

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕВУСОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Тесевич Леонид Иванович

Кандидат медицинских наук, доцент

Белорусский государственный медицинский университет

Беларусь, Минск

Левдорovich Евгений Олегович

Врач-интерн

УЗ "30-ая городская клиническая поликлиника

Беларусь, Минск

lev_jack@mail.ru

Изучение различных аспектов дифференциальной диагностики невусов предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области по-прежнему является актуальным для практической работы с пациентами такого профиля: Цель работы - определение частоты выявления невусов при диагностике хирургическом лечении предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области на основании совпадения пред- и послеоперационного диагнозов у 224 пациентов (всего 247 случаев), находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи такой локализации. Результаты послеоперационного морфологического исследования у данных пациентов в 20,2±2,5% случаев выявили один из видов невусов, а в 1-ом случае (0,4%) – меланому.

Ключевые слова: невусы; предраковые заболевания кожи челюстно-лицевой области.

DIAGNOSTIC ASPECTS OF NEVI IDENTIFICATION AT SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL AREA SKIN PRECANCER DISEASES

Tesevich L. I.

PhD, Associate Professor

Belarus State Medical University

Belarus, Minsk

facesurg@bsmu.by

Levdorovich E.O.

Intern Doctor

30th Outpatient Clinic

Minsk, Belarus

lev_jack@mail.ru

Studying of various aspects of differential diagnostics of nevi and precancer diseases of maxillofacial area skin, is an important question for practical work with patients of such profile. Aim - to define frequency of nevi identification at surgical treatment of maxillofacial area skin precancer diseases on the basis of coincidence before – and postoperative diagnoses at 224 patients with preliminary diagnoses of maxillofacial area skin precancer diseases (only 247 cases), who were on hospitalization in maxillofacial surgery hospital department. At hospitalized patients with preliminary diagnoses of the being found types of maxillofacial area skin precancer diseases in $20,2 \pm 2,5\%$ of cases one types of nevi is revealed, and in the 1st case (0,4%) – a melanoma.

Keywords: *nevi, maxillofacial area skin precancer diseases*

Введение. Одним из основных методов лечения предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области является иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей (эксцизионная биопсия) с последующим морфологическим исследованием его и установлением окончательного диагноза [2]. Однако при этом важно выявлять и случаи послеоперационной диагностики невусов, что может быть существенным фактором как для их дифференциальной диагностики, так и для выбранного объема оперативного вмешательства по отношению к границам патологического процесса и для практического аспекта работы с пациентами такого профиля.

Цель работы: определить частоту выявления невусов при диагностике и хирургическом лечении предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области на основании совпадения пред- и послеоперационного диагнозов у пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии.

Объекты и методы исследования. Объектом исследования являлись 224 пациента в возрасте от 17 до 92 лет (110 мужчин 17-92 лет и 114 женщины 17-87 лет) с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи лица и шеи (всего 247 случаев) эпидермального генеза (предраки железистого генеза – не изучались), которые в период с 2011 по 2017 г.г. проходили стационарное лечение на базе 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-ой городской клинической больницы» г. Минска. В 91,9% случаев пациенты до госпитализации предварительно консультированы и обследованы у врача-онколога (онко-стоматолога). В 88,4% случаях у пациентов на догоспитальном этапе верификация диагноза предрака такой локализации осуществлялась с использованием морфологических методов исследования (цитологического или гистологического). Всем госпитализированным пациентам проведено

оперативное лечение – удаление патологического образования кожи в пределах здоровых тканей (эксцизионная биопсия) с отступлением от видимых границ его на расстояние не менее 2-3 мм, с учетом предварительного диагноза, с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала в лаборатории морфологических исследований. Качественные показатели полученных данных (совпадение или несовпадение пред- и послеоперационных диагнозов), представленные количественными и относительными значениями, подвергнуты статистической обработке с подсчетом ошибки репрезентативности (m) для относительных величин [4].

Результаты исследования. Полученные сводные результаты исследований у госпитализированных пациентов с предварительными диагнозами встречающихся видов предраковых заболеваний кожи лица и шеи представлены в таблице 1.

По результатам послеоперационного морфологического исследования в $20,2 \pm 2,5\%$ случаев диагностирован один из видов невусов. В спектре выявленных видов невусов преобладают меланомо-малоопасные интрадермальный папилломатозный (в $10,1 \pm 1,9\%$ случаев) и интрадермальный (в $8,5 \pm 1,7\%$ случаев) меланоцитарные виды невусов кожи челюстно-лицевой области. В $9,8 \pm 1,9\%$ случаев у больных была верифицирована злокачественная опухоль (причем в 1-ом случае ($0,4\%$) – меланомы).

При этом в группе пациентов с предраковыми заболеваниями кожи челюстно-лицевой области (в том числе с наличием визуально незначительного компонента пигментного окрашивания их) преобладает гиподиагностика невусов при дифференциальной диагностике с встречающимися различными видами папиллом кожи челюстно-лицевой области (в $41,1 \pm 5,7\%$ случаев – для папиллом; в $72,8 \pm 14,1\%$ случаев – для фибропапиллом). У пациентов с предоперационным диагнозом дерматофиброма кожи, в $66,7\%$ случаев окончательно был выявлен невус. В тоже время у пациентов с предраковыми заболеваниями кожи, которые имели как эндофитную, так и экзофитную форму роста с наличием визуальнозначительного компонента пигментного окрашивания их (кератозы), эффективность предоперационной диагностики была в 4 раза выше, чем в группе пациентов с папилломами, а гиподиагностика невусов составила всего $2,0\%$ случаев (в 20,5- 36,4 раз ниже, чем у пациентов с папилломами с наличием визуально незначительного компонента пигментного окрашивания).

При констатации на догоспитальном этапе факта наличия в предполагаемых предраковых заболеваниях кожи явлений дис- или гиперкератоза, в послеоперационном периоде окончательная верификация невуса (их гиподиагностика) составила: $9,1\%$ случаев – для кератоакантом; $6,3\%$ случаев - для кожного рога; $5,9 \pm 3,3\%$ случаев – для кератопапиллом (в 4,5- 12,3 раза ниже, чем для папиллом (с отсутствием явлений дис- или гиперкератоза и с наличием визуально незначительного компонента пигментного окрашивания) и в 3,1- 4,5 раза выше, чем для кератозов (с наличием явлений дис- или

гиперкератоза и визуально значительного компонента пигментного окрашивания).

Таблица 1 – Количество и частота совпадения или несовпадения пред- и послеоперационного диагнозов встречавшихся видов предраковых заболеваний кожи лица и шеи и частота выявления среди них невусов

Группы встречавшихся видов предраков кожи лица и шеи с учетом предварительного проведенного морфологического исследования (предоперационный диагноз)	Количество случаев (% от общего количества случаев $M \pm m$)	Заключительный диагноз с учетом результатов послеоперационного морфологического исследования.								
		Количество случаев (% от общего количества в группе $M \pm m$)								
		Тот же	Другой							
			Другой вид предрака	Один из видов невусов				Злокачественная опухоль		
	Интрадермальный	Интрадермальный папилломатозный		Смешанный	Сальных желез	Рак	Базалиома	Меланома		
Дерматофиброма	3(1,2±0,7%)	-	1(33,3±33,3%)	2(66,7±33,3%)	-	-	-	-	-	-
Кератоакантома	11(4,5±1,3%)	4(36,3±15,2%)	2(18,2±12,2%)	1(9,1±9,1%)	-	-	-	3(27,3±14,1%)	1(9,1±9,1%)	-
Кератоз	49(19,8±2,5%)	35(71,4±6,5%)	11(22,4±6,0%)	1(2,0±2,0%)	-	-	-	2(4,1±2,8%)	-	-
Кожный рог	16(6,5±1,6%)	7(43,7±12,8%)	6(37,4±12,5%)	-	-	-	1(6,3±6,3%)	1(6,3±6,3%)	1(6,3±6,3%)	-
Папиллома	73(29,6±2,9%)	13(17,8±4,5%)	27(37±5,7%)	9(12,3±3,8%)	20(27,4±5,2%)	-	1(1,4±1,4%)	3(4,1±2,3%)	-	-
Кератопапиллома	51(20,6±2,6%)	8(15,7±5,1%)	34(66,7±6,6%)	2(3,9±2,7%)	1(2,0±2,0%)	-	-	5(9,7±4,2%)	1(2,0±2,0%)	-
Ангиопапиллома	17(6,9±1,6%)	3(17,6±9,5%)	13(76,5±10,6%)	-	-	-	-	-	1(6,9±6,3%)	-
Фибропапиллома	11(4,5±1,3%)	-	1(9,1±9,1%)	4(36,4±15,2%)	4(36,4±15,2%)	-	-	-	2(18,3±12,2%)	-
Образование (неустановленный вид предрака)	15(6,0±1,5%)	-	7(46,6±13,3%)	2(13,3±9,1%)	-	1(6,7±6,7%)	1(6,7±6,7%)	2(13,3±9,1%)	1(6,7±6,7%)	1(6,7±6,7%)
Пиогенная гранулема	1(0,4±0,4%)	1(100%)	-	-	-	-	-	-	-	-
ВСЕГО	247(100%)	71(28,7±2,9%)	102(41,3±3,1%)	21(8,5±1,7%)	25(10,1±1,9%)	1(0,4±0,4%)	3(1,2±0,7%)	16(6,5±1,6%)	7(2,9±1,1%)	1(0,4±0,4%)

Возможными основными факторами, влияющими на ошибки в существующей догоспитальной предоперационной диагностике предраковых заболеваний кожи лица и шеи в случаях, связанных с дифференциальной диагностикой с невусами кожи, могут быть:

1) Неадекватная субъективная интерпретация врачом объективных проявлений наличия компонента пигментного окрашивания и наличия явлений дис- или гиперкератоза в патологическом очаге и склонность в сомнительных случаях к намеренной гипердиагностике в сторону более потенциально опасного диагноза невуса с точки зрения онконастороженности, при котором проведение предоперационных инвазивных методов забора биопсийного материала (путем пункционной или инцизионной биопсий) для морфологического исследования не рекомендуется (если отсутствуют участки изъязвления или трещин).

2) Недостаточная степень оснащенности диагностических учреждений современными средствами визуального изучения поверхностной структуры патологического процесса с предполагаемым диагнозом предраковых заболеваний или невуса кожи челюстно-лицевой области (оптическая эпилюминисцентная и цифровая дерматоскопии *in vivo*).

3) Технические погрешности при проведении забора биопсийного материала из очага предраковых заболеваний кожи для предварительного морфологического исследования (забор материала вне зоны возможной локализации невоцитов и меланоцитов).

4) Погрешность при микроскопическом исследовании биопсийного материала (полученного путем пункционной или инцизионной биопсий) - изготовление некачественных микропрепаратов и срезов; неправильная интерпретация врачом-морфологом меланоцитарного клеточного состава в микропрепарате на фоне маскирующих явлений дис- или гиперкератоза.

Заключение. Полученные данные показывают, что при существующем уровне догоспитальной предоперационной диагностики у госпитализированных пациентов с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области наличие явлений дис- или гиперкератоза в большей степени оказывают влияние на предоперационную гиподиагностику невусов с наличием визуально незначительного компонента пигментного окрашивания, чем невусов с наличием визуально значительного компонента пигментного окрашивания. И наоборот, наличие в предполагаемых предраковых заболеваниях кожи челюстно-лицевой области визуально значительного компонента пигментного окрашивания клинически маскирует явления дис- или гиперкератоза и может в сомнительных случаях привести к предоперационной гипердиагностике в сторону невусов (по нашим данным до $23,4 \pm 3,6\%$ случаев).

С целью повышения эффективности догоспитальной предоперационной дифференциальной диагностики предраковых заболеваний кожи (особенно при наличии пигментного компонента в их структуре) и невусов челюстно-лицевой области целесообразно применять в более широких масштабах методы неинвазивных диагностических исследований (оптическая эпилюминисцентная и цифровая дерматоскопии *in vivo* [1,3]).

При дифференциальной диагностике невусов с предраковыми заболеваниями кожи лица и шеи (особенно при наличии пигментного компонента в их структуре) относительно небольших размеров (без клинических признаков озлокачествления и не требующих сложных пластических оперативных вмешательств по устранению первичного дефекта тканей), после предварительного заключения врача онколога (онкостоматолога), возможно целесообразно сразу проводить эксцизионную биопсию образования с цитологическим и гистологическим исследованием на догоспитальном этапе.

Список литературы

1. Жуковец, А. Г. Перспективы развития дерматоскопической диагностики злокачественных опухолей кожи / А. Г. Жуковец, Н. М. Тризна, И. В. Белоцерковский // Здоровоохранение. – 2015. – № 7. – С. 63-65.

2. Инструкция по раннему выявлению онкологических заболеваний в организациях здравоохранения: Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь №1350 от 21.12.2010 г. – Минск, 2010. – С. 9-49

3. Неретин, Е. Ю. Современные методы ранней неинвазивной диагностики меланомы кожи / Е. Ю. Неретин // Злокачественные опухоли. – 2015. – №4, спецвыпуск 2. – С.9-11.

4. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. ч.-корр. РАМН, проф. В. З. Кучеренко. – М. : «Гэотар-Медиа», 2004. – 192 с.