

Инвалидизация населения вследствие перенесенных злокачественных процессов челюстно — лицевой области и шеи

ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», г. Пенза

Lebedev M.V., Zakharova I.Yu.

Disability of the population due to the transferred malignant processes of the maxillofacial region and neck

Резюме

Онкологические заболевания вносят значительный вклад в структуру общей инвалидности в мире. В структуре общей онкологической заболеваемости злокачественные опухоли головы и шеи составляют от 15% - 20%. В Российской Федерации отмечается увеличение числа впервые выявленных злокачественных новообразований головы и шеи на 25%. Лечение злокачественных новообразований челюстно — лицевой области и шеи является одной из сложнейших проблем современного здравоохранения. Лечебная тактика злокачественных новообразований головы и шеи основывается на применении комбинированного метода, включающего радикальное оперативное вмешательство и лучевую терапию. Выполнение операций такого объема неизбежно сопряжено с развитием функциональных нарушений, образованием обширных дефектов челюстно — лицевой области, утрате трудоспособности и инвалидизации. Онкологическая помощь пациентам Пензенской области и г. Пензы с злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области и шеи оказывается в Областном Онкологическом диспансере. Пациентам проводят радикальное лечение с резекцией костных структур челюстно — лицевой области и мягких тканей, выписывают под наблюдение общих врачей - онкологов по месту жительства, при снятии с учета рекомендуют обратиться к врачу челюстно — лицевому хирургу для замещения дефекта. Пациенты вынуждены, в течение нескольких лет находиться нетрудоспособными и отдаленными от социума.

В 2019 году врачами отделения челюстно - лицевой хирургии ПОКБ им. Н. Н. Бурденко совместно с врачами челюстно — лицевыми хирургами ФНКЦ ФМБА России проконсультировано 83 пациента. Пациенты, которые не могли получить медицинскую помощь в полном объеме направлены на лечение по квотам ВМП в ФНКЦ ФМБА России. Цель сотрудничества заключалась в комплексном подходе к лечению и как следствие скорейшего выздоровления и восстановления пациента. Анализируя, проведённое сотрудничество необходимо организовать центр челюстно - лицевой хирургии на территории Пензенской области

Ключевые слова: инвалидность, злокачественные новообразования головы и шеи, центр челюстно — лицевой хирургии

Для цитирования: Лебедев М. В., Захарова И. Ю., Инвалидизация населения вследствие перенесенных злокачественных процессов челюстно — лицевой области и шеи, Уральский медицинский журнал, №06 (189) 2020, с. 180 - 185, DOI 10.25694/URMJ.2020.07.25

Summary

Oncological diseases make a significant contribution to the structure of general disability in the world. In the structure of general oncological morbidity, malignant neoplasms of the head and neck range from 15% - 20%. In the Russian Federation there is an increase in the number of newly diagnosed malignant neoplasms of the head and neck by 25%. Treatment of malignant neoplasms of the maxillofacial region and neck is one of the most difficult problems of modern health care. The therapeutic tactics of malignant neoplasms of the head and neck are based on the use of a combined method, including radical surgery and radiation therapy. Performing operations of such a volume is inevitably associated with the development of functional disorders,

the formation of extensive defects of the maxillofacial region, disability and disability.

Oncological care for patients of the Penza region and the city of Penza with malignant neoplasms of the maxillofacial region and neck is provided in the Regional Oncology Center. Patients undergo radical treatment with resection of the bone structures of the maxillofacial area and soft tissues, are discharged under the supervision of general oncologists at their place of residence, and when deregistered, it is recommended to consult a maxillofacial surgeon to replace the defect. Patients are forced, for several years, to be disabled and distant from society.

In 2019, doctors of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery POKB im. NN Burdenko together with the doctors of the maxillofacial surgeons of the Federal Center for Medical and Biological Aid of the Russian Federation FMBA advised 83 patients. Patients who could not receive medical care were fully referred for treatment according to VMP quotas at the Federal Medical and Commercial Center of FMBA of Russia. The purpose of the collaboration was an integrated approach to treatment and, as a result, a speedy recovery and recovery of the patient. Analyzing the cooperation, it is necessary to organize a center for maxillofacial surgery in the Penza region

Key words: disability, malignant neoplasms of the head and neck, center of maxillofacial surgery

For citation: Lebedev M.V., Zakharova I.Yu., Disability of the population due to the transferred malignant processes of the maxillofacial region and neck, Ural Medical Journal, No. 06 (189) 2020, p. 180 - 185, DOI 10.25694/URMJ.2020.07.25

Онкологические заболевания вносят значительный вклад в структуру общей инвалидности в мире. Лечение злокачественных новообразований челюстно — лицевой области и шеи - является одной из сложнейших проблем современного здравоохранения. Это связано с поздней диагностикой и как следствие запущенностью процесса, радикальностью оперативных методов лечения, приводящих к инвалидизации и ухудшению качества жизни, рецидивирующим течением, низким процентом пятилетней выживаемости, высокой степенью злокачественности и смертностью [1,2].

В структуре общей онкологической заболеваемости злокачественные опухоли головы и шеи составляют от 15% - 20%. В Российской Федерации, за последнее десятилетие, отмечается увеличение числа впервые выявленных злокачественных новообразований головы и шеи на 25 %. За медицинской помощью обращаются на III и IV стадии онкологического процесса, что составляет 60 – 70 % от общего числа заболевших. Такой процент заболевших свидетельствует о недостаточной онкологической настороженности врачей - стоматологов. Показатели роста заболеваемости онкологических заболеваний головы и шеи одинаково высоки как в России, так и во всем мире. За последние годы отмечена тенденция омоложения среднего возраста больных с опухолями челюстно — лицевой области и шеи, больше половины пациентов в возрасте от 30 до 60 лет. Злокачественные новообразования лица и шеи встречаются у мужчин в 5—7 раз чаще, чем у женщин [3].

Лидирующую позицию в структуре злокачественных новообразований области головы и шеи занимает рак гортани, отмечается негативная тенденция к росту, на втором месте находится рак дна полости рта и языка [4]. Так же среди наиболее часто встречающихся опухолей челюстно — лицевой области можно выделить рак губы, челюстей, слюнных желез, новообразования полости носа и придаточных пазух [5].

На долю рака губы приходится около 1,5 % у мужчин и 0,53 % у женщин. Согласно статистическим дан-

ым, за последнее десятилетие, отмечается тенденция к снижению. Злокачественный процесс в 85 - 90 % поражает нижнюю губу. Злокачественные опухоли верхней челюсти, полости носа и придаточных пазух составляют 2 — 4 % в структуре общей онкологической заболеваемости и занимают 12 — е место. Злокачественные новообразования верхней челюсти встречаются в три раза чаще, чем нижней челюсти [6].

Лечебная тактика злокачественных новообразований головы и шеи основывается на применении комбинированного метода, включающего радикальное оперативное вмешательство и лучевую терапию. Выполнение операций такого объема неизбежно сопряжено с развитием функциональных нарушений, образованием обширных дефектов челюстно — лицевой области, утрате трудоспособности и инвалидизации. В результате радикального оперативного вмешательства (глосэктомия, резекция челюсти, паротидэктомия и т. д.) у пациента нарушаются функции глотания, дыхания и голосообразования из - за трахеотомической трубки, самостоятельное питание невозможно, пациент вынужден принимать протертую пищу через назогастральный зонд [7,8].

Пациенты отказываются от оперативного вмешательства в пользу органосохраняющих методов лечения — лучевой терапии или химиотерапии. Однако данные методы лечения так же приводят к нарушению функции жевания и глотания, сухости полости рта, развитию остеонекроза челюстей.

Онкологическим пациентам, у которых выявлены костные метастазы чаще в результате злокачественных новообразований рака молочных желез или простаты, назначают бисфосфонаты. На фоне приёма данной группы препаратов уменьшается количество метастазов, повышается прочность костной ткани. Ввиду таких свойств, бисфосфонатами лечат не только пациентов с онкологическими заболеваниями, но и с остеопорозом [9].

Побочным эффектом терапии как бисфосфонатами, так и лучевой является развитие остеонекроза челюсти. Процесс некроза челюсти запущается вследствие травмы

слизистой оболочки, удаления зубов. Для клинической картины характерно наличие незаживающего участка слизистой оболочки с оголенной костью от желтоватого или зеленоватого до тёмно - коричневого цвета, частые обострения, развитие контрактуры челюсти, гнойно — воспалительных процессов в виде абсцессов и флегмон лица и шеи. Чаще в процесс вовлекается нижняя челюсть, но и возможно сочетанное повреждение челюстей.

В настоящее время существует комплексный подход к лечению остеонекрозов челюстей: консервативный и хирургический. Консервативная терапия необходима для поддержания гигиены полости рта ежедневной обработкой участка некроза щеткой и антисептиками, купирования воспалительных рецидивов и подготовки к оперативному вмешательству. К хирургическим методам относятся секвестрэктомия и резекция челюсти, в том числе вскрытие и дренирование гнойных очагов в момент обострения.

В связи с ростом онкологической заболеваемости прослеживается связь с увеличением пациентов с остео-некрозами челюстей. Все внимание должно быть уделено максимальному сохранению целостности слизистой оболочки полости рта, т. е. консервативному лечению зубов.

В отделение челюстно — лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко пациенты с остеонекрозом челюсти госпитализируются, чаще в период обострения и осложнений, после длительного и неэффективного лечения у хирурга - стоматолога. Чаще всего врачи — стоматологи ставят диагноз альвеолит и лечат в течение длительного периода времени.

Резекция челюсти и восполнение костного дефекта является технически сложной и многоэтапной операцией, которая в постоперационном периоде может осложниться отторжением имплантата и образованием костных деформаций. Это обуславливает функциональные, эстетические нарушения и снижение качества жизни пациентов, что определяет важность ранней диагностики начального процесса и проведением корректной консервативной терапии или минимального оперативного вмешательства.

В России ежегодно выявляют впервые около 65

% новообразований на III-IV стадиях. Данная проблема является междисциплинарной так, как при лечении злокачественных новообразований головы и шеи задействованы специалисты разных специализаций. Острой проблемой в разделе онкологии головы и шеи становится вопрос диагностики. К сожалению, злокачественные опухоли головы и шеи чаще всего не диагностируются на ранних проявлениях. Выявление злокачественных опухолей челюстно — лицевой области и шеи должно быть неотъемлемой частью терапевтических и стоматологических осмотров. Злокачественные опухоли на I-II стадиях обычно хорошо поддаются лечению, затраты на лечение минимальное.

Для оптимизации ранней диагностики опухолей головы и шеи, остеонекрозов челюстей необходим междисциплинарный подход, позволяющий избежать пропуска соседней или смежной патологии. Исходя из этого, европейские врачи запустили проект ранней диагностики патологии органов головы и шеи в виде скрининговых акций « Европейской недели ранней диагностики опухолей головы и шеи » [10].

Министерством здравоохранения Пензенской области с 2018 года проводятся мероприятия, направленные на выявления злокачественных новообразований головы и шеи. В сентябре 2019 года, в рамках акции, выполнены выезды бригад специалистов по Пензенской области, включающих онколога, челюстно — лицевого хирурга, дерматолога, оториноларинголога, офтальмолога, эндокринолога.

В октябре 2019 года в г. Пензе открыт первый Центр амбулаторной онкологической помощи. Основными задачами которого являются: выявление онкологических заболеваний на ранних стадиях, химиотерапевтическое лечение, диспансерное наблюдение. Однако в штат специалистов данного центра не входит ни челюстно — лицевой хирург, ни оториноларинголог, ни стоматолог, из этого следует, что в данном центре отсутствуют специалисты заточенные на патологию головы и шеи. В период с 2019 по 2024 годы на территории Пензенской области и г. Пенза планируется открыть еще 9 Центров амбулаторной онкологической помощи.

Таблица 1. Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями челюстно — лицевой области и шеи

	2005	2010	2015	2016	2017	2018
Всего, тысяч человек						
Все злокачественные новообразования	469,22	512,92	589,42	599,32	617,2	624,7
Мужчины	19,1	38,0	70,0	73,6	281,9	285,9
Женщины	250,1	278,9	319,3	325,8	335,3	338,8
Из них:						
Губы, полости рта, глотки	14,4	15,3	14,1	14,3	14,2	14,8
Мужчины	11,2	11,7	10,3	10,4	10,4	10,7
женщины	3,2	3,6	3,7	3,9	3,9	4,1
Гортани	6,5	6,7	6,9	7,1	7,0	7,1
Мужчины	6,1	6,2	6,5	6,7	6,5	6,6
Женщины	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Лечением опухолей головы и шеи занимаются онкологи, челюстно — лицевые хирурги, офтальмологи, нейрохирурги, оториноларингологи, дерматологи. Однако, во многих регионах Российской Федерации для оказания полноценного лечения злокачественных новообразований головы и шеи отсутствуют больницы или отделения, в которых имеются все необходимые, вышеперечисленные специалисты. В связи с этим одной из наиболее актуальных и острых проблем мирового масштаба становится дефицит медицинских кадров.

Онкологическая помощь пациентам Пензенской области и г. Пензы оказывается в Областном Онкологическом диспансере. Пациенты с подозрением на злокачественный процесс головы и шеи получают помощь в хирургическом отделении № 4. В отделении работают пять врачей: два врача - оториноларинголога и три врача - торакальных хирурга. Врачи занимаются лечением пациентов с онкопатологией ЛОР - органов, внеорганных опухолей шеи, опухолей щитовидной железы и челюстно — лицевой области, однако в штате отсутствует врач — челюстно — лицевой хирург и врачи не имеют специализацию по челюстно — лицевой хирургии. Пациентам проводят радикальное лечение с резекцией костных структур челюстно — лицевой области и мягких тканей. Пациенты выписываются под наблюдение общих врачей - онкологов по месту жительства, при снятии с учета рекомендуют обратиться к врачу челюстно — лицевому хирургу для замещения дефекта.

Пациенты вынуждены, в течение нескольких лет находиться нетрудоспособными и отдаленными от социума. В отделение челюстно - лицевой хирургии за медицинской помощью, неоднократно, обращались пациенты спустя 5 — 20 лет, когда запас мягких тканей для восстановления эстетики и функциональности утрачен или недостаточен (рис. 1,2).

Мы считаем, что к пациентам с злокачественными опухолями головы и шеи на территории Пензенской области и России в целом должен быть междисциплинарный подход. При обращении такого пациента за помощью необходимо проводить консилиум для составления плана полноценного комплексного лечения. В составе консилиума должны быть врач — онколог хирургического отделения № 4 для проведения оперативного вмешательства по удалению злокачественного новообразова-

ния, врач — челюстно - лицевой хирург для определения и проведения комплекса мероприятий, направленных на восстановление полученного дефекта и ассистирование во время операции, врачей — онкологов химиотерапевтического или радиологического отделений.

Около 40 % пациентов поступают в отделение челюстно — лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н.Н. Бурденко с новообразованием и доброкачественным результатом гистологического исследования биоптата, взятого в Областном онкологическом диспансере. Однако клиническая картина не соответствует доброкачественному процессу и мы вынуждены повторно брать биопсию, в результате патоморфологическая служба дает заключение о злокачественности процесса. В итоге пациент перенаправляется повторно к онкологам, тем самым за это время у пациента усугубляется онкологический процесс. Поэтому мы считаем, что при проведении биопсии новообразования необходимо присутствие врача — челюстно-лицевого хирурга.

Расширенные хирургические операции с резекцией нескольких органов ротоглотки сложно отнести к рутинным. Формирующиеся дефекты тканей требуют пластического замещения с целью максимально возможного восстановления функций и возвращения пациента в социум. Таким образом, хирургические бригады, выполняющие подобные операции, должны не только выполнять оперативное вмешательство вместе, но и междисциплинарный подход необходим в реабилитации пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу злокачественных новообразований. Данный комплекс мер будет иметь весомый социальный и экономический эффект.

Рост злокачественных новообразований челюстно — лицевой области и шеи связан с распространенностью вредных привычек, ухудшением состояния окружающей среды, отсутствием профилактических осмотров, несвоевременным обращением к врачу — стоматологу, некомпетентностью врачей - стоматологов в вопросах диагностики и лечения образований челюстно — лицевой области и шеи, остеонекрозов.

В 2019 году врачами отделения челюстно - лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко совместно с врачами челюстно — лицевыми хирургами Федерального научно - клинического центра ФМБА России (ФНКЦ ФМБА России) прокон-

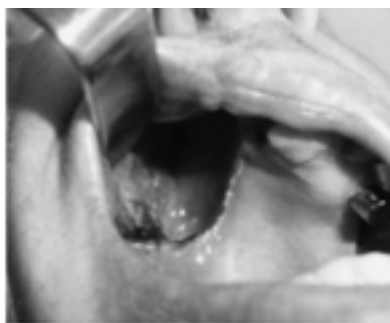


Рисунок 1 Вид послеоперационного дефекта после удаления гемангиомы верхней челюсти справа



Рисунок 2. Вид пациента после лучевой терапии по поводу рака нижней губы справа

сультуровано 83 пациента. Пациенты с остеонекрозами, злокачественными новообразованиями головы и шеи, дефектами челюстно - лицевой области после оперативного вмешательства по поводу онкологии, направлены на лечение по квотам ВМП в ФНКЦ ФМБА России.

Цель сотрудничества заключалась в комплексном подходе к лечению и как следствие скорейшего выздоровления и восстановления пациента. В ФНКЦ ФМБА России в плановом порядке выполнено 42 оперативных вмешательства: удаление злокачественных новообразований головы и шеи, резекции челюстей, реконструктивные микрохирургические операции. У 15 пациентов была выполнена резекция нижней челюсти, костная пластика с применением различных трансплантационных, имплантационных материалов и (или) дистракционного остеогенеза, у 18 - резекция нижней челюсти, сложное челюстно - лицевое протезирование и экзопротезирование, в том числе с опорой на имплантаты, у 5 - субтотальная резекция околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва, у 4 - реконструктивные микрохирургические операции по замещению дефектов челюстно — лицевой области. Сроки наблюдения после операции составили от 10 дней до 1 года. Процесс реабилитации проводился под контролем врачей отделения челюстно — лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко (ПМКБ им. Н. Н. Бурденко). После проведенного лечения и реабилитации у 39 оперированных больных отмечено восстановление трудоспособности у 3 клиническое улучшение: улучшился внешний вид, частично восстановилась функция жевательных и мимических мышц. Возраст пациентов был от 35 до 79 лет. Большую часть пациентов составляли мужчины - 64%.

Другая группа пациентов, не требующая комплексного подхода и микрохирургических операций получила лечение в полном объеме в отделении челюстно — лицевой хирургии ПМКБ им.Н. Н. Бурденко

Проведенный комплекс лечения пациентов с вышеописанными патологиями в ФНКЦ ФМБА России на данный момент невозможен в отделении челюстно — лицевой хирургии ПМКБ им.Н. Н. Бурденко:

- из - за недостаточного материально-технического оснащения;
- из — за отсутствия навыков в проведении определенных этапов операции у врачей;
- из — за отсутствия инструментария для микрохирургических операций, аппаратов для контроля проводимости нервных волокон тройничного и лицевого нервов так, как согласно приказу №422н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» от 14 июня 2019 г., зарегистрированного Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2019 г., по стандартам отделение не оснащается таким видом инструментов;
- из — за отсутствия времени у врачей обучаться ввиду загруженности отделения стоматологическими пациентами, а существующая система непрерывного образования не способна обучить практическим навыкам

столь важным в хирургии .

Основным фактором при организации медицинской помощи населению является повышение качества жизни пациентов. Мы считаем, что необходимо совершенствовать организационно - диагностические базы ранней диагностики онкологических заболеваний на стоматологическом приеме, повысить процент квалифицированности врачей - стоматологов в вопросах онкологической настороженности, необходим междисциплинарный подход к лечению и реабилитации пациентов с злокачественными новообразованиями челюстно - лицевой области и шеи в онкологических диспансерах для более качественного лечения и быстрого возвращения пациента к трудоспособности, снижение уровня инвалидности и смертности.

Анализируя, проведенное сотрудничество необходимо организовать центр челюстно - лицевой хирургии на территории Пензенской области. Создание центра:

- расширит возможности оказания медицинской помощи по профилю челюстно - лицевая хирургия, а именно не только специализированную, но и высокотехнологичную медицинскую помощь, платные услуги и услуги в рамках программ ДМС ;
- позволит организовать в структуре дневной стационар и кабинет амбулаторной медицинской помощи, в условиях которых возможно оказание специализированной помощи с коротким койко — пребыванием, тем самым уменьшится нагрузка на врачей и средний медицинский персонал, работающих в стационаре;
- позволит получить дополнительные средства в бюджет учреждения проведением в большем объеме высокотехнологичных операций, чем в данный момент;
- позволит увеличить штат, у врачей появится возможность повышать квалификацию на мастер — классах, семинарах, циклах в очной форме;
- позволит подготовить обоснованное предложение по изменению клинко-статистических групп (КСГ) по профилю челюстно — лицевая хирургия, основанное на структуре причин госпитализаций, проведенных оперативных вмешательств и фактических расходах медицинской организации для перераспределения средств в сторону более сложных случаев. На сегодняшний день врачи отделения вынуждены лечить одно заболевание, но для оплаты законченного случая ставить низкооплачиваемые диагнозы;
- позволит оптимизировать систему оказания медицинской помощи населению по профилю «Челюстно-лицевая хирургия» [11]. ■

Лебедев Марат Владимирович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», Захарова Ирина Юрьевна – врач челюстно-лицевой хирург, ГБУЗ «Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко», ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии. Автор, ответственный за переписку: Лебедев М.В., 440026, Россия, г. Пенза, ул. Лермонтова, 28; e-mail: mrllebedev@rambler.ru, тел.:+79093210909.

Литература:

1. Шубина Ю.А., Лутовинин Р.В., Ощепков В.Н., Дьяков И.М., Зотов П.Б. Регионарная внутриартериальная химиотерапия в комплексном лечении злокачественных новообразований области головы и шеи. Научно-практическая конференция «Современные аспекты хирургии головы и шеи»; 20-21 сентября 2019. Тюмень; 2019: 14-16.
2. Сон И.М., Лебедев М.В., Захарова И.Ю., Керимова К.И., Бахтурин Н.А. Основные проблемы в организации и оказании челюстно-лицевой и стоматологической помощи инвалидам. Уральский медицинский журнал. 2020; 1 (184): 147-153.
3. Чойнзонов Е.Л., Новиков В.А., Перельмутер В.М. Достижения современной онкологии. Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2012; Т.32, (1): 81-85.
4. Петровичев В.С., Васильев П.В., Мершина Е.А., Синицын В.Е. Лучевая диагностика рака языка. Лучевая диагностика и терапия. 2013; Т.2 (4): 34-37.
5. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность) М.: ФГБУ «МНИ-ОИ им П.А. Герцена», Москва, 2019. 250 с
6. Жидовинов А.В., Михальченко Д.В. Ретроспективный анализ статистических данных заболеваемости злокачественными новообразованиями челюстно — лицевой локализации. Современные проблемы науки и образования. — 2016. (6).
7. Баужадзе М.В., Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Волкова В.Л., Аединова И.В. Способ хирургического лечения местно — распространенного рака языка и дна полости рта. Современные проблемы науки и образования. 2012;(4): 18.
8. Тарасенко С.В., Дробышев А.Ю., Шипкова Т.П. Тактика лечения больных с бисфосфонатным остеонекрозом челюстей. Российская стоматология. 2012; (2): 3-13.
9. Спевак Е.М., Цымбал А.Н. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей: Современное состояние проблемы. Казанский медицинский журнал. 2017; Т. 98;(1): 91-95. DOI: 10.17750/KMJ2017-91.
10. Кряжинова И.А., Олесов Е.Е., Садовский В.В., Степанов А.Ф., Попов А.А. Онкологическая настроженность врачей-стоматологов по данным анкетирования в Московской области. Медицина экстремальных ситуаций. 2019; (2): 226-332. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/onkologicheskaya-nastorozhennost-vrachey-stomatologov-po-dannym-anketirovaniya-vmoskovskoy-oblasti>.
11. Лебедев М.В., Керимова К.И., Захарова И.Ю., Бахтурин Н.А. Система оказания медицинской помощи населению по профилю «челюстно-лицевая хирургия» на территории Российской Федерации. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020; 1: 383-402.