. С. Межевикина, Л. О. Маршуба. - Текст: непосредственный // Наука молодых (Eruditio Juvenium). — 2020. — № 1. — С. 80–85.
91. Фирсова, И. В. Врачебная тактика при диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ / И. В.

Фирсова, В. Ф. Михальченко, Д. В. Михальченко. - Текст: непосредственный // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 1 (45). — С. 3–6.

92. Фотодинамическая терапия при лечении рака полости рта с биопсией сторожевых лимфоузлов / Ю. А. Панасейкин, Ф. Е. Севрюков, М. А. Каплан [и др.]. - Текст: непосредственный // Злокачественные опухоли. — 2020. — Т. 10, № 3S1. — С. 105.

93. Хабибулаев, Ш. З. Косметические и функциональные результаты реконструктивно-пластических операций при опухолях головы и шеи /

Ш. З. Хабибулаев, Д. З. Зихиряходжаев. - Текст: непосредственный // Известия академии наук Республики Таджикистан. — 2009. — № 3. — С. 79–85.

94. Халматова, Г. К. Ранняя диагностика рака слизистых оболочек полости рта / Г. К. к. Халматова, В. Д. Рубцова, Л. И. Смышникова. - Текст: непосредственный // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. — 2023. — № 1. — С. 33–36.

95. Хейгетян, А. В. Особенности первичной диагностики и алгоритм дальнейшей маршрутизации пациентов с новообразованиями орофарингеальной области на стоматологическом приёме / А. В. Хейгетян, Н. С. Нуриева, Л. Ю. Островская. - Текст: непосредственный // Журнал Медицина и инновации. — 2021. — № 2. — С. 19–26.

96. Чиссов, В. Профилактика в онкологии / В. Чиссов, В. Старинский, Т. Данилова. - Текст: непосредственный // Врач. — 2006. — № 13. — С. 8–11.

97. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации : методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей-специалистов / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, А. С. Мамонтов, Т. В. Данилова ; Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена - филиал Федерального государственного бюджетного учреждения

«Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации. — Москва : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2009. — 37 с. - Текст: непосредственный.

98. Щепин, В. О. Актуальные технологии раннего выявления социально значимых заболеваний и их профилактики / В. О. Щепин, А. Б. Зудин. - Текст: непосредственный // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — 2012. — № 5. — С. 163–166.

99. Эпидемиология злокачественных опухолей как один из факторов предотвратимой смертности у лиц трудоспособного возраста / О. Г. Суконко, С. А. Красный, П. М. Моисеев [и др.]. - Текст: непосредственный // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2012. — № 5. — С. 82–84.

100. Этиология, патогенез, основные принципы лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта / О. И. Панферова, В. Н. Николенко, Е. В. Кочурова, Е. О. Кудасова. - Текст: непосредственный // Head and Neck / Голова и шея. — 2022. — Т. 10, № 2. — С. 69–77.

101. Юдин, А. Л. Рак языка и дна полости рта: современные аспекты диагностики / А. Л. Юдин, Р. А. Щетинин, Н. И. Афанасьева. - Текст: непосредственный // Вестник рентгенологии и радиологии. — 2015. — № 5. — С. 42–48.

102. Яровая, Е. Г. К проблеме психосоциального сопровождения онкологических больных / Е. Г. Яровая. - Текст: непосредственный // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — № 1 (80). — С. 178–196.

103. Ahila, S C. Adjuvant therapy for intra oral surgical oncological defect with ancillary prosthesis: A literature review / S. C. Ahila, S. K. Jagdish. - Text : direct // Journal of cancer research and therapeutics. - 2018. - № 14(2). - P. 255-259.

104. Alfano, M. C. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer / M. C. Alfano, A. M. Horowitz. - Text : direct // Journal of the American Dental Association. - 2001. - № 132. - P. 24-29.
105. Bacteriome and mycobiome associations in oral tongue cancer / P. K. Mukherjee, H. Wang, M. Retuerto [et al.]. - Text : direct // Oncotarget. - 2017. - № 8. - P. 97273-97289.
106. The association between oral hygiene and head and neck cancer: a meta-analysis./ X. Bai, C. Cui, J. Yin, H. Li [et al.]. - Text : direct // Acta Odontol Scand. - 2023. - № 81(5). - P. 374-395.
107. Bauer, V. Establishment and molecular cytogenetic characterization of a cell culture model of head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) / V. Bauer, L. Hieber, Q. Schaeffner. - Text : direct // Genes. - 2010. - № 1. - P. 388-412.
108. Carcinogenicity of alcoholic beverages / R. Baan, K. Straif, Y. Grosse [et al.]. - Text : direct // Lancet Oncol. - 2007. - № 8(4). - P. 292-310.
109. Changing Trends in oral cancer - a global scenario / N. Gupta, R. Gupta, A. Acharya [et al.]. - Text : direct // Nepal J Epidemiol. - 2016. - № 6(4). - P. 613-619.
110. Constantin, M. Implications of oral dysbiosis and HPV infection in head and neck cancer: from molecular and cellular mechanisms to early diagnosis and therapy/ M. Constantin, M. C. Chifiriuc, G. Mihaescu [et al.]. - Text : direct //Front Oncology. - 2023. - № 8. - P.13.
111. Moore, C. Compliance with oral hygiene and dietary advice for the prevention of post-radiotherapy dental disease among head and neck cancer patients - a qualitative study / C. Moore, M. Donnelly, C. Semple [et al.]. - Text : direct // Journal of Dentistry. - 2023. - № 138. - P.104.
112. Compositional and functional variations of oral microbiota associated with the mutational changes in oral cancer / Shun-Fa Yang, Hsien-Da Huang, Wen-Lang Fan [et al.]. - DOI: 10.1016/j.oraloncology.2017.12.005 - Text : direct // Oral Oncology. - 2018. - № 7. - P. 1-8.

113. Danella, E. B. Cytokines secreted by inflamed oral mucosa: implications for oral cancer progression/ E. B. Danella, M. Costa de Medeiros, N. J. D'Silva // *Oncogene*. - 2023. - №42(15). - P. 1159-1165.
114. D'Cruz, A. Oral cancers: Current status / A. D'Cruz, R. Vaish, H. Dhar. - Text : direct // *Oral Oncology*. - 2018. - № 87. - P. 64-69.
115. Effects of professional oral hygiene care in patients with head-and-neck cancer during radiotherapy: A randomized clinical trial / H. O. Sohn, E. Y. Park, Y. S. Jung [et al.]. - Text : direct // *Indian Journal Dentist Research*. - 2018. - № 29. - P. 700-704.
116. Gelažius, R. Epidemiology of primary oral cancer diagnostics in Kaunas / R. Gelažius, A. Gervickas, R. Kubilius. - Text : direct // *Stomatologija*. - 2018. - № 20(2). - P. 49-53.
117. Suspension of oral hygiene practices highlights key bacterial shifts in saliva, tongue, and tooth plaque during gingival inflammation and resolution. / M. W. Hall, N. C. Wellappuli, R.C. Huang [et al.] - Text : direct // *ISME Commun.* - 2023. - №3(1). - P. 23.
118. Human papillomavirus and the landscape of secondary genetic alterations in oral cancers / M. Gillison, K. Akaqi, W. Xiao [et al.]. - Text : direct // *Genome Research*. - 2019. - № 29(1). - P. 1-17.
119. Inflammator y bacteriome featuring *Fusobacterium nucleatum* and *Pseudomonas aeruginosa* identified in association with oral squamous cell carcinoma / Nezar Noor Al-hebshi, Akram Thabet Nasher, Mohamed Yousef Maryoud [et al.]. - DOI: 10.1038/s41598-017-02079-3. - Text : direct // *Scientific Reports*. - 2017. - № 7. - P. 1834.
120. Influences of facial disfigurement and social support for psychosocial adjustment among patients with oral cancer in Taiwan: a cross-sectional study / T. Wang, M. Lu, P. Kuo [et al.]. - Text : direct // *BMJ Open*. - 2018. - № 8(11). - P. 82-85.

121. Jokar, M. The incidence of oral cavity cancer in Iran: A systematic review and meta-analysis/ M. Jokar, N. Namavari, S. A. Moshiri, H. K. Jahromi. - Text : direct // *Cancer Reports* (Hoboken). - 2023. - № 6(6). - P.1836.
122. Levi, L. E. Dental Treatment Planning for the Patient with Oral Cancer / L. E Levi, R. V. Lalla. - Text : direct // *Dental Clinic North America*. - 2018. - № 62(1). - P. 121-130.
123. Lip and oral cavity cancer treatment (PDQ). - Text : electronic // National Cancer Institute. - 2021. - URL: <https://www.cancer.gov/types/head-and-neck/hp/adult/lip-mouth-treatment-pdq> (date of application: 25.03.2017).
124. Nagao, T. Screening for oral cancer: Future prospects, research and policy development for Asia / T. Nagao, S. Warnakulasuriya. - Text : direct // *Oral oncology*. - 2020. - № 105. - P. 112-118.
125. National cancer control programs and setting priorities / J. Stjernswärd, K. Stanley, D. Eddy [et al.]. - Text : direct // *Cancer Detection and Prevention*. - 1986. - № 9(1-2). - P. 113-124.
126. Nicotine exposure induces the proliferation of oral cancer cells through the α 7 subunit of the nicotinic acetylcholine receptor / T. Nishioka, H. Tada [et al.]. - Text : direct // *Biochemical and Biophysical Research Communications*. - 2016. - № 1. - P. 52-56.
127. O'Dowd, A. Mouth cancer: Dentists central to fight against oral cancer in new action plan / A. O'Dowd. - Text : direct // *British Dental Journal*. - 2018. - № 225(10). - P. 26-29.
128. Oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma: histopathological parameters of aggressive behavior / I. Panarese, G. Aguino, A. Ronchi [et al.]. - Text : direct // *Expert Review of Anticancer Therapy*. - 2018. - № 19(2). - P. 46-50.
129. Oral cancer: Etiology and risk factors: A review / M. Kumar, R. Nanavati, T.G. Modi, C. Dobariya. - Text : direct // *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. - 2016. - № 12. - P. 458-463.
130. Oral cancer screening among smokers and nonsmokers / Q. Alkhubaizi, M. Khalaf, H. Dashti, P. Sharama. - Text : direct // *Journal of*

International Society of Preventive & Community Dentistry. - 2018. - № 8(6). - P. 12-16.

131. Oral microbiome: A new biomarker reservoir for oral and oropharyngeal cancers / Y. Lim, M. Totsika, M. Morrison, C. Punyadeera. - Text : direct // Theranostics. - 2017. - № 7(17). - P. 4313-4321.

132. Oral mucosal lesions during orthodontic treatment / M. Baricevic, M. Mravak-Stipetic, M. Majstorovic [et al.]. - Text : direct // International Journal of Paediatric Dentistry. - 2011. - № 21(2). - P. 96-102.

133. Pagedar, N. A. Better visualization of oral cancer Margins-A struggle of cancer and technology / N. A. Pagedar. - Text : direct // JAMA Otolaryngol Head Neck Surgery. - 2020. - № 146(12). - P. 1156-1157.

134. Paré, A. Oral cancer: Risk factors and management / A. Paré, A. Joly. - Text : direct // Presse Med. - 2017. - № 46(3).- P. 320-330.

135. Periodontal pathogens are a risk factor of oral cavity squamous cell carcinoma, independent of tobacco and alcohol and human papillomavirus / I. Ganly, L. Yang, R.A. Giese [et al.]. - Text : direct // Int. J. Cancer. - 2019. - № 145(3). - C. 775-84.

136. Performance status scale for head and neck scores for oral cancer survivors: predictors and factors for improving quality of life / T. Kondo, A. Suguchi, Y. Yabuno [et al.]. - Text : direct // Clinical Oral Investigations. - 2018. - № 22. - P. 1-8.

137. Petersen, P. E. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme / P.E. Petersen. - Text : direct // Community Dent Oral Epidemiol. - 2003. - Vol. 31. - P. 3-23.

138. Phenolic compounds in particles of mainstream waterpipe smoke / E. Sepetdjian, R. Abdul Halim, R. Salman [et al.]. - Text : direct // Nicotine Tob. Res. - 2013. - Vol.15, № 6. - P. 1107-1112.

139. Pivovar, A. Oral cancer screening for high-risk individuals in the primary healthcare setting using an active approach / A. Pivovar, D. Goncalves, C.

Torres-Pereira. - Text : direct // Journal of Oral Pathology & Medicine. - 2017. - № 46(9). - P. 786-791.

140. Prevention of surgical site infection after oral cancer surgery by topical tetracycline: Results of a multicenter randomized control trial / Madoka Funahara [et al.]. - Text : direct // Medicine (Baltimore). - 2017. - № 96(48). - P. 8891.

141. Repair index in examination of nuclear changes in the buccal mucosa of smokers: A useful method for screening of oral cancer / Sareh Farhadi [et al.]. - Text : direct // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. - 2017. - № 18(11). - P. 3087-3090.

142. Reviewing the role of human papillomavirus in oral cancer using the Bradford Hill criteria of causation / A. Raj, S. Patil, A. Gupta [et al.]. - Text : direct // Disease a Month. - 2018. - № 1. - P. 24-28.

143. Sahni, V. Is there an association between oral hygiene and head and neck cancer? / V. Sahni. - Text : direct // Evidence Based Dentistry. - 2023. - №24(2). - P. 57–58.

144. Oral cancer in Australia: Rising incidence and worsening mortality/ A. Sun, D. Sharma, S. W. Choi [et al.]. - Text : direct // Journal Oral Pathology in Medicine. - 2023. - №52(4). – 328-334.

145. Santacroce, L. Oral microbiota in human health and disease: A perspective./ L. Santacroce, P. C. Passarelli, D. Azzolino [et al.]. - Text : direct // Experimental Biology and Medicine (Maywood). - 2023. - № 248(15). - P. 1288–1301.

146. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer / P. Brocklehurst, O. Kujan, L. O’Malley [et al.]. - Text : direct // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2013. - № 11. - P. 21–26.

147. Shihadeh, A. Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide, and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe / A. Shihadeh, R. Saleh. - Text : direct // Food and Chemical Toxicology. – 2005. - № 5(43). - P. 655–661.

148. Slade, G. D. Oral health-related quality of life: Assessment of oral health-related quality of life / G.D. Slade. - Text : direct // Oral health-related quality of life. - Illinois : Quintessence Publishing Co. Inc, 2002. - P. 12–16.
149. The effects of waterpipe tobacco smoking: A systemic review / E. Akl, S. Gaddam, S. Gunukula [et al.]. - Text : direct // International Journal of Epidemiology. – 2010. - № 39. - P. 834–857.
150. Thiruvengadam, R. Therapeutic strategy for oncovirus-mediated oral cancer: A comprehensive review / R. Thiruvengadam, J. H. Kim. - Text : direct // Biomedical Pharmacotherapy. - 2023. - №165. - P. 115–117.
151. Valdez, J. A. Impact of oral cancer on quality of life / J. A. Valdez, M. T. Brennan. - Text : direct // Dental Clinic North America. - 2018. - № 62(1). - P. 143–154.
152. World health organization. Global status report on alcohol and health. - Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2014. - P. 39