

## Влияние фактора гигиены полости рта на развитие новообразований орорфарингеальной зоны

Д.Г. Кипарисова, Ю.С. Кипарисов, Н.С. Нуриева

Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 454048, Челябинск, ул. Воровского, 38в

Контакты: Диана Габбасовна Кипарисова 5829133@mail.ru

**Цель исследования** — оценить влияние гигиены полости рта на развитие злокачественных новообразований (ЗНО) орорфарингеальной зоны.

**Материалы и методы.** Материалом для настоящего исследования послужили данные проспективного изучения показателей стоматологического здоровья у 586 больных (мужчин — 76,4 %, женщин — 23,6 %) с ЗНО орорфарингеальной зоны. Локализация новообразований у обследуемых пациентов была следующей: язык — 195 (33 %) случаев, дно полости рта — 147 (25 %), ротоглотка — 139 (24 %), верхняя челюсть — 36 (6 %), слизистая оболочка щеки — 21 (4 %), мягкое небо — 18 (3 %), ретромолярная область — 14 (2 %), нижняя челюсть — 12 (2 %), нос — 4 (1 %). При обследовании пациентов использовались обычные методы стоматологического осмотра, определение индекса гигиены и индекса КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов), оценивалось умение и желание пациента проводить индивидуальную гигиену ротовой полости. Для оценки исходного умения использовался индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) (Podshadley, Haley, 1968). Также проводился анализ первичной обращаемости пациентов с опухолями орорфарингеальной зоны к врачам различной специализации.

**Результаты.** У пациентов с ЗНО орорфарингеальной зоны индекс КПУ был высокий и составил  $15 \pm 0,4$  с преобладанием в структуре кариозных и удаленных зубов, индекс РНР составил  $1,4 \pm 0,1$ , что соответствует показателю «удовлетворительно». Так, среди пациентов группы сравнения, имевших справку о санации, удовлетворительная санация полости рта была только у 4,8 % больных. Следовательно, 95,2 % больных были не подготовлены к специализированному лечению. Из всех обследованных пациентов 176 (30 %) первично обратились с жалобами к стоматологу, 155 (26,5 %) — к онкологу, 107 (18,3 %) — к лор-врачу, 103 (17,7 %) — к участковому терапевту и 43 (7,5 %) — к хирургу. Из анамнеза также выявлено, что 59,2 % пациентов (с их слов) лечились самостоятельно до обращения к специалистам. Было установлено, что 52,4 % пациентов в среднем затратили на самостоятельное лечение или на лечение у специалистов неонкологического профиля 1–3 мес, 28,6 % — 4–6 мес, 19 % — от 6 мес до 1 года. С этим фактором связана обращаемость пациентов в онкологические учреждения с III–IV стадиями опухолевого процесса.

**Заключение.** Сделан вывод о низком уровне гигиены полости рта, об общем неудовлетворительном состоянии органов и тканей ротовой полости у пациентов с новообразованиями орорфарингеальной зоны, нерегулярном посещении врача-стоматолога и преимущественном самолечении. Нерегулярное посещение врача-стоматолога в целях профилактического осмотра полости рта и несвоевременное обращение пациентов к врачу-стоматологу при наличии проблем со стороны полости рта приводят к тому, что госпитализация в специализированное учреждение пациентов данной категории происходит преимущественно на III–IV стадиях опухолевого процесса, что соответствующим образом влияет на последующую тактику специализированного лечения и долгосрочные прогнозы. Врач-стоматолог должен вносить существенный вклад в диагностику ЗНО челюстно-лицевой области.

**Ключевые слова:** новообразования головы и шеи, гигиена полости рта, экзогенные факторы, курение, орорфарингеальная зона, индекс КПУ, индекс эффективности гигиены полости рта, лечение, предракти

DOI: 10.17650/2222-1468-2015-5-2-39-44

### Impact of oral hygiene on the development of oropharyngeal neoplasms

D.G. Kiparisova, Yu.S. Kiparisov, N.S. Nurieva

Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics, South Ural State Medical University, Ministry of Health of Russia;  
38c Vorovsky St., Chelyabinsk, 454048, Russia

**Objective.** To evaluate the impact of oral hygiene on the development of oropharyngeal malignancies.

**Subjects and methods.** The data of a prospective study of dental health indicators were analyzed in 586 patients (there were 76.4 % men and 23.6 % women) with oropharyngeal malignancies. In the examinees, the sites of oropharyngeal neoplasms were as follows: the tongue in 195 (33 %) cases, mouth floor in 147 (25 %), oropharynx in 139 (24 %), maxilla in 36 (6 %), buccal mucosa in 21 (4 %), soft palate in 18 (3 %), retromolar area in 14 (2 %), mandibula in 12 (2 %), and nose in 4 (1 %). The patients' examination employed routine dental examinations, determination of oral hygiene index, CFE index (a sum of carious, filled, and extracted teeth), and assessment of a patient's skill and desire to perform individual oral hygiene. The patient hygiene performance (PHP) index (Podshadley, Haley, 1968) was used to estimate his/her baseline ability. The rates of initial visits made by patients with oropharyngeal tumors to physicians of different specialties were also analyzed.

**Results.** In the patients with oropharyngeal malignancies, the CFE index was high and amounted to  $15 \pm 0.4$  c with a preponderance of carious and extracted teeth in the pattern; the PHP index was  $1.4 \pm 0.1$ , which corresponded to a satisfactory index. Thus, among the compari-

son group patients, satisfactory oral cavity sanitation was noted in only 4.8 % of the patients having a sanitation certificate. Consequently, 95.2 % of the patients were unready for specialized treatment. Out of the examinees, 176 (30 %) made an initial visit for complaints to a dentist, 155 (26.5 %) to an oncologist, 107 (18.3 %) to an ENT doctor, 103 (17.7 %) to a local therapist, and 43 (7.5 %) to a surgeon. The collected history data also revealed that 59.2 % of the patients had self-treatment before going to specialists (according to them). Self-treatment or treatment by a noncancer specialist was ascertained to take an average of 1 to 3 months, 4 to 6 months, and 6 months to 1 year in 52.4 %, 28.6 % and 19 %, respectively. This factor is responsible for the visits made by patients with stages III–IV cancer to oncology facilities.

**Conclusion.** It is concluded that the level of oral hygiene practices is low; the state of oral organs and tissues is generally unsatisfactory in the patients with oropharyngeal neoplasms; their dental visits are irregular, and they had mainly self-treatment. Irregular dental visits for oral prophylaxis and an untimely dental search for oral problems lead to the fact that the patients of this category are hospitalized to a specialized institution when they have mainly stages III–IV cancer, which accordingly determines further specialized treatment policy and long-term prognoses. The dentist should make a significant contribution to the diagnosis of maxillofacial malignancies.

**Key words:** head and neck neoplasms, oral hygiene, exogenous factors, smoking, precancerous position

## Введение

Диагностика патологии челюстно-лицевой области не представляет трудностей для врача-стоматолога, так как красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта доступны для визуального и мануального обследования. Кроме того, врач-стоматолог зачастую является врачом «первого контакта» для большой категории пациентов. Однако до настоящего времени лечение больных раком орорфарингеальной области остается достаточно сложной проблемой, о чем свидетельствуют неудовлетворительные показатели 5-летней выживаемости. Это связано в первую очередь с трудностями излечения больных местно-распространенными формами рака III–IV стадий, удельный вес которых составляет 70–80 % [1].

Удельный вес злокачественных новообразований (ЗНО) орорфарингеальной зоны в структуре заболеваемости в России и в мире в целом достаточно велик и продолжает расти. По данным официальной онкологической статистики, общий интенсивный показатель заболеваемости ЗНО полости рта и глотки в России за период с 2000 по 2010 г. увеличился с 7,26 до 8,4 на 100 тыс. населения. В 2010 г. в России было выявлено 11 494 больных с впервые установленным диагнозом ЗНО полости рта и глотки, при этом на поздних (III и IV) стадиях опухоли были выявлены у 70,8 % больных. Летальность на первом году с момента постановки диагноза составила 38,6 %. За 2010 г. по России показатель процентного соотношения диагностики стадий онкологических заболеваний следующий: I–II стадии – в 28 %, III – в 39 %, IV – в 33 % случаев. Обращает на себя внимание большой процент выявления ЗНО на III и IV стадиях, это так называемые запущенные формы рака [1]. Из сказанного следует, что рак орорфарингеальной зоны представляет собой актуальную медико-социальную проблему, в решении которой важную роль играет стоматологическое здоровье пациента. Ниже рассмотрим ситуацию, сложившуюся при обследовании пациентов, поступавших на лечение в Челябинский окружной онкологический диспансер.

## Материалы и методы

Материалом для настоящего исследования послужили данные проспективного изучения показателей стоматологического здоровья у 586 больных (мужчин – 76,4 %, женщин – 23,6 %) с ЗНО орорфарингеальной зоны. Локализация новообразований у обследуемых пациентов была следующей: язык – 195 (33 %) случаев (рис. 1), дно полости рта – 147 (25 %), ротоглотка – 139 (24 %), верхняя челюсть – 36 (6 %), слизистая оболочка щеки – 21 (4 %), мягкое небо – 18 (3 %), ретромолярная область – 14 (2 %), нижняя челюсть – 12 (2 %), нос – 4 (1 %). Так, у мужчин наиболее частым местом локализации явились ротоглотка (59,7 %), язык (49,7 %) и дно полости рта (49,6 %), у женщин – опухоли в области носа (25 %), ретромолярные (21,4 %) и верхней челюсти (19,4 %) (рис. 2). Анализ возрастного состава больных подтверждает социальную значимость лечения ЗНО орорфарингеальной зоны, поскольку 55,7 % больных находились в трудоспособном и общественно активном возрасте. Всех пациентов мы разделили на 2 группы: в основную группу вошли 195 больных, в группу сравнения – 391.

В настоящее время установлено, что опухоли чаще всего возникают и развиваются под воздействием неблагоприятных внутренних и внешних факторов. Устранение факторов, способствующих возникновению опухолей, является реальной основой для предупреждения развития новообразований [2]. Существенную роль в развитии рака головы и шеи играют местные травмирующие и раздражающие факторы: травмы разрушенными зубами или ортопедическими конструкциями, одиночно стоящими зубами, курение, употребление крепких спиртных напитков, воздействие химических соединений и температурных раздражителей. Любые ортопедические конструкции в полости рта, а также дентальные имплантаты, получившие в последнее время широкое распространение, являются объектом повышенного скопления зубного налета, что при ненадлежащем гигиеническом уходе может привести к хроническому воспалению слизистой оболочки,

а также к ее гиперплазии. Длительное воздействие неблагоприятных факторов, например хронической механической травмы, на воспаленную слизистую оболочку может привести к образованию травматической язвы, которая может озлокачествиться. Если в течение 10–15 дней после устранения причины не наблюдаются признаки заживления язвы, следует заподозрить ее озлокачествление [3].

При плохой гигиене полости рта любые поражения слизистой оболочки ротовой полости заживают долго, так как зубной налет представляет собой скопление микроорганизмов. Также плохая гигиена полости рта способствует прогрессивному развитию кариеса. При несвоевременном лечении кариеса возникает такое осложнение, как периодонтит. При периодонтите в запущенных стадиях в области верхушки корня зуба может образоваться киста, представляющая собой доброкачественное новообразование, способное озлокачествиться. Кроме того, зуб, пораженный кариесом, при отсутствии лечения может разрушиться с образованием острых травмирующих краев.

В общей структуре онкологических заболеваний органов и тканей челюстно-лицевой области предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ составляют 4,2–16,4 % [4]. Предраки — патологические процессы, обязательно предшествующие злокачественной опухоли, но не всегда переходящие в нее [5]. Пациенты с предраковыми заболеваниями должны находиться на диспансерном учете у врача-стоматолога. Однако в проведенном нами исследовании было установлено, что лишь 6,2 % пациентов имели информацию о состояниях, предшествующих развитию опухоли, и только 24,8 % проходили регулярный осмотр ротовой полости у врача-стоматолога. Полученные данные, скорее всего, отражают как уровень стоматологической помощи, так и санитарную грамотность населения Челябинской области.

Обращает на себя внимание тот факт, что 29 % больных раком орофарингеальной зоны связывают разви-

тие опухоли с различными стоматологическими вмешательствами: удалением зубов, установкой съемных и несъемных зубных протезов, лечением зубов и десен, а также с травмированием слизистой оболочки собственными разрушенными и одиночно стоящими зубами, оставшимися острыми корнями зубов.

При обследовании пациентов мы использовали обычные методы стоматологического осмотра, определения индекса гигиены и индекса КПУ (сумма кариозных, пломбированных и удаленных зубов). Кроме этого, мы обращали внимание на умение и желание пациента проводить индивидуальную гигиену ротовой полости. Для оценки исходного умения мы использовали индекс эффективности гигиены полости рта (РНР) (Podshadley, Haley, 1968).

### Результаты

Анализ результатов исследования показал, что в среднем уровень гигиены у обследуемых пациентов составил  $1,4 \pm 0,1$ , что соответствует показателю «удовлетворительно» (табл. 1, рис. 3). Результаты, полученные по итогам обследования, полностью соответствуют указанным анкетным данным о частоте ухода за полостью рта. Так, 2 раза в день чистят зубы 83,6 % опрошенных, 1 раз в день — 10,2 %, вообще не чистят зубы — 6,2 %. Индекс КПУ — критерий оценки распространенности кариозных поражений — у пациентов с ЗНО орофарингеальной зоны был высокий и составил  $15 \pm 0,4$  с преобладанием в структуре кариозных и удаленных зубов (табл. 2, рис. 4). Характер этого показателя не может не привлечь внимания к отсутствию регулярной стоматологической помощи.



Рис. 1. ЗНО языка



Рис. 2. ЗНО верхней челюсти

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

Группы	Хороший уровень гигиены (0,1–0,6)	Удовлетворительный (0,7–1,6)	Неудовлетворительный (более 1,7)	Средние показатели
Основная (n = 195)	78 (40)	109 (55,9)	8 (4,1)	1,3 ± 0,1
Сравнения (n = 391)	140 (35,8)	228 (58,3)	23 (5,9)	1,5 ± 0,2
Всего (n = 586)	218 (37,2)	337 (57,5)	31 (5,3)	1,4 ± 0,1

Таблица 2. Оценка индекса интенсивности кариеса пациентов основной группы и группы сравнения

Группы	Кариозные зубы	Пломбированные зубы	Удаленные зубы	Средние показатели
Основная (n = 195)	23 ± 0,3	10 ± 0,3	18 ± 0,2	17 ± 0,3
Сравнения (n = 391)	19 ± 0,2	6 ± 0,4	14 ± 0,3	13 ± 0,4
Всего (n = 586)	21 ± 0,3	8 ± 0,4	16 ± 0,3	15 ± 0,4

В нашем исследовании были получены неутешительные данные относительно исходного стоматологического состояния пациентов. Так, среди пациентов из группы сравнения, госпитализированных в Челябинский окружной клинический онкологический диспансер (отделение головы и шеи) и имевших справку о санации, удовлетворительная санация полости рта была только 4,8 % больных. Следовательно, 95,2 % больных были не подготовлены к специализированному лечению. Этот факт остается тем более тревожным, что из всех обследованных пациентов 176 (30 %) первично обратились с жалобами к стоматологу (рис. 5), 155 (26,5 %) – к онкологу, 107 (18,3 %) – к лор-врачу, 103 (17,7 %) – к участковому терапевту и 43 (7,5 %) – к хирургу. По проведенному нами анализу первичной обращаемости пациентов с опухолями орофарингеальной зоны получены результаты, представленные на рис. 6.

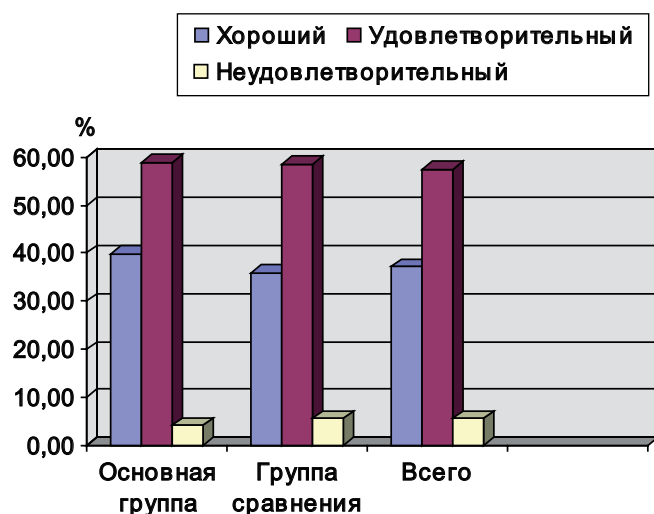


Рис. 3. Уровень гигиены полости рта

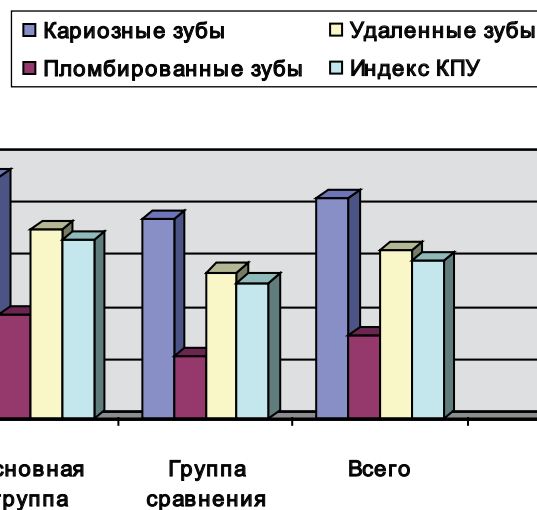


Рис. 4. Индекс интенсивности кариеса

Из анамнеза выявлено, что 59,2 % пациентов (с их слов) лечились самостоятельно до обращения к специалистам. Однако даже после обращения к специалистам неонкологического профиля консервативное лечение затягивалось. В своей работе М.Д. Филурин приводит следующие рекомендации: «Лечение различных изменений на слизистой оболочке осуществляется врачом-стоматологом. Если в течение 2 нед консервативного лечения не наступает улучшение, больной должен быть осмотрен онкологом» [6].

Нами было установлено, что 52,4 % пациентов в среднем затратили на самостоятельное лечение или на лечение у специалистов неонкологического профиля 1–3 мес, 28,6 % – 4–6 мес, 19 % – от 6 мес до 1 года (рис. 7). С этим фактором также связана обращаемость пациентов в онкологические учреждения с III–IV стадиями опухолевого процесса.





Рис. 5. Ортопантомограмма ЗНО нижней челюсти, впервые выявленного при проведении профилактического осмотра полости рта

### Заключение

На основании проведенного исследования можно сделать выводы о низком уровне гигиены полости рта, общем неудовлетворительном состоянии органов и тканей ротовой полости у пациентов с новообразования-

ми орофарингеальной зоны, нерегулярном посещении врача-стоматолога и преимущественном самолечении. Каждому человеку рекомендуется посещать врача-стоматолога не реже 1 раза в полгода. В связи с этим врач-стоматолог должен играть ведущую роль в диагностике ЗНО челюстно-лицевой области.

Нерегулярное посещение врача-стоматолога в целях профилактического осмотра полости рта и несвоевременное обращение пациентов к врачу-стоматологу при наличии жалоб со стороны полости рта приводят к тому, что госпитализация в специализированное учреждение данной категории пациентов происходит преимущественно на III–IV стадиях опухолевого процесса, что соответствующим образом влияет на последующую тактику специализированного лечения и долгосрочные прогнозы. Посещение стоматолога 1 раз в полгода в целях осмотра и проведения профессиональной гигиены необходимо для своевременной диагностики заболеваний органов полости рта, в том числе и таких, как ЗНО челюстно-лицевой области.

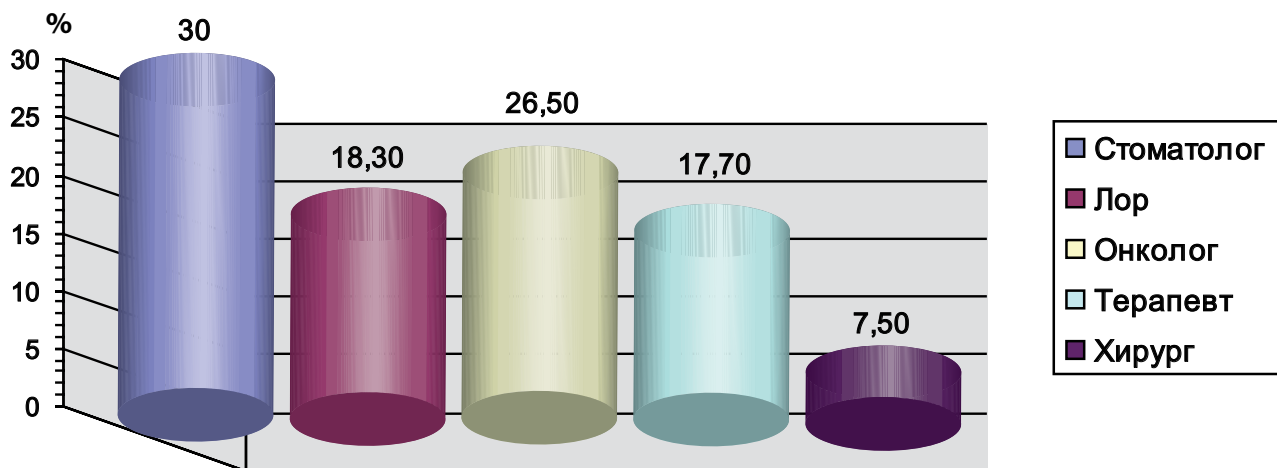


Рис. 6. Структура первичной обращаемости пациентов с опухолями орофарингеальной зоны к специалистам неонкологического профиля

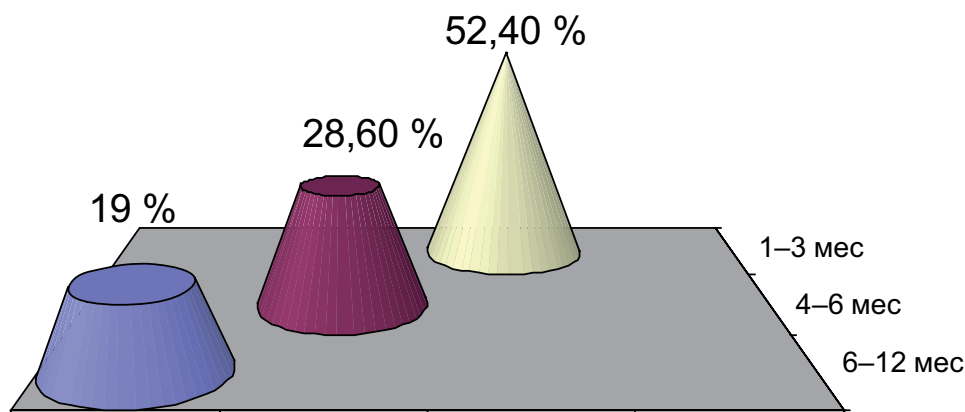


Рис. 7. Сроки непрофильного лечения пациентов до направления к врачу-онкологу

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность). Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2011. [Malignant neoplasms in Russia in 2009 (morbidity and mortality rate). Under the editorship of V.I. Chissov, V.V. Starinskiy, G.V. Petrova. Moscow, 2011. (In Russ.)].
2. Евграфова О.Л., Пермякова Н.Е., Игнатъева С.В. Диагностика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области. Ижевск, 2012. [Evgrafova O.L., Permyakova N.E., S.V. Diagnostics of oncological diseases of the maxillofacial area. Izhevsk, 2012. (In Russ.)].
3. Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Демин Д.И. Амбулаторно-поликлиническая онкостоматология. М.: Медицинская книга, 2002. [Wagner V.D., Ivasenko P.I., Dyomin D.I. outpatient and ambulatory oncological stomatology. Moscow: Meditsinskaya kniga = Medical Book, 2002. (In Russ.)].
4. Вагнер В.Д., Ивасенко П.И., Анисимова И.В. Онкологическая настороженность в практике врача-стоматолога. М.: Медицинская книга, 2010. [Wagner V.D., Ivasenko P.I., Anisimova I.V. Oncological awareness in the dentist's practice. Moscow: Meditsinskaya kniga = Medical Book, 2010. (In Russ.)].
5. Леонтьев, В. К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. М.: Медицина, 2006. [Leontiyev V.K., Pakhomov G.N. Prevention of stomatological diseases. Moscow: Medicina, 2006. (In Russ.)].