

УДК 616.716.8-006.6

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Жидовинов А.В., Михальченко Д.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, e-mail: serjenalt1@mail.ru

По данным ВОЗ, во всем мире в 2015 году было установлено более 20 миллионов первичных диагнозов злокачественных новообразований, зафиксировано 13 миллионов смертей. Более того, динамика показателей заболеваемости оставляет желать лучшего. Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15% всех стоматологических заболеваний. До 25% новообразований приходится на челюстно-лицевую область. За 2015 год на территории Российской Федерации было установлено около 93 тысяч первичных диагнозов ЗНО челюстно-лицевой области. Важным моментом является ранняя диагностика онкологических заболеваний, хотя и статистика показывает обратное – опухоли диагностируются чаще на 3-й и 4-й стадии. В стоматологической практике врача-стоматолога достаточно важным является профилактика, своевременное выявление и лечение онкологических заболеваний. В нашей статье мы хотим уделить внимание злокачественным новообразованиям челюстно-лицевой области, проанализировав статистические данные.

Ключевые слова: онкология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF STATISTICAL DATA OF MALIGNANT TUMORS OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION

Zhidovinov A.V., Mikhalchenko D.V.

Medical University "Volgograd State Medical University", Volgograd, e-mail: serjenalt1@mail.ru

According to WHO, in 2015, it was established more than 20 million primary diagnoses of malignant tumors, recorded 13 million deaths. Moreover morbidity speaker leaves much to be desired. Tumours of maxillofacial area make up 15% of all dental diseases. Up to 25% of tumors accounted for the maxillofacial region. During 2015 in the territory of the Russian Federation was established about 93 thousand primary diagnoses External testing of the maxillofacial region. The important point is the early diagnosis of cancer, even though statistics show the opposite - tumor diagnosed more frequently on the 3rd and 4th stages. In the dental practice, the dentist is important enough prevention, early detection and treatment of cancer. In this article, we want to pay attention to the malignant neoplasms of maxillofacial area analyzing statistical data.

Keywords: oncology, dentistry, maxillofacial surgery.

На сегодняшний день в мире остро стоит проблема профилактики и лечения онкологических заболеваний. С каждым годом выявляется все больше и больше случаев выявления злокачественных новообразований. Онкология занимает 2-3 место в списке причин смертности. Для врачей-стоматологов имеет первостепенное значение локализация опухолей в челюстно-лицевой области. Для того чтобы осветить актуальность и важность проблемы злокачественных новообразований, в нашей статье мы хотим проанализировать статистические данные указанной нозологии [4].

По данным ВОЗ, за 2015 г. в Российской Федерации впервые за всю историю выявлен 589 341 случай злокачественных новообразований (в том числе 270 046 и 319 335 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2014 г. составил 4,0%. В конце 2015 г. в территориальных онкологических

учреждениях России состояли на учете 3 404 237 пациентов (2014 г. – 3 291 035). Совокупный показатель распространенности составил 2 329,8 на 100 000 населения [1; 4; 5].

Диагноз злокачественного новообразования был подтвержден морфологически в 90,4% случаев (2005 г. – 80,7%). В 2015 г. в России умерли 1 908 541 человек (2014 г. – 1 878 039). «Грубый» показатель смертности населения России от всех причин на 100 000 населения составил 1303,8 (2014 г. – 1304,2) [1; 5; 9].

Опухоли челюстно-лицевой области составляют до 15% всех стоматологических заболеваний. До 25% новообразований человека приходится на челюстно-лицевую область. За 2015 год на территории Российской Федерации было установлено около 93 тысяч первичных диагнозов ЗНО челюстно-лицевой области. За период с 2005 по 2015 г. прирост злокачественных новообразований челюстно-лицевой области составил около 19-21%. При этом нужно отметить, что прирост в некоторых локализациях достаточно снизился, к примеру клинические случаи с диагнозом новообразований губы снизился на 38,63%, костей и хрящей на 27,44% [6; 9; 10].

Как показывают эпидемиологические исследования, частота заболеваемости злокачественными опухолями полости рта связана с определёнными закономерностями: влиянием факторов внешней среды, бытовыми привычками, характером питания. Так, число заболевших злокачественными опухолями полости рта в европейской части России на 100 тыс. населения составляет 1,3-2,7. В странах Средней Азии это число увеличивается до 4,3. В целом по РФ заболеваемость злокачественными опухолями полости рта составляет 2-4% от общего числа злокачественных опухолей человека. В Узбекистане она равняется 8,7%. В Индии злокачественные опухоли полости рта составляют 52% от общего числа злокачественных опухолей от всех локализаций. В США такие больные составляют 8% среди всех онкобольных. Наиболее часто злокачественные новообразования, по статистике, поражают слизистые оболочки полости рта, кожу лица и губ, слюнные железы.

Среди новообразований полости рта 65% приходится на злокачественные опухоли языка. Среди других локализаций злокачественных опухолей полости рта 12,9% приходится на слизистые щек, 10,9% — на дно полости рта, 8,9% — на слизистую оболочку альвеолярных отростков верхней челюсти и твердого неба, 6,2% — на мягкое небо, 5,9% — на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти, 1,5% — на язычок мягкого неба, 1,3% — на передние нёбные дужки. Злокачественные опухоли полости рта развиваются у мужчин в 5-7 раз чаще, чем у женщин. Наиболее часто болеют люди в возрасте 60-70 лет. Обычно после 40 лет количество заболевших возрастает и значительно сокращается в возрасте, превышающем 80 лет. Однако злокачественные опухоли полости рта встречаются и у детей. А.И. Пачес приводит случаи заболевания у детей 4-летнего возраста.

Ведущей локализацией в общей (оба пола) структуре онкологической заболеваемости является кожа. На кожу приходится 12,5% от всех локализаций (с меланомой – 14,2%). Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5%, при этом количество больных с этим диагнозом постоянно растет. В большинстве случаев (90%) рак кожи развивается на открытых участках кожи, при этом 70% опухолей формируется в области лица [7; 8]. Возможно возникновение рака из придатков кожи (например, потовых и сальных желез), который чаще имеет строение аденокарциномы, отличается низкой степенью дифференцировки и крайней злокачественностью течения. Плоскоклеточный рак распространяется в тканях неравномерно. Язва, постепенно увеличиваясь в размерах, достигает больших размеров. Метастазирование наблюдается в 1-2% случаев. Наиболее частая локализация метастазов: околоушные, подчелюстные лимфоузлы. Отдаленные метастазы (в легкие, кости, молочные железы) наблюдались только при раке, образовавшемся из придатков кожи. Рак кожи чаще встречается у мужчин, преимущественно в возрасте 40-70 лет. На фоне предшествующих раку патологических процессов появляется уплотнение, которое позже изъязвляется. А.П. Шанин (1952) выделил 3 формы рака кожи: поверхностную, инфильтративную, папиллярную.

Рак губы составляет 3% по отношению ко всем злокачественным заболеваниям (занимает 8—9-е место). В последние годы, по данным ВОНЦ, наблюдается уменьшение заболеваемости раком губы. Чаще поражается нижняя губа. Рак верхней губы составляет 2—5% по отношению к раку нижней губы. Причина этого неясна. В 80,5% случаев опухоль имеет строение плоскоклеточного ороговевающего рака со сравнительно медленным ростом, малой инфильтрацией тканей. Метастазы развиваются поздно. Неороговевающий плоскоклеточный рак характеризуется быстрым изъязвлением, инфильтративным ростом, ранним метастазированием в регионарные лимфоузлы.

Новообразования слюнных желез встречаются в 1—2% наблюдений по отношению к общему количеству опухолей, возникающих у человека. Чаще опухоли слюнных желез бывают доброкачественными (около 60%). Злокачественные новообразования наблюдаются в 10—46% случаев. Такая большая разница обусловлена тем, что исследователи придерживаются разных классификаций опухолей слюнных желез. Соотношение опухолей околоушной и подчелюстной слюнных желез составляет от 6:1 до 15:1. Опухоли слюнных желез могут встречаться у пациентов в различном возрасте. Известны случаи обнаружения гемангиомы и саркомы околоушных слюнных желез у новорожденных. Описаны опухоли слюнных желез у престарелых лиц. Однако после 70 лет опухоли этой локализации встречаются редко. Наиболее часто новообразования слюнных желез появляются у людей в

возрасте от 50 до 60 лет. Иногда продолжительность анамнеза установить сложно, т.к. нередко опухолевый процесс протекает десятилетиями, бессимптомно.

Базалиомы занимают промежуточное положение среди опухолей кожи. Они обладают преимущественно местнодеструктурирующим ростом, не дают метастазов. Пачес А.И. (1863), Глазунов М.Ф. (1933) считают, что базалиомы возникают из эмбриональной эктодермы по линии эмбриональных смыканий лица. Среди эмбриональных опухолей кожи области головы и шеи базалиомы встречаются наиболее часто (60—80%). По Международной гистологической классификации различают 3 вида базалиом: 1) поверхностный мультицентрический; 2) склеродермальный; 3) фиброзно-эпителиальный. Клиническое течение разнообразное и зависит от локализации и формы опухоли. Сначала на коже появляется безболезненное уплотнение, которое затем изъязвляется и покрывается корочкой. Если ее удалить, то корочка возникает вновь. Постепенно язва и уплотнение вокруг увеличиваются. Процесс длится месяцами, и больные обычно обращаются к врачу не сразу. Локализация базалиом довольно типична (носогубные складки, крылья носа, верхняя губа, внутренние углы глаз, век, наружные углы глаз, виски). Базалиома чаще возникает в виде одиночного узла у людей в возрасте старше 50 лет. В начальном периоде развития базалиомы можно выделить опухолевую, язвенную и переходную формы роста. Классификация по системе TNM, как и при раке кожи [5].

Злокачественные опухоли нижней челюсти встречаются примерно в три раза реже, чем верхней (Кабаков Б.Д. с соавт., 1978, Пачес А.И., 1983). У мужчин злокачественные опухоли этой локализации отмечаются чаще, чем у женщин. Болеют обычно люди в возрасте 40—60 лет.

Гистологическая структура. Среди злокачественных опухолей нижней челюсти встречаются эпителиальные (раки) и соединительно-тканые (саркомы). Рак выявляется чаще у больных старше 40 лет, саркома — у лиц моложе 40 лет. Однако возможны исключения. Раковые поражения нижней челюсти подразделяются на первичные и вторичные. Первичный рак возникает в толще альвеолярного отростка. Считают, что основой развития первичного рака нижней челюсти являются остатки гертвиговской эпителиальной мембраны в виде эпителиальных отростков Маляссе. Будучи разбросаны в толще периодонта зубов, клетки этих островков сохраняют высокие пластические свойства на протяжении всей жизни человека. Первичный рак нижней челюсти может развиваться также из эпителиальных элементов стенки гранулемы или кисты. При вторичном раке первичный опухолевый очаг более чем в половине случаев располагается на слизистой оболочке полости рта. А.И. Пачес считает неверным выделение вторичных раковых опухолей нижней челюсти в отдельную группу, т.к. в действительности речь в этом случае идет о раке

слизистой оболочки альвеолярного края, дна полости рта и других областей полости рта, прорастающем в нижнюю челюсть [5].

Злокачественные новообразования верхней челюсти составляют 2—4% среди других опухолей человека. Несмотря на небольшой удельный вес, абсолютное число таких больных велико. По данным А.И. Пачеса (1983), злокачественные опухоли верхней челюсти встречаются практически одинаково часто у мужчин и женщин, хотя число женщин несколько преобладает. Примерно 65% пациентов с данным заболеванием регистрируют в возрасте 50—70 лет. Однако нередко опухоли верхней челюсти встречаются и в более молодом возрасте, и даже у детей. Гистологическая структура злокачественных опухолей верхней челюсти разнообразна. По Международной гистологической классификации № 19 ВОЗ они делятся на эпителиальные (раки) и соединительнотканые (саркомы). Среди множества морфологических разновидностей злокачественных опухолей верхней челюсти преобладают эпителиальные опухоли. Рак верхней челюсти, как правило, является вторичным поражением верхнечелюстной кости опухолью, рост которой начинается из эпителиального покрова слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, полости носа, альвеолярного отростка или твердого неба. При двух последних локализациях речь, по существу, идет о раке слизистой оболочки полости рта соответствующей распространенности. Значительно реже опухоль распространяется на верхнечелюстную кость с кожных покровов (1,6%) [5].

В тканях органов полости рта, лица и костях лицевого черепа могут встречаться опухоли любого гистологического типа. По происхождению они могут быть из соединительной ткани, эпителия, мышечной, нервной и других тканей. В некоторых случаях обнаруживаются смешанные опухоли, состоящие из нескольких видов тканей.

Происхождение одонтогенных опухолей связано с развитием зубной системы. Некоторые из этих образований относят к опухолям условно, так как они представляют собой порог развития сосудов или кожи (отдельные виды ангиом, пигментные родимые пятна и др.). С этой точки зрения необходимо отличать истинные опухоли от опухолеподобных заболеваний [1; 5].

Признаки истинных опухолей, общие для всех их форм, как доброкачественных, так и злокачественных, определяются большей или меньшей степенью атипичности их гистологического строения и неограниченным характером их роста (Петров Н.Н.). Основная биологическая особенность истинных новообразований, в отличие от физиологических, нормальных гиперплазий, а также от инфекционно-воспалительных пролифератов, состоит в том, что опухоли проявляют способность к неограниченному продолжению своего роста даже после устранения тех причин, которые его вызвали. Злокачественные опухоли

характеризуются быстрым ростом, инфильтрируют и разрушают прилежащие ткани, имеют способность метастазировать по лимфатическим путям или кровеносным сосудам. Доброкачественные новообразования растут «из себя», раздвигая окружающие здоровые ткани, не склонны к инфильтрации и метастазированию [5].

Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями полости рта показал её зависимость от целого ряда так называемых предрасполагающих факторов. В этом ряду следует упомянуть вредные бытовые привычки (курение, злоупотребление алкоголем, употребление «наса», жевание бетеля). Особенно опасны сочетание курения и употребления алкоголя, хронической механической травмы коронкой разрушенного зуба, острым краем пломбы или некачественно изготовленного протеза. У некоторых больных в анамнезе фигурирует однократная механическая травма (прикусывание языка или щеки во время еды или разговора, повреждение слизистой оболочки инструментом во время лечения или удаления зубов). В ряде случаев в развитии злокачественных новообразований полости рта играют вредные производственные факторы (химические производства, горячие цехи, работа в запылённых помещениях, постоянное пребывание на открытом воздухе, во влажной среде при низких температурах, чрезмерная инсоляция) [9; 10].

Определённое значение имеет характер питания. Недостаточное содержание в пище витамина А или нарушение его усвояемости приводит к нарушению процессов ороговения, на почве чего может возникнуть злокачественная опухоль. Вредно систематическое употребление слишком горячей пищи, острых блюд. Велика роль гигиены полости рта (своевременное и качественное лечение зубов, протезирование дефектов зубных рядов). Недопустимо изготовление пломб и протезов из разнородных металлов, так как это служит причиной возникновения гальванических токов в полости рта, вследствие чего развивается то или иное патологическое состояние слизистой оболочки полости рта. Запущенные формы пародонтита приводят к смещению зубов, образованию зубных камней, присоединению инфекции. Это способствует повреждению слизистой оболочки полости рта, предшествующему развитию злокачественной опухоли. Несомненную роль в возникновении злокачественных новообразований полости рта играют предопухолевые заболевания [7; 8].

Они чаще возникают у мужчин в возрастном интервале 40—45 лет. По данным А.Л. Машкиллейсона (1971), злокачественным опухолям полости рта в 20—50% случаев предшествуют различные заболевания. Чаще всего они встречаются на языке (50—70%) и слизистой оболочке щёк (11—20%). Работа над систематизацией большой группы заболеваний, предшествующих злокачественным новообразованиям полости рта, продолжается до настоящего времени.

Анализ этиологических факторов, предшествующих возникновению предопухолевых заболеваний, злокачественных новообразований полости рта, позволяет определить комплекс санитарно-гигиенических мероприятий, включающих устранение вредных бытовых привычек, полноценную защиту от воздействий внешней среды (чрезмерная инсоляция, производственные вредности), рациональное питание, соблюдение гигиены полости рта, качественную санацию полости рта. Это необходимо учитывать практическому врачу в своей повседневной работе.

Максимальное число заболеваний приходится на возрастную группу 65-69 лет (16,1%): у мужчин – 18,4%, у женщин – 14,3%. Различия в возрастной структуре заболеваемости мужского и женского населения проявляются отчетливо после 30 лет. Удельный вес злокачественных новообразований в возрасте 30-49 лет в группе заболевших женщин (13,5%) выше, чем в группе заболевших мужчин (7,9%). В возрастной группе 60 лет и старше диагностируются 68,6% случаев заболевания в мужской и 64,1% в женской популяциях [2; 4].

Как известно, тяжесть злокачественных новообразований и их прогноз определяются, прежде всего, стадией заболевания. Показатели процентного соотношения диагностики стадий онкологических заболеваний полости рта и глотки за 2010-2015 год в целом по России следующие: I-II стадия злокачественных новообразований выявлена в 28%, III – в 39% и IV – в 33% случаев. Показатели выявления заболевания в III и IV стадии по федеральным округам указаны в таблице.

Диагностика злокачественных новообразований полости рта
и глотки III и IV стадии (в %)

Федеральный округ	III стадия	IV стадия
Дальневосточный	39,1	29,5
Приволжский	46,5	26,4
Северо-Западный	43,4	24,9
Северо-Кавказский	46,5	26,4
Сибирский	43,7	32,1
Уральский	36,4	30,0
Центральный	35,6	38,2
Южный	29,8	44,5

Обращает на себя внимание большой процент выявления злокачественных опухолей полости рта и глотки в III и IV стадиях, это так называемые запущенные формы рака с

неблагоприятным прогнозом. Такая ситуация свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности врачей-стоматологов [1].

Выявление злокачественных опухолей ЧЛЮ должно быть неотъемлемой частью терапевтических и стоматологических осмотров, поскольку ранняя диагностика болезни исключительно важна. Злокачественные опухоли около 1 см и менее в диаметре обычно хорошо излечимы. К сожалению, злокачественные опухоли ЧЛЮ в большинстве случаев не диагностируются, пока они не распространились на лимфатические узлы.

Таким образом, можно сделать выводы, что, несмотря на внедрение новых методов и способов диагностики, профилактики и лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, заболеваемость и смертность на территории Российской Федерации остается достаточно высока и требует особого внимания.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Рак. Информационный бюллетень № 297. Февраль 2015 г. – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>.
2. Жидовинов А.В. Исследование локальных адаптационных реакций при лучевой терапии пациентов с дефектами челюстно-лицевой области со съёмными ортопедическими конструкциями // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 6. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23058>.
3. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В., Слетов А.А., Локтионова М.В. Лечение и реабилитация пациентов с объёмными дефектами нижней челюсти // Клиническая стоматология. - 2016. - № 2. – С. 63–66.
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность). – М. : МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017.
5. Чиссов В.И., Александрова Л.М., Бутенко А.В. Научные основы и перспективы развития клинической онкологии // Вестник Росздравнадзора. - 2010. - № 4. - URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-osnovy-i-perspektivy-razvitiya-klinicheskoy-onkologii> (дата обращения: 08.11.2016).
6. Mashkov A.V., Sirak S.V., Mikhachenko D.V., Zhidovinov A.V. Variability index of activity of masticatory muscles in healthy individuals within the circadian rhythm // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 5.

7. Matveev S.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Rehabilitation diet patients using the dental and maxillofacial prostheses // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 5.
8. Matveev S.V., Sirak S.V., Mikhalchenko D.V., Zhidovinov A.V. Selection criteria fixing materials for fixed prosthesis // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 5.
9. Mikhalchenko D.V., Siryk S.V., Zhidovinov A.V., Orehov S.N. Improving the efficiency of the development of educational material medical students through problem-based learning method in conjunction with the business game // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 4.
10. Mikhalchenko D.V., Siryk S.V., Zhidovinov A.V., Orekhov S.N. Optimization of the selection of provisional structures in the period of osseointegration in dental implants // International Journal Of Applied And Fundamental Research. – 2016. – № 4.