

Л. А. Сосновская

**ЧАСТОТА СОВПАДЕНИЯ ПРЕД- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ДИАГНОЗОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ГУБ И КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ)**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Л. И. Тесевич

Кафедра челюстно-лицевой хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** Приведена частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области по данным стационарного отделения челюстно-лицевой хирургии за 2011-2014 гг., которая составила от 28,7% до 40,4%.*

***Ключевые слова:** предраковые заболевания челюстно-лицевой области.*

***Resume.** It is given coincidence frequency pre- and postoperative diagnoses of precancer diseases of a mucous membrane of an oral cavity, lips and skin of maxillofacial area according to stationary office of maxillofacial surgery for 2011-2014 which made from 28.7% to 40.4%.*

***Keywords:** precancerous diseases of maxillofacial area.*

Актуальность. Многочисленный опыт изучения злокачественных опухолей эпителиально-эпидермального генеза слизистой оболочки полости рта (СОПР), губ и кожи челюстно-лицевой области (ЧЛЮ) показал, что у большинства больных они развиваются на патологически измененных тканях [2,5]. Чаще всего это длительно протекающие хронические воспалительные процессы различной этиологии и дискератозы, сопровождающиеся гиперпластическими и неопластическими изменениями тканей, которые относятся к предраку. В одном случае отмечается прогрессия и развитие рака; в другом - образование доброкачественной опухоли; в третьем - регрессия [1,3]. В случае своевременного устранения факторов канцерогенного воздействия может наблюдаться обратное развитие такого патологического процесса [4]. Одним из основных методов лечения предраков такой локализации является иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей с последующим морфологическим исследованием его (эксцизионная биопсия) и установлением окончательного диагноза. При этом пред- и послеоперационные диагнозы не всегда совпадают, что может являться существенным фактором при определении дальнейшей тактики ведения пациента. Поэтому изучение частоты совпадения пред- и послеоперационного диагнозов, а также возможных факторов, влияющих на ошибки в диагностике предраковых заболеваний СОПР и кожи челюстно-лицевой области является актуальным и важным вопросом для практического аспекта работы с пациентами такого профиля.

Цель: изучить частоту совпадения пред- и послеоперационного диагнозов при хирургическом лечении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта,

губ и кожи лица и шеи с выявлением возможных факторов, влияющих на ошибки в их диагностике.

Материал и методы. Изучен архивный материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии «УЗ 11-ой клинической больницы г. Минска», на базе которого в период с 2011 по 2014 гг. проходили стационарное лечение 230 пациентов с предварительными диагнозами предраковых заболеваний СОПР и губ, кожи челюстно-лицевой области (всего 237 случаев) эпителиального или эпидермального генеза (предраки железистого генеза – не изучались) в возрасте от 17 до 88 лет. Этим пациентам осуществлялось хирургическое лечение – удаление патологического процесса (эксцизионная биопсия). При этом изучалась частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов встречающихся видов предраковых заболеваний, в том числе с учетом предварительных и заключительных результатов морфологического исследования. В 83-91% случаев пациенты до госпитализации предварительно консультированы и обследованы у врача-онколога (онко-стоматолога). В 80-83% случаях у пациентов на догоспитальном этапе верификация диагноза предрака такой локализации осуществлялась с использованием морфологических методов исследования (цитологического или инцизионной биопсии). Средние сроки от установления врачом-онкологом (онко-стоматологом) предварительного диагноза предрака или невуса до момента госпитализации составляли от 6 до 8 недель и более.

Результаты и их обсуждение. Полученные результаты исследований представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. Количество и частота совпадения или несовпадения пред- и послеоперационного (после эксцизионной биопсии) диагнозов встречающихся видов предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ.

Группы встречающихся видов предраков (предоперационный диагноз) слизистой оболочки полости рта и губ с учетом предварительно проведенного морфологического исследования	Количество случаев (% от общего количества случаев)	Заключительный диагноз с учетом результатов послеоперационного морфологического исследования		
		Количество случаев (% от общего количества в группе)		
		Тот же	Другой вид предрака	Злокачественная опухоль Рак
Дискератоз	1 (1,1%)	-	1 (100%)	-
Веррукозная лейкоплакия	15 (16,0%)	10 (66,7%)	1 (6,7%)	4 (26,6%)
Папиллома	52 (55,3%)	23 (44,2%)	28 (53,8%)	1 (2,0%)
Ангиопапиллома	3 (3,2%)	-	3 (100%)	-
Фибропапиллома	3 (3,2%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	-
Хроническая язва	5 (5,3%)	2 (40,0%)	-	3 (60,0%)

Протезная гранулема	4 (4,2%)	2 (50,0%)	2 (50,0%)	-
Образование (неустановленный вид предрака)	11 (11,7%)	-	8 (72,7 %)	3 (27,3%)
ВСЕГО	94 (100%)	38 (40,4%)	45 (47,9%)	11 (11,7%)

Таблица 2. Количество и частота совпадения или несовпадения пред- и послеоперационного (после эксцизионной биопсии) диагнозов встречавшихся видов предраковых заболеваний кожи лица (в том числе губ) и шеи.

Группы встречавшихся видов предраков (предоперационный диагноз) кожи лица (в том числе губ) и шеи с учетом предварительно проведенного морфологического исследования	Количество случаев (% от общего количества случаев)	Заключительный диагноз с учетом результатов послеоперационного морфологического исследования Количество случаев (% от общего количества в группе)				
		Тот же	Другой вид предрака	Злокачественная опухоль		
				Рак	Базалиома	Меланома
Кератоакантома	8 (5,6%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	2(25,0%)	1(12,5%)	-
Кератоз	23(16,1%)	17(73,9%)	4 (17,4%)	2 (8,7%)	-	-
Кожный рог	8 (5,6%)	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1(12,5%)	-	-
Папиллома	49(34,2%)	7 (14,3%)	40(81,6%)	2 (4,1%)	-	-
Кератопапиллома	26(18,2%)	7 (27,0%)	14(53,8%)	4(15,4%)	1 (3,8%)	-
Ангиопапиллома	12 (8,4 %)	2 (16,7%)	9 (75,0%)	-	1 (8,3%)	-
Фибропапиллома	9 (6,3%)	-	8 (88,9%)	-	1 (11,1%)	-
Образование (неустановленный вид предрака)	8 (5,6%)	-	5 (62,5%)	2(25,0%)	-	1(12,5%)
ВСЕГО	143(100%)	41(28,7%)	84(58,7%)	13(9,1%)	4 (2,8 %)	1 (0,7%)

Обращает на себя внимание, что в среднем только в 40,4% случаев встречавшихся у пациентов видов предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ отмечается совпадение пред- и послеоперационных диагнозов. В 47,9% случаев был выявлен другой вид предрака, а в 11,7% случаев у больных верифицирована злокачественная опухоль (одна из форм рака). Несмотря на то, что в группах различных видов папиллом наиболее часто отмечалось несовпадение предварительного и окончательного диагнозов, злокачественная опухоль была выявлена только в 1 случае. При других встречавшихся или неустановленных видах

предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ (за исключением протезных гранул) вероятность верификации злокачественного роста была в 13-30 раз выше, особенно при наличии явлений гиперкератоза и хронического язвенного процесса.

У пациентов с встречавшимися видами предраковых заболеваний кожи лица (в том числе губ) и шеи в среднем только в 28,7% случаев отмечается совпадение пред- и послеоперационных диагнозов. В 58,7% случаев выявлен другой вид предрака, а в 12,6% случаев у больных была верифицирована злокачественная опухоль. При этом в группах различных видов папиллом наиболее часто отмечалось несовпадение предварительного и окончательного диагнозов, а злокачественная опухоль была выявлена у таких пациентов в 4,1- 19,2% случаев. Подтверждается также тот факт, что при предраках кожи с явлениями дис- или гиперкератоза вероятность верификации злокачественного процесса значительно выше (по нашим данным – в 3- 9 раз). Обращает на себя внимание и то, что при не установлении на догоспитальном этапе вида предракового процесса на коже челюстно-лицевой области (как правило, при этом пациент не консультирован врачом онкологом), в 37,5% случаев у таких больных была верифицирована злокачественная опухоль, в том числе в 1-ом случае - меланома.

По нашему мнению, возможными основными факторами, влияющими на ошибки в диагностике предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и кожи челюстно-лицевой области, могут быть:

1. Неправильная интерпретация врачом клинических проявлений и признаков малигнизации предраковых процессов.

2. Технические погрешности при проведении забора биопсийного материала для предварительного морфологического исследования (забор материала вне зоны возможного активного роста злокачественной опухоли).

3. Погрешность при микроскопическом исследовании биопсийного материала (в том числе как при инцизионной, так и при эксцизионной биопсии). (изготовление некачественных гистологических микропрепаратов и срезов; неправильная интерпретация врачом-морфологом атипичных морфологических признаков опухолевого роста).

4. Влияние травмирующего фактора при проведении предварительной предоперационной инцизионной биопсии на ускорение процесса малигнизации предраковых заболеваний.

При появлении дополнительных клинических признаков малигнизации предракового процесса, даже если результаты предварительного морфологического исследования не выявляли злокачественного роста, целесообразно проводить повторную консультацию врача онколога (онко-стоматолога) в как можно более ранние сроки на любой стадии предоперационного обследования для уточнения диагноза (с возможным проведением повторного морфологического исследования)

и определения дальнейшей тактики лечения. Такими дополнительными клиническими признаками малигнизации предракового процесса слизистой оболочки полости рта и кожи челюстно-лицевой области могут быть: 1) резкое ускорение темпа роста предракового процесса; 2) увеличение размеров незаживающей раны (язвы) после проведенной инцизионной биопсии предрака; 3) появление инфильтрата в зоне предракового процесса; 4) появление регионарной лимфоаденопатии в зоне предракового процесса.

При получении результатов морфологического исследования после эксцизионной биопсии предрака и в случае установления окончательного послеоперационного диагноза злокачественной опухоли, при проведении повторной консультации такого пациента врачом онкологом (онко-стоматологом) в условиях онко-учреждения и пересмотра микропрепаратов биопсии – целесообразно, чтобы врач морфолог в описании указывал характер границ проведенного иссечения тканей по отношению к границам опухолевого клеточного инфильтрата (т.е. радикальность иссечения патологического опухолевого процесса).

Для повышения качества морфологического исследования биопсийного материала и снижения частоты установления ошибочного или неопределенного диагноза предракового или ракового заболевания слизистой оболочки полости рта и кожи челюстно-лицевой области, целесообразно расширять применение методик верификации злокачественного процесса с использованием гистохимических онкологических маркеров.

Выводы:

1. С целью уменьшения влияния травмирующего фактора при проведении предварительной предоперационной инцизионной биопсии на ускорение процесса малигнизации предраковых заболеваний целесообразно сокращать сроки от момента установления предварительного диагноза вида предрака до проведения операции в стационаре до не более 14-15 суток, а при предраках небольших размеров без клинических признаков малигнизации возможно целесообразно сразу проводить эксцизионную биопсию на догоспитальном этапе.

2. Все пациенты, у которых обнаружены предраковые заболевания кожи ЧЛЮ с явлениями дис- или гиперкератоза на догоспитальном этапе должны быть консультированы и обследованы у врача онколога (онко-стоматолога) с акцентом на повышенный риск наличия злокачественного процесса.

3. При появлении дополнительных клинических признаков малигнизации предракового процесса слизистой оболочки полости рта и кожи челюстно-лицевой области, даже если результаты предварительного морфологического исследования не выявляли злокачественного роста, целесообразно проводить повторную консультацию врача онколога (онко-стоматолога) в как можно более ранние сроки на любой стадии предоперационного обследования для уточнения диагноза (с возможным проведением повторного морфологического исследования и

применением методик с использованием гистохимических онкологических маркеров) и определения дальнейшей тактики лечения.

L. A. Sosnovskaya

DISCREPANCY FREQUENCY PRE- AND POSTOPERATIVE DIAGNOSES OF PRECANCER DISEASES OF A MUCOUS MEMBRANE OF AN ORAL CAVITY, LIPS AND SKIN OF MAXILLOFACIAL AREA (ACCORDING TO STATIONARY OFFICE OF MAXILLOFACIAL SURGERY)

*Tutor Associate professor L. I. Tesevich,
Department of maxillofacial surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта/ Е.В.Боровский. Н.Ф.Данилевский.- М.: Медицина. 1981.- 288 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/ под ред. Проф. Е.В.Боровского, проф. А.Л.Машкилейсона.- М.: Медицина. 1984.- 400 с.
3. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта и языка: учебно-методическое пособие/ О.П.Чудаков[и др.].- Минск: БГМУ, 2007.- 28 с.
4. Инструкция по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения: Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1350 от 21.12.2010 г. – Минск, 2010.- 49 с.
5. Соловьев М.М. Онкологические аспекты в стоматологии.- М.: Медицина, 1983.- 160 с.