

ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК : 616.31-006-036.8(477.83/84/.86)

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ МЕШКАНЦІВ ЛЬВІВСЬКОЇ, ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ТА ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ (ЗА ОСТАННІ 10 РОКІВ)

Я.Р. Караван

Буковинський державний медичний університет

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЖИТЕЛЕЙ ЛЬВОВСКОЙ, ТЕРНОПОЛЬСКОЙ И ИВАНО-ФРАНКОВСКОЙ ОБЛАСТЕЙ (ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ)

Я.Р. Караван

Буковинский государственный медицинский университет

ANALYSIS OF MORBIDITY RATE OF MALIGNANT TUMOURS OF MAXILLUFACIAL AREA IN RESIDENTS OF LVIV, TERNOPIL AND IVANO-FRANKIVSK REGIONS (FOR THE LAST TEN YEARS)

Ya.R. Caravan

Bukovinian State Medical University

Резюме. Проведено аналіз частоти захворюваності на злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки мешканців Львівської, Тернопільської та Івано-Франківської областей за останні 10 років. На основі статистичного методу дослідження проведено ретроспективний аналіз 1476 реєстраційних карт хворого злоякісним новоутворенням.

Дана характеристика поширеності на злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки мешканців вищезазначених областей за статеві-віковими ознаками, локалізацією та морфологічними типами пухлин.

Ключові слова: аналіз, злоякісна пухлина, щелепно-лицева ділянка.

Резюме. Проведен анализ частоты заболеваемости злокачественными опухолями челюстно-лицевой области жителей Львовской, Тернопольской и Ивано-Франковской областей за предыдущие 10 лет. На основе статистического метода исследования проведен ретроспективный анализ 1476 регистрационных карт больного.

Приведена характеристика распространенности злокачественных опухолей челюстно-лицевой области данного региона по стадийности развития заболеваемости, половым и возрастным признакам, локализации и морфологическому типу опухоли.

Ключевые слова: анализ, злокачественная опухоль, челюстно-лицевая область, пол, возраст, локализация.

Summary. Analysis of morbidity rate of malignant tumors in the maxillofacial area of inhabitants of the Lviv, Ternopil and Ivano-Frankivsk regions for ten previous years has been made. On the basis of the statistical method of research, a retrospective analysis of 1476 case histories has been made. Characteristics of malignant tumors spread in maxillofacial area of these particular regions based on the sexual age-related data, as well as on localization and morphological type of tumors has been given.

Key words: analysis, malignant tumors, maxillofacial region, gender, age, localization.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема ранньої діагностики, від якої залежить подальший результат лікування та реабілітації онкологічного хворого з приводу злоякісних новоутворень (ЗН), є однією з найактуальніших для сучасної медицини. У всьому світі в 2007 році захворюваність на ЗН становила 12 млн, а показник смертності - 7,6 млн людей [10, 11, 12]. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року захворюваність зросте вдвічі: від 10 до 20 млн випадків, смертність - з 6 до 12 млн. Масштабність проблеми очевидна. До 2050 р. вже передбачається збільшення захворюваності до 24 млн [12]. Рак входить до числа трьох основних причин смертельних випадків у всіх вікових групах населення після 50 років – як в розвинутих, так і в країнах, що розвиваються [2, 3, 4, 8].

Щороку в Україні реєструється більше 2400 нових випадків раку слизової порожнини рота (РСПР), з яких 80,7% припадає на чоловіків. Незважаючи на доступність виявлення цієї патології, III–IV стадія реєструється у 59,4% випадків [5, 9]. В Україні показник виживання до 1 року становить 54,2%, на відміну від світових показників [6, 7].

Тому для успішної боротьби зі ЗН необхідні вірогідні дані щодо епідеміології раку, рівнів онкологічної захворюваності та смертності від злоякісних пухлин для різних статеві-вікових, етнічних, професійних та інших груп населення

[3, 4].

Мета дослідження. Оцінити якість діагностики злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки серед жителів Івано-Франківської, Львівської та Тернопільської областей, на підставі аналізу реєстраційних карт хворого злоякісним новоутворенням.

Матеріали і методи

Для вивчення частоти захворюваності на злоякісні пухлини щелепно-лицевої ділянки в даних областях нами, на основі статистичного методу дослідження, проведено ретроспективний аналіз 928 реєстраційних карт хворих зі злоякісними пухлинами щелепно-лицевої ділянки (ф.№030-6/0) Львівського державного онкологічного регіонального лікувально-діагностичного центру, 423 - Тернопільського обласного онкологічного комунального диспансеру, 125 - Івано-Франківського онкологічного диспансеру, які отримали хірургічне лікування у комбінації з іншими методами лікування. До цього, відповідно, опрацьовано Національний канцер-реєстр по Львівській, Тернопільській та Івано-Франківській областях з 2003 по 2010 роки. При дослідженні враховувалися наступні показники: вік і стать пацієнтів, стадійність розвитку захворювання, локалізації та морфологічного типу пухлини.

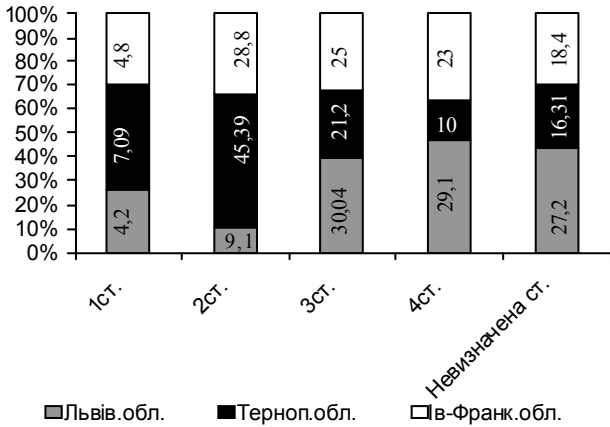


Рис.1. Діаграма стадійності розвитку злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки

Для рандомізації досліджень всі хворі були розділені за певними групами згідно з даними Національного канцер-реєстру України.

Результати та їх обговорення

Після проведення статистичного дослідження частоти захворюваності серед мешканців даних областей виявлено наступне.

При характеристиці стадійності захворювання рак І-ІІ стадіях по Львівській області виявлено тільки у 13,3% випадків. Пухлинний процес III стадії діагностовано у 30,4% хворих, IV стадії - у 29,1% осіб, в той час як у 27,2% - стадія захворювання не була визначена.

У Тернопільській області захворювання на I стадії (T₁) виявлено у 7,09% хворих, на II стадії (T₂) - у 45,39%, на III (T₃) і IV (T₄) стадіях - у 31,2% осіб, а у 16,31% - захворювання не було визначено.

За даними Івано-Франківської області з I стадією (T₁), виявлено 4,8% хворих, з II стадією (T₂) - 28,8%, з III (T₃) і IV (T₄) стадіями - у 48,0% осіб, у 18,4% - не було визначено жодної стадії. Таким чином, найбільш занедбаний стан (T₃, T₄) був виявлений у Львівській - 59,5% хворих, Івано-Франківській - 56,4%, менше - по Тернопільській області - 47,5% (рис.1).

За гендерними характеристиками по Тернопільській області виявлено 354 (83,7%) чоловіків та 69 (16,3%) жінок. Таким чином, ураження ЗН ротової порожнини у чоловіків у 5,1 разів переважали захворювання у жінок.

По Львівській області виявлено 819 (88,25%) чоловіків та

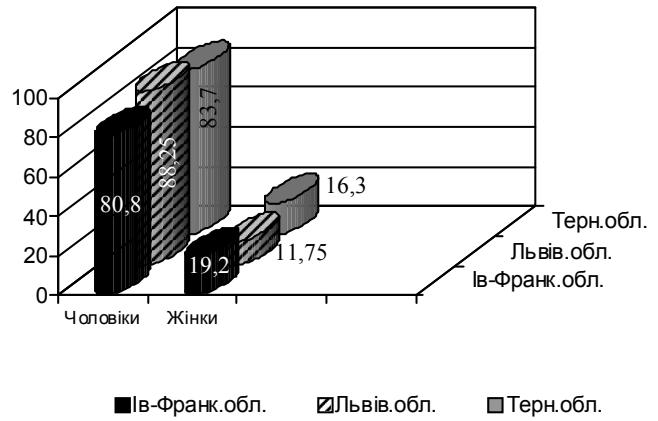


Рис. 2. Діаграма розподілення пацієнтів за статевими ознаками

109 (11,75%) жінок. Отже, ураження ЗН ротової порожнини у чоловіків були у 7,5 разів більше, ніж у жінок.

В Івано-Франківській області чоловіків 101(80,8%), жінок - 24(19,2%). Звідси, ураження ЗН ротової порожнини у чоловіків у 4,2 разів більше, ніж у жінок (рис.2).

За віковими ознаками встановлено, що з віком частота злоякісних пухлин має тенденцію до змін.

Найбільш висока захворюваність, Львівській області, виявлена у вікових групах 59-68 (32,11%) і 69-78 (28,88%), знижуючись у групах 49-58 (18,21%), 79-88 (15,4%) і 39-48 (3,98%), найнижча - у групах 29-38 (0,65%) і 18-29 (0,1%). Висока захворюваність, Тернопільській області, виявлена у вікових групах 49-58 (24,58%), 59-68 (30,96%), знижуючись у групах 69-77 (21,04%), 79-88 (15,6%) і 39-48 (6,15%), найнижча - у групах 18-29 (0,94%) і 29-38 (0,47%). І в Івано-Франківській області, висока захворюваність виявлена у вікових групах 49-58 (28,80%), 59-68 (33,20%), знижуючись у групах 69-77 (16,0%), 71 39-48 (16,0%), найнижча - у групах 29-38 (3,2%), 19-28 (2,4%) і 79-88 (1,8%).

Серед чоловічого населення, для всіх областей, найбільшою групою ризику є люди у віці 49-58 і 59-68 років. Цей показник знижується у групах 39-48, 29-38, 79-88 років. Серед жінок даний віковий показник відрізняється, збільшуючись у вікових групах 69-78 і 79-88 років, лиш Івано-Франківської області 59-68, 69-78 років, в той час як зменшуючись у групах 49-58, 39-48, 29-38 років.

Розподіл злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки (ЩЛД) по локалізації процесу і за морфологічним типом також різноманітним (рис.3, 4, 5, 6).

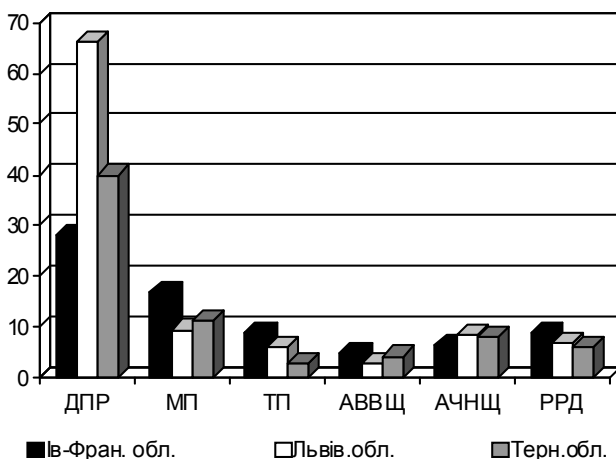


Рис. 3. Локалізація злоякісних пухлин щелепно-лицевої ділянки

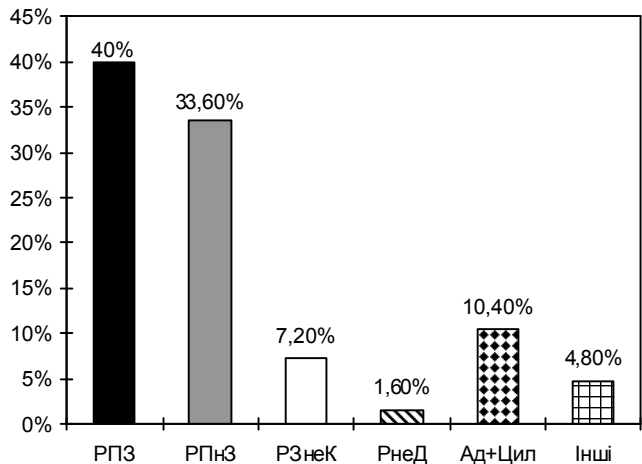


Рис. 4. Морфологічна картина злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (Івано-Франківська область)

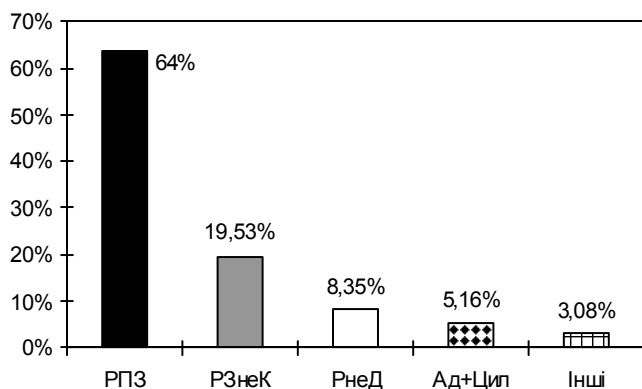


Рис. 5. Морфологічна картина злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (Львівська область)

За локалізацією розповсюдження злоякісних пухлин слизової оболонки (СО) ЩЛД по Львівській області на першому місці було дно порожнини рота 539 (66,22%) пухлин, потім м'яке піднебіння — 77 (9,46%), альвеолярна частина нижньої щелепи - 69 (8,48%), ретромолярна та ретроальвеолярна ділянки - 56 (6,88%), тверде піднебіння - 49 (6,02%) та альвеолярний відросток верхньої щелепи - 24 (2,95%). У Тернопільській області - дно порожнини рота 169 (39,95%), гайморова пазуха - 61 (14,42%), м'яке піднебіння - 48 (11,34%), альвеолярна частина нижньої щелепи - 34 (8,04%), ретромолярна та ретроальвеолярна ділянки - 25 (5,91%), альвеолярний відросток верхньої щелепи - 17 (4,20%), тверде піднебіння - 12 (2,84%). За даними Івано-Франківської області, дно порожнини рота 35 (28,0%), м'яке піднебіння - 21 (16,8%), ретромолярна та ретроальвеолярна ділянки та тверде піднебіння - по 11 (8,8%), альвеолярна частина нижньої щелепи - вісім (6,4%) та шість (4,8%) - альвеолярний відросток верхньої щелепи (рис. 3).

Морфологічна картина ЗН щелепно-лицевої ділянки даних областей мала також відмінності (рис. 4, 5, 6).

Найбільш діагностованою нозологічною одиницею (Івано-Франківська область) у структурі визначених діагнозів був плоскоклітинний зроговілий рак, на який припадало - 50 (40,0%) випадків, рак плоскоклітинний не зроговілий - 42 (33,6%), аденокарцинома та злоякісний некласифікований рак - по 9 (7,2%), циліндрома - 4 (3,2%) та рак недиференційований - два (1,6%). Інші нозологічні форми захворювання (рак мукоепідермальний, рабдоміосаркома, нейробластома, тощо) становили 6 (4,8%) випадків (рис. 4).

Для Львівської області, стан морфологічної картини ЗН щелепно-лицевої ділянки: найпоширеніший плоскоклітинний зроговілий рак - 520 (63,88%) випадків, злоякісний некласифікований рак - 159 (19,53%), рак недиференційований - 68 (8,35%), аденокарцинома та циліндрома - 42 (5,16%) рак плоскоклітинний не зроговілий та інші форми захворювання - 17 (3,08%) випадків (рис. 5).

Морфологічна картина ЗН щелепно-лицевої ділянки Тернопільської області: плоскоклітинний зроговілий рак - 268 (63,3%) випадків, злоякісний некласифікований рак - 46 (10,87%), рак плоскоклітинний не зроговілий - 25 (5,91%), аденокарцинома 19 (4,49%), рак аденокстозний 16 (3,78%), рак недиференційований - 13 (3,07%), та циліндрома - 8 (1,89%) та остеосаркома, ангіосаркома, саркома амелобластична, фібросаркома - 11 (2,6%), рак мукоепідермальний, гемангіома, меланома, тощо - 7 (1,89%) випадків (рис. 6).

Висновки

1. За гендерними ознаками онкологічні захворювання цієї ділянки переважають серед чоловіків. Найбільш вразливим віком вважається (49-58 і 59-68 років) у чоловіків та (69-78, 59-68 років) у жінок. Показник захворювання з віком

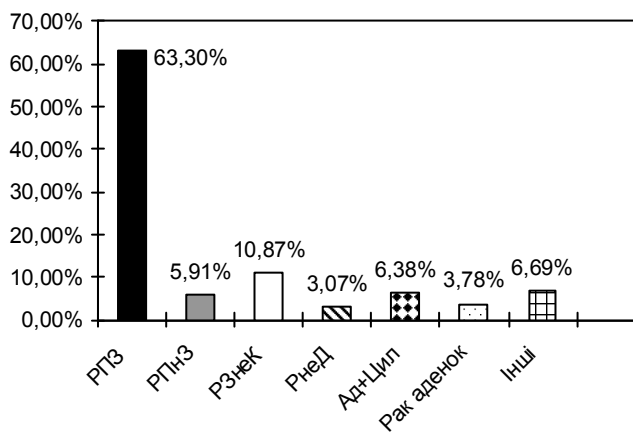


Рис. 6. Морфологічна картина злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки (Тернопільська область)

збільшується, але найменш вразливим є (79-88 років).

2. При характеристиці показників стадійності ЗН щелепно-лицевої ділянки, рак діагностується майже у 60% обстежених, на Т₃, Т₄ стадії розвитку. Тільки у 15% осіб можлива рання діагностика пухлин, а у 25% пухлини не зафіксовані в жодній стадії розвитку, тобто занедбаність злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки складає близько 85%.

3. За локалізацією переважали захворювання дна порожнини рота 50,34%, найменше - ретромолярна та ретроальвеолярна ділянки 5-6%.

4. Серед морфологічних типів пухлин переважав плоскоклітинний зроговілий рак 56,77% всіх випадків. Проведений порівняльний аналіз морфологічних типів злоякісних пухлин слизової оболонки порожнини рота трьох областей, показав, найбільш діагностованою нозологічною одиницею є плоскоклітинний зроговілий та не зроговілий рак дна порожнини рота та нижньої щелепи.

5. Більш точне визначення місця локалізації пухлини щелепно-лицевої ділянки, поширення патологічного процесу, залежно від морфологічного типу пухлини, дозволяють планувати вибір методу лікування з наступною ортопедичною реабілітацією.

6. Практикуючому лікарю в своїй щоденній роботі слід обов'язково враховувати до комплексу санітарно-гігієнічних заходів: виключення шкідливих побутових звичок, повноцінний захист від дії зовнішнього середовища, раціональне харчування, дотримання гігієни порожнини рота, якісну санацію порожнини рота.

Перспективи подальших досліджень

Для успішної боротьби зі злоякісними новоутвореннями необхідно, підсилити увагу при оглядах, у мешканців даних областей чоловічої статі (працездатної вікової групи). Провести диспансеризацію мешканців чоловічої статі віком від 49-65 років, жіночої статі від 39-48 років, 69-78 років, 79 і старші. Вірогідні дані про епідеміологію рака, про розміри онкологічної захворюваності та смертності від злоякісних пухлин для різних статево-вікових, етнічних, професійних та інших груп населення за локалізацією і морфологічним типом пухлини.

Література

1. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И.М. Федяев, И.М. Байриков, Л.П. Белова [и др.] — М: Медицинская книга, 2000. - Н.Новгород: Изд-во НГМД. — 160 с.
2. Центилю В.Г. Результаты «операций отчаяния» при лечении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области / В.Г. Центилю // Анналы хирургии. - 2005. - №2. - С. 75 - 77.
3. Заболотний Д. Аналіз захворюваності лікування хворих на злоякісні новоутворення порожнини носа та навколососових пазухах у різних регіонах України у 2002-2004 роках за даними

українського канцер-реєстру / Д. Заболотний, Е. Лукач // Рино-
логія. – 2006. – №3. – С. 3 – 13.

4. Соколова Н.П. Аналіз захворюваності злоякісними ново-
утвореннями щелепно-лицевої ділянки населення Полтавської
області / Н.П. Соколова // Матеріали(X) з'їзду Асоціації стоматоло-
гів України. – 2008. – С.327.

5. Контингенти хворих на злоякісні новоутворення в Україні
- оцінка повноти та якості інформації /З.П. Федоренко, А.В. Гай-
сенко, Л.О. Гулак [и др.] //Клиническая онкология. - 2011. - № 3
(3). – С.4-8.

6. Підвищення ефективності ранньої діагностики передрако-
вих станів слизової оболонки порожнини рота методом оцінки
експресії біомаркерних білків p53 та Ki-67 /В.П. Баштан, С.С.
Кіреєва, П.М. Скрипников [и др.] //Клиническая онкология,
специальный выпуск. - 2011. - № 11. – С.27-28.

7. Шляхи покращання результатів лікування хворих на рак
слизової порожнини рота /С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, Р.Р.
Сліпецький [и др.]//Клиническая онкология, специальный выпуск.

- 2011. - № 11. – С.29.

8. Галайчук І.Й. Клінічна онкологія. Частина І: посібник / І.Й.
Галайчук.– Тернопіль: Укрмедкнига, 2003.– С. 92-111.

9. Медико-демографічна ситуація та організація медичної до-
помоги населенню у 2010 році: підсумки діяльності системи
охорони здоров'я та реалізація Програми економічних реформ
на 2010-2014 роки "Заможне суспільство, конкурентоспроможна
економіка, ефективна держава". – К.: МОЗ України, 2011. - 104 с.

10. Минимальные клинические рекомендации европейского
общества медицинской онкологии (ESMO). М.: Издательская
группа РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2007.– 146 с.

11. Онкология: национальное руководство/ под редакцией
В.И.Чиссова, М.И.Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. – С.
600-621.

12. Stewart, B.W. World Cancer Report / B.W. Stewart, P. Kleihues.
- Lyon: IARC Press, 2003. - 352 p.

Одержано 11.02.2013 року.

УДК 640.522+616.314

ПРО ЖІНОЧІ ОГЛЯДОВІ КАБІНЕТИ, ЩО СТВОРЕНІ У КОМУНАЛЬНИХ МІСЬКИХ ПОЛІКЛІНІКАХ

С.Л. Стефанко

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

О ЖЕНСКИХ СМОТРОВЫХ КАБИНЕТАХ СОЗДАНЫХ В КОММУНАЛЬНЫХ ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ

С.Л. Стефанко

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ABOUT FEMALE EXAMINATION ROOMS IN MUNICIPAL POLYCLINICS

S.L. Stefanko

SHEI "Ivano-Frankivsk National Medical University»

Резюме. Жіночі оглядові кабінети, що існують у міських поліклініках, повинні працювати у системі надання акушерсько-гінекологічної допомоги і у своїй фаховій роботі мають бути підзвітними і відповідальними перед головним лікарем пологового будинку. Безпосереднє методичне і фахове керівництво роботою жіночого оглядового кабінету повинні здійснювати завідувачі територіальними жіночими консультаціями, а методичне керівництво з питань онкології міські онкогінекологи.

Ключові слова: огляд, жіноча консультація.

Резюме. Женские смотровые кабинеты, существующие в городских поликлиниках должны работать в системе оказания акушерско-гинекологической помощи и в своей профессиональной работе должны быть подотчетными и ответственными перед главным врачом роддома. Непосредственное методическое и профессиональное руководство работой женского смотрового кабинета должны осуществлять заведующие территориальными женскими консультациями, а методическое руководство по вопросам онкологии городские онкогинекологи.

Ключевые слова: осмотр, женская консультация.

Summary. Female examination rooms in municipal polyclinics should function within the system of obstetrical and gynecological care. They should be accountable to the chief doctor of the hospital. Heads of antenatal clinics should provide direct methodical and professional management. Municipal oncogynecologists should control oncological problems

Keywords: examination, female dispensary.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Акушерсько-гінекологічна допомога має надзвичайне значення у системі заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я населення. Для забезпечення надання якісної акушерсько-гінекологічної допомоги видається багато нормативних актів та стандартів лікування. Але дана служба потребує впровадження нових організаційних моделей.

Першою ланкою у системі надання кваліфікованої акушерсько-гінекологічної допомоги, куди може звернутися

за медичною допомогою пацієнтка, є жіноча консультація [3]. Проте, не рідко жінки роками не з'являються до жіночої консультації для проведення профілактичних оглядів, що приводить до росту кількості онкогінекологічних захворювань, що виявляються на пізніх стадіях.

Послуги, які надаються у комунальних поліклінічних закладах пацієнтам, не завжди відповідають сучасним вимогам, на якість роботи впливає фінансування жіночих консультацій за залишковим принципом, тому багато жінок