

Клинико-патогистологическая диагностика потенциально злокачественных заболеваний и дисплазии эпителия полости рта: комплексный анализ и проблемные вопросы (на примере Минской области за период 2021—2023 гг.)

¹Т. А. Бич, ²Ж. В. Колядич, ²Л. В. Мириленко, ²С. Л. Поляков,
²Н. Н. Ефименко, ³С. Л. Кириленко, ³И. И. Колячко, ¹В. Р. Хонов

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова, Минск, Беларусь

³Минская областная стоматологическая поликлиника, Минск, Беларусь

Цель исследования. Провести комплексный анализ и оценить проблемные вопросы выявления потенциально злокачественных заболеваний и эпителиальной дисплазии полости рта на клиническом и патогистологическом этапах диагностики на примере Минской области за период 2021—2023 гг.

Материал и методы. В исследование включены 185 пациентов УЗ «Минская областная стоматологическая поликлиника», которым выполнено патогистологическое исследование за период 2021—2023 гг. Методом сплошной выборки проведен анализ клинико-патогистологических данных с учетом возраста и пола пациентов, анатомо-топографической локализации патологического процесса, техники забора биопсийного материала, клинического диагноза и патогистологического заключения.

Результаты. Доля пациентов с потенциально злокачественными заболеваниями полости рта, которым выполнена биопсия, составила 6,5 %. При направлении на патогистологическое исследование врачи-стоматологи в 21,5 % случаев неверно формулируют клинический диагноз, в 13,5 % случаев не указывают и в 75,1 % случаев неверно указывают технику забора биопсийного материала, в 15,7 % случаев не указывают анатомо-топографическую локализацию патологического процесса, что затрудняет интерпретацию выявленных морфологических изменений. Потенциально злокачественные заболевания морфологически верифицированы в 1,1 % случаев, дисплазия — в 1,6 % среди всех выполненных биопсий, составив по 16,7 % среди всех случаев, клинически определенных как потенциально злокачественные заболевания. В 30,8 % случаев всех биопсийных исследований и в 50,0 % случаев, клинически определенных как потенциально злокачественные заболевания, морфологический диагноз отсутствовал и был представлен описательным заключением в виде констатации имеющих гистологических изменений.

Заключение. Проведенный комплексный анализ выявил гиподиагностику потенциально злокачественных заболеваний полости рта как на клиническом, так и на морфологическом этапе. Обнаруженные проблемы при проведении патогистологического исследования среди врачей-стоматологов и врачей-патологоанатомов свидетельствуют о необходимости совершенствования профессиональной подготовки специалистов, занимающихся диагностикой заболеваний полости рта, а также разработки и внедрения требований к объему оказания медицинской помощи пациентам с потенциально злокачественными заболеваниями полости рта.

Ключевые слова: полость рта, потенциально злокачественные заболевания, лейкоплакия, плоский лишай, эпителиальная дисплазия, плоскоклеточная карцинома.

Objective. To perform a comprehensive analysis and to assess the problematic issues in clinical and pathohistologic diagnostics of oral potentially malignant disorders and oral epithelial dysplasia on the Minsk Region example in the period of 2021—2023.

Materials and methods. 185 patients underwent histopathologic examination between 2021 and 2023 from the Minsk Regional Dental Polyclinic were included in the study. Clinical and histopathologic data were analyzed by the method of continuous selection, taking into the age and gender of patients, anatomical-topographical localization of the pathological process, technique of biopsy, clinical diagnosis and histopathologic report.

Results. The rate of patients with oral potentially malignant disorders underwent a biopsy was 6.5 %. The dentists in 21.5 % of cases incorrectly formulate the clinical diagnosis, in 13.5 % of cases do not specify and in 75.1 % of cases incorrectly specify the technique of biopsy, in 15.7 % of cases do not mention the anatomical-topographical localization of the pathological process, thus complicating the interpretation of the revealed morphological changes during histopathological examination. Morphologically oral potentially malignant disorders were verified in 1.1 %, dysplasia — in 1,6 % of all performed biopsies and accounted each for 16.7 % of all cases clinically identified as oral potentially malignant disorders. In 30.8 % of all performed biopsies and in 50.0 % of clinically identified as oral potentially malignant disorders, the morphological diagnosis was absent and was provided as a descriptive conclusion in the form of present histologic changes announcement.

Conclusion. The performed complex analysis revealed hypodiagnostics of oral potentially malignant disorders both at clinical and morphologic levels. Identified problematic issues in the diagnostic process among dentists and pathologists indicate the need to improve the professional training of specialists involved in the evaluation of oral cavity diseases, as well as the development and implementation of guidelines for medical care of patients with oral potentially malignant disorders.

Key words: oral potentially malignant disorders, oral leukoplakia, oral lichen planus, oral squamous cell carcinoma.

HEALTHCARE. 2025; 7: 57—67

CLINICAL AND PATHOHISTOLOGIC DIAGNOSTICS OF ORAL POTENTIALLY MALIGNANT DISORDERS AND ORAL DYSPLASIA: COMPLEX ANALYSIS AND PROBLEMATIC ISSUES (ON THE MINSK REGION EXAMPLE FOR THE PERIOD OF 2021—2023)

T. Bich, J. Kolyadich, L. Mirilenko, S. Polyakov, N. Efimenko, S. Kirilenko, I. Kolyachko, V. Khonov

По данным Белорусского канцер-регистра, за 10-летний период заболеваемость злокачественными новообразованиями (ЗНО) головы и шеи (C01—C14) увеличилась в 1,3 раза среди всего населения страны: с 14,0 на 100 000 населения в 2014 г. до 18,4 в 2023 г. (темп прироста +31,4 %); среди лиц трудоспособного возраста: с 12,9 до 17,4 на 100 000 трудоспособного населения (темп прироста +34,9 %). При этом на долю ЗНО губы, полости рта (ПР) и ротоглотки (C01—C06, C10) в среднем приходится 53,4 % всех случаев заболеваний ЗНО головы и шеи. Более 55 % впервые выявленных случаев заболевания ЗНО головы и шеи диагностируются среди лиц трудоспособного возраста. Пик заболеваемости на протяжении последних десятилетий приходится на возрастную группу 60—64 лет. При сравнении двух пятилетних периодов выраженное увеличение уровней заболеваемости выявлено среди лиц в возрасте от 30 до 44 лет: в 30—34 года заболеваемость увеличилась в 1,6 раза; в 35—39 лет — в 2,1 раза; в 40—44 года — в 1,6 раза.

Несмотря на то что ПР визуально хорошо доступна для медицинского осмотра, только около 34 % ЗНО ПР в мире диагностируются на ранней стадии [1; 2]. Неблагоприятная картина складывается и в Республике Беларусь: по данным Белорусского канцер-регистра, в 2023 г. частота выявления ЗНО ПР на I и II стадии составила 20,0 % и 20,5 % соответственно.

Одной из приоритетных задач современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии остается своевременная диагностика и лечение заболеваний ПР, предшествующих развитию наиболее распространенного гистологического варианта рака ПР — плоскоклеточной карциномы (ПКК) [3—5].

Концепция и терминология так называемых предраковых процессов ПР несколько изменилась в последние десятилетия. В 2005 г. экспертами ВОЗ было предложено отказаться от терминов «предрак», «предраковый», «предзлокачественный», «эпителиальные поражения-предшественники» и использовать единый термин «потенциально злокачественные заболевания» (ПЗЗ) ПР [6]. В настоящее время ПЗЗ ПР определяются как гетерогенная группа клинически распознаваемых поражений ПР, ассоциированных с переменным риском прогрессии в ПКК и включает лейкоплакию, пролиферативную веррукозную лейкоплакию, эритроплакию, плоский лишай (ПЛ) ПР, лихеноидные поражения ПР и некоторые другие заболевания, в том числе отдельные семейные онкологические синдромы [7]. Также ПКК ПР зачастую возникает в местах уже существующей эпителиальной дисплазии, которая представляет собой спектр архитектурных и цитологических изменений эпителия, указывающих на риск злокачественной трансформации в ПКК, и обычно возникает при ряде ПЗЗ ПР вследствие накопления генетических поломок [7; 8].

Своевременная диагностика ПЗЗ и эпителиальной дисплазии ПР наиболее значима в контексте возникающих трудностей выявления злокачественной трансформации на клиническом этапе. Золотым стандартом верификации различных заболеваний ПР остается патогистологическое исследование (ПГИ), однако установление морфологического диагноза напрямую зависит от выбора правильной техники биопсии ПР и полноты клинической информации, представленной патоморфологу для проведения клинико-морфологической корреляции [9—13].

Исходя из вышеизложенного, выявление и верификация ПЗЗ и дисплазий эпителия ПР имеют ключевое значение для разработки профилактических мероприятий и своевременной диагностики ПКК ПР. Анализ клинического и патогистологического выявления ПЗЗ и дисплазий эпителия ПР у населения конкретной области Республики Беларусь позволит оценить реальную ситуацию и проблемные вопросы в оказании специализированной стоматологической помощи, а также установить первоочередные задачи по повышению качества диагностики пациентов с данной патологией.

Цель исследования — провести комплексный анализ и оценить проблемные вопросы выявления ПЗЗ и эпителиальной дисплазии ПР на клиническом и патогистологическом этапах диагностики на примере Минской области за период 2021—2023 гг.

Материал и методы

Материалом исследования послужили клинические данные направлений на ПГИ и морфологические данные заключений ПГИ 185 пациентов (113 (61,1 %) женщин и 72 (39,0 %) мужчины) УЗ «Минская областная стоматологическая поликлиника» за период 2021—2023 гг., оказывающей специализированную стоматологическую помощь всему населению Минской области. Анализ клинико-патогистологических данных выполнен методом сплошной выборки с учетом возраста и пола пациентов, анатомо-топографической локализации патологического процесса, техники забора биопсийного материала, клинического диагноза и патогистологического заключения.

Во время проверки на нормальность распределения непрерывной переменной возраст по критерию Шапиро — Уилка выявлено статистически значимое отличие от нормального распределения, указанная переменная представлена в виде медианы (Me) и 25-го и 75-го перцентилей, минимального и максимального значений. Качественные показатели представлены абсолютными значениями и относительными частотами (%). Сравнение качественных показателей проводили по критерию хи-квадрат, дихотомических (таблицы сопряженности 2×2) — по критерию хи-квадрат с поправкой Йетса или точному критерию Фишера в соответствии с условиями их применимости [14]. Все значения p были двусторонними. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Данные о посещениях пациентами врачей стоматологического профиля, включая хирургический прием и выполненные ПГИ, представлены в табл. 1.

Таблица 1

Количество посещений пациентами врачей стоматологического профиля за период 2021—2023 гг.

Год	Всего посещений	Всего пациентов хирургического приема	Всего выполнено ПГИ
2021	56 948	7 379 (13,0 %)	14 (0,2 %)
2022	58 334	15 708 (26,9 %)	74 (0,5 %)
2023	65 821	13 200 (20,1 %)	97 (0,7 %)
Всего	181 103	36 287 (20,0 %)	185 (0,5 %)

За изученный период в УЗ «Минская областная стоматологическая поликлиника» всего зафиксировано 181 103 посещения, из которых 20 % пришлось на хирургический прием, при этом ПГИ выполнено только 185 пациентам, что составило 0,5 % всех пациентов хирургического приема. При анализе динамики проведенных ПГИ отмечено увеличение числа пациентов, которым с 2021 по 2023 г. выполнена биопсия, в 7 раз, однако уровень ПГИ остается катастрофически низким и недостаточным.

Для комплексной оценки выполненных ПГИ проведен анализ клинической информации, представленной в направлениях на ПГИ и морфологических данных, полученных из заключений ПГИ.

В 13 (7,0 %) случаях информация о возрасте пациента не была указана в направлении на ПГИ. В остальных 172 случаях возраст пациентов варьировал от 5 до 80 лет, Ме составила 55 [38,5—64] лет. В большинстве случаев биопсии выполняли пациентам среднего (45—59 лет) ($n = 49$, 26,5 %) и пожилого (60—74 года) ($n = 64$, 34,6 %) возраста, которые суммарно составили 113 (61,1 %) наблюдений.

Указание в направлении на ПГИ используемой техники забора биопсийного материала является крайне важной информацией для последующей правильной его вырезки с целью получения репрезентативных срезов. Результаты проведенного анализа представлены в табл. 2.

Таблица 2

Техники забора материала, указанные в направлении на патогистологическое исследование

Техника	2021—2023 гг.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Инцизионная	7 (3,8 %)	0 (0,0 %)	5 (6,8 %)	2 (2,1 %)
Эксцизионная	10 (5,4 %)	0 (0,0 %)	5 (6,8 %)	5 (5,2 %)
Эндоскопическая	3 (1,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,4 %)	2 (2,1 %)
Операционная биопсия	4 (2,2 %)	0 (0,0 %)	3 (4,1 %)	1 (1,0 %)
Операционный материал	136 (73,5 %)	7 (50,0 %)	54 (73,0 %)	75 (77,3 %)
Не указана	25 (13,5 %)	7 (50,0 %)	6 (8,1 %)	12 (12,4 %)
Всего	185 (100,0 %)	14 (100,0 %)	74 (100,0 %)	97 (100,0 %)

В подавляющем большинстве случаев (73,5 %) указывали «операционный материал», хотя данная формулировка предполагает получение материала в ходе выполнения объемных оперативных вмешательств, например полостных. При заборе материала из ПР в амбулаторно-поликлинических условиях, как правило, используют инцизионную или эксцизионную биопсию, однако эти виды были указаны только в 3,8 % и 5,4 % слу-

чаев соответственно. В 3 (1,6 %) случаях отмечена «эндоскопическая биопсия», выполнение которой подразумевает использование эндоскопа, что исключает возможность ее применения в ПР. Все это может свидетельствовать о некорректном употреблении клиницистами терминологии, касающейся техники забора материала. При этом в 13,5 % наблюдений данная информация в принципе не была зафиксирована в направлении на ПГИ.

Выбор верной техники забора материала из ПР напрямую влияет на результат ПГИ, а ошибочное указание (или его отсутствие) способа забора материала может привести к неправильной вырезке биоптата [11—13; 15]. В частности, инцизионный и эксцизионный биоптаты макроскопически имеют схожую ромбовидную форму. Однако в первом случае очаг поражения хирург иссекает на границе с визуально интактной тканью, и патологоанатом при вырезке материала кусочки ткани нарезает продольно — для сравнения интактной и пораженной тканей. Во втором случае очаг поражения иссекают полностью в пределах визуально интактной ткани, и при вырезке материал нарезают поперек — с целью максимального захвата всего патологического объекта. Именно поэтому корректное заполнение данного пункта в направлении на ПГИ является очень важным для врача-патологоанатома.

Указание в направлении на ПГИ анатомо-топографической зоны очага поражения, из которого берется биопсия, также имеет принципиальное значение для дальнейшей интерпретации выявленных морфологических изменений. При оценке патологических изменений врач-патологоанатом всегда отталкивается от гистологической нормы, характерной для той или иной анатомо-топографической зоны. В ходе анализа направлений на ПГИ установлено, что в 29 (15,7 %) случаях анатомо-топографическая локализация не была отмечена.

Для анализа структуры клинических диагнозов (КД), указанных в направлении на ПГИ, были сформированы четыре группы (табл. 3). Группа «ПЗЗ» включала нозологии с учетом классификации ПЗЗ ПР (ВОЗ, 2022) [7]: лейкоплакию, веррукозную лейкоплакию, красный ПЛ (КПЛ), гиперкератоз слизистой оболочки ПР (КД приведены с сохранением их изначальных формулировок). Группу «не ПЗЗ» составили все остальные КД, за исключением КД «рак/подозрение на рак», которые были выделены в отдельную группу. Последнюю группу включали случаи, когда КД в направлении на ПГИ указан не был.

Таблица 3

Группы клинических диагнозов, указанных в направлении на патогистологическое исследование

Группа	2021—2023 гг.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Не ПЗЗ	164 (88,6 %)	14 (100,0 %)	63 (85,1 %)	87 (89,7 %)
ПЗЗ	12 (6,5 %)	0 (0,0 %)	6 (8,1 %)	6 (6,1 %)
Рак/подозрение на рак	5 (2,7 %)	0 (0,0 %)	3 (4,1 %)	2 (2,1 %)
Не указан	4 (2,2 %)	0 (0,0 %)	2 (2,7 %)	2 (2,1 %)
Всего	185 (100,0 %)	14 (100,0 %)	74 (100,0 %)	97 (100,0 %)

Наиболее часто ПГИ выполняли пациентам с КД из группы «не ПЗЗ» — 88,6 % наблюдений, доля ПГИ с КД из группы «ПЗЗ» составила лишь 6,5 %. При этом в 2021 г. ни одному пациенту не было выполнено ПГИ с КД, относящимся к группе «ПЗЗ». Структура КД из группы «ПЗЗ» (n = 12) была следующей: гиперкератоз слизистой оболочки ПР — 2 случая; КПЛ — 2 случая; веррукозная лейкоплакия — 1 случай; лейкоплакия — 7 случаев. Следует обратить внимание на некорректно используемую терминологию при формулировке отдельных КД. В частности, диагноз «красный плоский лишай» для слизистой оболочки ПР не используют, поскольку в отличие от кожных проявлений, имеющих характерный красный цвет, на слизистой оболочке ПР дерматоз проявляется

белыми поражениями, соответственно, более правильно использовать формулировку «плоский лишай полости рта». Неправомочен и КД «гиперкератоз слизистой оболочки полости рта», поскольку гиперкератоз является гистологическим признаком и может употребляться в КД только если является общепринятым диагнозом согласно МКБ-10, например «никотиновый лейкокератоз неба» (K13.2).

Как было указано ранее, ПЗЗ и дисплазия слизистой оболочки ПР нередко предшествуют ПКК ПР, и даже приверженцы концепции развития карцином *de novo* признают непредсказуемость поражений-предшественников [16]. В свою очередь, именно морфологическая верификация патологического процесса ПР остается наиболее точным и доступным методом диагностики. Однако полученные в настоящем исследовании данные свидетельствуют о низком охвате пациентов с КД «потенциально злокачественные заболевания» в части выполняемых ПГИ и указывают на острую необходимость повышения уровня онконастороженности среди врачей-стоматологов. Кроме того, следует подчеркнуть, что ПГИ при ПЗЗ ПР выполняют не только с целью верификации КД, но и для исключения дисплазии эпителия ПР, которая может быть установлена только патогистологически.

По данным литературы, очевидно, что распространенность ПЗЗ ПР имеет тенденцию роста, хотя и значительно варьирует от географического и популяционного факторов [17—20]. Исходя из имеющихся показателей распространенности в Европе всех ПЗЗ ПР (3,07 %), а также отдельно лейкоплакии и ПЛ ПР (1,2 % и 1,32 % соответственно) [17; 19] и численности взрослого населения Минской области, по данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за период 2021—2023 гг. [21], можно примерно рассчитать ожидаемую распространенность этих заболеваний в регионе (табл. 4).

Таблица 4

Ожидаемая распространенность некоторых потенциально злокачественных заболеваний полости рта в Минской области с учетом численности взрослого населения

Год	Численность взрослого населения (18 лет и старше)	Ожидаемая заболеваемость ПЗЗ и отдельными видами ПЗЗ с учетом их распространенности в Европе [17; 19; 21]		
		все ПЗЗ (3,07 %)	лейкоплакия (1,2 %)	ПЛ ПР (1,32 %)
2021	1 177 645	36 153	14 131	15 544
2022	1 170 145	35 923	14 041	15 445
2023	1 168 611	35 876	14 023	15 425
Всего	3 516 401	106 953	42 195	46 414

Даже с учетом того, что рассчитанные данные весьма относительные и ориентировочные, а в настоящем исследовании изучали только наблюдения с выполненным ПГИ, очевиден факт гиподиагностики ПЗЗ, в том числе лейкоплакии и ПЛ ПР на клиническом этапе. Во многом это может быть обусловлено недостаточным уровнем знаний данной патологии среди врачей-стоматологов. Кроме того, сами пациенты далеко не всегда обращаются за медицинской помощью, имея даже яркие симптомы поражения, что указывает на необходимость проведения активной информационной работы среди населения по своевременному выявлению ПЗЗ.

Наиболее часто встречаемые КД из группы «не ПЗЗ» представлены в табл. 5. Чаще ПГИ выполняли пациентам с КД «папиллома слизистой оболочки ПР» (20,8 %), «ретенционная киста слюнной железы» (15,3 %) и «эпулис» (12,9 %).

Обращает на себя внимание терминология, используемая врачами-стоматологами при формулировке отдельных КД из группы «не ПЗЗ». В 14,7 % случаев фигурировал КД

Таблица 5

Структура клинических диагнозов из группы «не ПЗЗ», указанных в направлении на патогистологическое исследование (n = 164)

Группа «не ПЗЗ»	Абс.	%
Папиллома слизистой оболочки ПР	34	20,8
Ретенционная киста слюнной железы	25	15,2
Образование	24	14,7
Эпулис	21	12,9
Одонтогенная киста	13	7,9
Эпителиома	10	6,1
Фиброма	10	6,1
Новообразование	5	3,0
Эрозия/хроническая травматическая эрозия	4	2,4
Прочие	18	10,9

«образование» без дополнительного уточнения его генеза — опухолевого, реактивно-го или воспалительного. В 6,1 % случаев — КД «эпителиома» — диагноз, в принципе не существующий как нозологическая единица или патологический процесс ни в клинических, ни в патогистологических классификациях. В 3,0 % — КД «новообразование», также без дополнительного указания на доброкачественность или злокачественность процесса. По сути, данные формулировки не являются КД и не должны ставиться клиницистами — даже при условии неясного КД всегда нужно указывать предположительный диагноз с учетом кодов МКБ-10, в том числе в контексте возможных диагнозов. Суммарно такие КД составили 39 (21,5 %) случаев, то есть фактически каждый 5-й пациент, которому было выполнено ПГИ, не имел нозологического КД, что указывает на необходимость повышения уровня профессиональной подготовки врачей-специалистов в вопросах клинической диагностики заболеваний ПР. Отсутствие КД в направлении на ПГИ не позволяет врачу-патологоанатому провести клинико-морфологическую корреляцию и установить морфологический диагноз (МД) [18].

Сформированные для последующего анализа группы МД по данным, полученным из заключения ПГИ, представлены в табл. 6.

Таблица 6

Группы морфологических диагнозов, указанных в заключении на патогистологическое исследование

Группа	2021—2023 гг.	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Не ПЗЗ	105 (56,8 %)	12 (85,7 %)	34 (45,9 %)	59 (60,8 %)
ПЗЗ	2 (1,1 %)	—	1 (1,4 %)	1 (1,0 %)
Дисплазия	3 (1,6 %)	—	2 (2,7 %)	1 (1,0 %)
ПКК	18 (9,7 %)	—	10 (13,5 %)	8 (8,2 %)
Описание	57 (30,8 %)	2 (14,3 %)	27 (36,5 %)	28 (28,9 %)
Всего	185 (100,0 %)	14 (100,0 %)	74 (100,0 %)	97 (100,0 %)

Среди МД также преобладали патологические процессы из группы «не ПЗЗ» — 56,8 % наблюдений. Только в 1,1 % случаев морфологически верифицированы патологические процессы из группы «ПЗЗ». В 1,6 % случаев обнаружена дисплазия слизистой оболочки ПР в виде высокоградной (high-grade, HG) — 1 наблюдение и низкоградной (low-grade, LG) — 2 наблюдения. В то же время у 9,7 % пациентов в биопсийном

материале выявлена ПМК. Обращает на себя внимание тот факт, что количество патогистологически верифицированных случаев ПМК значительно выше, чем число заболеваний из группы «ПЗЗ», которые, как известно, являются предшественниками ПМК.

В трети наблюдений (30,8 %) всех выполненных биопсий МД был представлен лишь описательным заключением в виде констатации выявленных гистологических изменений без установления нозологического диагноза.

Проведен детальный сравнительный анализ случаев с описательным (n = 57) и нозологическим (n = 124) МД с учетом направительного КД (табл. 7).

Таблица 7

Сравнительный анализ описательных и нозологических морфологических диагнозов в структуре всех клинических диагнозов

Группа КД (n = 181)*	МД (n = 181)	
	описательный	нозологический
ПЗЗ (n = 12)	6 (10,5 %)	6 (4,8 %)
Рак/подозрение на рак (n = 5)	0 (0,0 %)	5 (3,9 %)
НГ ПЗЗ (n = 164)	51 (89,5 %)	113 (88,3 %)

*Без учета 4 случаев, где КД не указан.

В группе КД «ПЗЗ» описательный МД встречался в половине (n = 6) наблюдений, составив 10,5 % среди всех 57 случаев, и имел место при КД: «лейкоплакия» (n = 4) — 7,0 %; «веррукозная лейкоплакия» (n = 1) — 1,8 %; «гиперкератоз слизистой оболочки ПР» (n = 1) — 1,8 %. Нозологический МД составил 4,8 % среди всех 124 случаев и установлен при КД: «лейкоплакия» (n = 3) — 2,4 %; «КПЛ» (n = 2) — 1,6 %; «гиперкератоз слизистой оболочки ПР» (n = 1) — 0,8 %. Однако не во всех случаях установленный МД соответствовал направительному КД.

При сопоставлении направительного КД из группы «ПЗЗ» (n = 12) с установленным МД оказалось, что только в 2 (16,7 %) случаях (КД — «КПЛ») морфологически также были верифицированы заболевания из группы «ПЗЗ» (в виде «КПЛ» и «лейкоплакия без дисплазии»). В 1 наблюдении с КД «лейкоплакия (КПЛ?)» патогистологически верифицирована ПМК. В 2 (16,7 %) случаях установлен МД «дисплазия»: «высокоградная (HG) на фоне веррукозной лейкоплакии» — в случае КД «гиперкератоз слизистой оболочки ПР», «низкоградная (LG)» — в случае КД «лейкоплакия». В 1 наблюдении с КД «лейкоплакия» гистологически верифицирована светлоклеточная акантома, которая не относится к ПЗЗ. Полученные результаты свидетельствуют о низком уровне верификации врачами-патологоанатомами патологических процессов из группы ПЗЗ. Очевидным становится необходимость более детального анализа причин, в первую очередь в части репрезентативности забираемого на ПГИ биопсийного материала.

При сравнительном анализе МД в группе КД «не ПЗЗ» частота встречаемости конкретных нозологических МД и описательных заключений статистически значимо различалась только для КД «ретенционная киста слюнной железы», при котором описательные заключения встречались только в 3,5 % случаев, в то время как конкретный МД был поставлен в 18,0 % случаев (p = 0,013).

Отдельно проанализирована структура МД при КД «новообразование» (n = 5), «образование» (n = 24) и «эпителиома» (n = 10), которые составили 39 (21,5 %) случаев среди всех КД (табл. 8). В 35,9 % наблюдений МД был представлен сугубо описательной гистологической картиной. В свою очередь, среди нозологических МД наиболее часто встречалась ПМК (28,2 %).

Структура морфологических диагнозов при клинических диагнозах «новообразование», «образование», «эпителиома»

МД	Общее количество наблюдений (n = 39), из них	
	абс.	%
Описательный	14	35,9
ПКК	11	28,2
Фибропапиллома	5	12,8
Фиброма	4	10,3
Папиллома	2	5,1
Эпулис	1	2,6
Эпидермоидная киста	1	2,6
Гингивит	1	2,6

Более детальный анализ МД при каждом из вышеперечисленных КД показал, что в 3 (60 %) случаях из 5 с КД «новообразование» МД был описательным и только в 1 случае верифицирована ПКК. Среди 24 КД «образование» в подавляющем большинстве случаев (n = 10, 42 %) морфологически установлена ПКК, описательный МД составил 25 % (n = 6). Из 10 КД «эпителиома» в 50 % (n = 5) случаев МД был описательный, среди установленных МД чаще встречались «фибропапиллома» (n = 2, 20 %) и «фиброма» (n = 2, 20 %).

В целом следует отметить, что во всех 5 случаях КД «рак/подозрение на рак» морфологически были выявлены ПКК (n = 4) и дисплазия НГ (n = 1).

При анализе КД, в последующем морфологически верифицированных как ПКК (n = 18), установлено, что КД «рак/подозрение на рак» встречался в 22 % (n = 4) случаев. В 72 % (n = 13) КД включал различные процессы из группы «не ПЗЗ», в частности: «образование» (n = 10), «эпулис» (n = 1), «эрозия» (n = 1) и «новообразование» (n = 1). Только в 1 (6 %) наблюдении ПКК была верифицирована при КД из группы «ПЗЗ» в форме лейкоплакии.

Выводы

1. Выполненный комплексный анализ позволил выявить низкий уровень диагностики ПЗЗ ПР как на клиническом, так и на морфологическом этапе, а также обнаружить ряд проблем.

Доля пациентов с клиническим диагнозом из группы ПЗЗ, направленных на ПГИ, составила 6,5 %, что свидетельствует об отсутствии онконастороженности врачей-стоматологов в отношении ПЗЗ. Врачи-стоматологи зачастую некорректно заполняют направления на ПГИ, и основные недостатки касаются: 1) неверной формулировки клинических диагнозов (21,5 % случаев), что не позволяет провести врачу-патологоанатому клиничко-морфологическое сопоставление, необходимое для установления морфологического диагноза; 2) не указания (13,5 % случаев) и неверного указания (75,1 % случаев) техники забора биопсийного материала, что препятствует правильной вырезке доставленного биологического материала при изготовлении гистологических срезов; 3) не указания (15,7 % случаев) анатомо-топографической локализации патологического процесса, что не позволяет врачу-патологоанатому корректно интерпретировать выявленные морфологические изменения.

2. Потенциально злокачественные заболевания морфологически верифицированы в 1,1 % случаев, дисплазия эпителия — в 1,6 % среди всех выполненных ПГИ,

составив по 16,7 % среди всех случаев КД из группы ПЗЗ, что свидетельствует о низком уровне их морфологической диагностики. В 30,8 % случаев всех выполненных ПГИ морфологический диагноз отсутствовал и был представлен описательным заключением в виде констатации имеющихся гистологических изменений.

3. Для решения выявленных проблем требуется разработка соответствующих образовательных программ в рамках последипломного профессионального обучения врачей, сталкивающихся с патологией полости рта. Также очевидна необходимость разработки и практического внедрения алгоритма маршрутизации и требований к объему оказания медицинской помощи пациентам с ПЗЗ, что позволило бы в том числе повысить выявляемость ПКК на ранних стадиях. В свою очередь, разработка стандартного подхода к ПГИ при ПЗЗ позволит повысить уровень знаний морфологов в вопросах патогистологической диагностики данной патологии.

Литература

1. *Survival probabilities and trends for lip, oral cavity and oropharynx cancers in Northern Portugal in the period 2000–2009* / L. S. Monteiro, L. Antunes, L. L. Santos [et al.] // *Ecancermedicalscience*. — 2018 — Vol. 12. — DOI: 10.3332/ecancer.2018.855.
2. *Warnakulasuriya, S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer* / S. Warnakulasuriya // *Oral Oncology*. — 2009. — Vol. 45 (4–5). — P. 309–316.
3. *Bugshan, A. Oral squamous cell carcinoma: metastasis, potentially associated malignant disorders, etiology and recent advancements in diagnosis* / A. Bugshan, I. Farooq // *F1000Research*. — 2020. — Vol. 9. — DOI: 10.12688/f1000research.22941.1.
4. *Woo, Sook-Bin. Oral epithelial dysplasia and premalignancy* / Sook-Bin Woo // *Head and neck pathology*. — 2019. — Vol. 13 (3). — P. 423–439.
5. *Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A metaanalysis* / I. Gomez, J. Seoane, P. Varela-Centelles [et al.] // *European Journal of Oral Sciences*. — 2009. — Vol. 117 (5). — P. 541–546.
6. *Oral potentially malignant disorders: a consensus report from an international seminar on nomenclature and classification, convened by the WHO Collaborating Centre for Oral Cancer* / S. Warnakulasuriya, O. Kujan, J. M. Aguirre-Urizar [et al.] // *Oral Diseases*. — 2021. — Vol. 27. — P. 1862–1880.
7. *Muller, S. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Tumours of the Oral Cavity and Mobile Tongue* / S. Muller, W. M. Tilakaratne // *Head and neck pathology*. — 2021. — Vol. 16 (1). — P. 54–62.
8. *Oral epithelial dysplasia: recognition, grading and clinical significance* / E. Odell, O. Kujan, S. Warnakulasuriya, Ph. Sloan // *Oral Diseases*. — 2021. — Vol. 27 (8). — P. 1947–1976.
9. *Oliver, R. J. Oral biopsies: methods and applications* / R. J. Oliver, P. Sloan, M. N. Pemberton // *British dental journal*. — 2004. — Vol. 196 (6) — P. 329–362.
10. *Avon, S. L. Oral soft-tissue biopsy : an overview* / S. L. Avon, H. B. Klieb // *The Journal of the Canadian Dental Association*. — 2012. — Vol. 78 — URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22889502/> (date of access: 26.02.2025).
11. *Shanti, R. M. Oral Biopsy Techniques* / R. M. Shanti, T. Tanaka, D. C. Stanton // *Dermatologic Clinics*. — 2020. — Vol. 38 (4). — P. 421–427.
12. *Biopsy of the oral mucosa: Does size matter?* / B. Lazzarotto, Ch. Garcia, C. Martinelli-Klay, T. Lombardi // *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*. — 2022. — Vol. 123 (5). — DOI: 10.1016/j.jormas.2022.02.005.
13. *Liu, W. Perspectives on oral tissue biopsy surgery for patients with oral premalignant and malignant lesions* / W. Liu, H. Li, L. Shi // *Journal of Dental Science*. — 2024. — Vol. 19 (3) — P. 1877–1879.

14. Ланг, Т. А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик ; под ред. В. П. Леонова. — М. : Практическая медицина, 2011. — 480 с.
15. Oral soft tissue biopsy surgery: current principles and key tissue stabilization techniques / P. Y. Jeng, Mei-Chi Chang, Chun-Pin Chiang [et al.] // *Journal of Dental Science*. — 2024. — Vol. 19 (1). — P. 11—20.
16. The clinical characteristics of oral squamous cell carcinoma in patients attending the Medunsa Oral Health Centre, South Africa / M. Bouckaert, T. Munzhelele, L. Feller [et al.] // *Integrative Cancer Science and Therapeutics*. — 2016. — Vol. 3 — P. 575—578.
17. Prevalence of oral potentially malignant disorders : a systematic review and meta-analysis / F. W. Mello, A. F. Paza Miguel, K. L. Dutra [et al.] // *The Journal of Oral Pathology & Medicine*. — 2018. — Vol. 47 (7). — P. 633—640.
18. Interventions for treating oral leukoplakia to prevent oral cancer / G. Lodi, R. Franchini, S. Warnakulasuriya [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2016. — Vol. 7 (7). — URL: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001829.pub4> (date of access: 26.02.2025).
19. Worldwide prevalence of oral lichen planus : a systematic review and meta-analysis / M. A. Gonzalez-Moles, S. Warnakulasuriya, I. Gonzalez-Ruiz [et al.] // *Oral Diseases*. — 2021. — Vol. 27 (4) — P. 813—828.
20. Potentially malignant disorders of the oral cavity and oral dysplasia : a systematic review and meta-analysis of malignant transformation rate by subtype / O. Iocca, Th. P. Sollecito, F. Alawi [et al.] // *Head and Neck*. — 2020. — Vol. 42 (3). — P. 539—555.
21. Национальный статистический комитет Республики Беларусь : [сайт]. — Минск, 1998—2025. — URL: <http://belstat.gov.by/> (дата обращения: 24.02.2025).

Контактная информация:

Бич Татьяна Александровна — к. м. н., доцент, доцент кафедры патологической анатомии и судебной медицины с курсом повышения квалификации и переподготовки. Белорусский государственный медицинский университет. Ул. Кижеватова, 60, 220115, г. Минск. Сл. тел. +375 17 221-00-73.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования: Т. А. Б., Ж. В. К.
Сбор информации и обработка материала: Т. А. Б., С. Л. К., И. И. К., В. Р. Х.

Статистическая обработка данных: Т. А. Б., Л. В. М.

Написание текста: Т. А. Б., Л. В. М., С. Л. К., И. И. К.

Редактирование: Т. А. Б., Ж. В. К., С. Л. П., Н. Н. Е.

Конфликт интересов отсутствует.

Поступила 23.04.2025
Принята к печати 09.06.2025