

**ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ДИАГНОСТИКИ И
ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТИ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
КОЖИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И
ШЕИ С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЯ
ЧАСТОТЫ СОВПАДЕНИЯ ПРЕД- И
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДИАГНОЗОВ**



Тесевич Л.И.

Цель исследования:

Изучить динамику показателя частоты совпадения пред- и послеоперационного диагнозов при хирургическом лечении предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области и шеи с определением дальнейшей тактики повышения эффективности онконастороженности в их диагностике.

Материалы и методы

Нами изучен архивный и клинический материал 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-ой городской клинической больницы г. Минска», на базе которого в период с 2011 по 2014 г.г. проходили стационарное лечение 136 пациентов в возрасте от 17 до 88 лет с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи эпидермального генеза (всего 143 случая) (предраки железистого генеза – не изучались). В 83-91% случаев пациенты этой группы до госпитализации предварительно консультированы и обследованы у врача-онколога (онко-стоматолога). В 80-83% случаях у этих 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 до момента госпитализации в этой группе пациентов составляли от 6 до 8 недель и более.

В 2015 г. на базе 1-го отделения челюстно-лицевой хирургии УЗ «11-ой городской клинической больницы г. Минска» находилось 24 пациента от 22 до 85 лет с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи ЧЛО и шеи эпидермального генеза (всего 40 случаев) (предраки железистого генеза – не изучались) по поводу хирургического лечения у них предраков.

В этой группе пациентов осуществлены следующие из предложенных мероприятий, направленных на оптимизацию тактических аспектов диагностики и онконастороженности при выявлении и лечении предраковых заболеваний кожи ЧЛО и шеи [Тесевиц Л.И., Сосновская Л.А., 2016]:

- 1). В 2015 г. средние сроки от момента установления предварительного диагноза вида предрака до проведения операции в стационаре для пациентов, у которых проводилась предварительная предоперационная инцизионная биопсия, были сокращены до 2,5-3-х недель.

Материалы и методы

- 2) В 2015 г. все пациенты, у которых обнаружены предраковые заболевания кожи ЧЛЮ и шеи с явлениями дис- или гиперкератоза, на догоспитальном этапе были консультированы и обследованы у врача онколога (онко-стоматолога) с проведением морфологического исследования с акцентом на повышенный риск наличия злокачественного процесса.
- 3) В 2015 г. предоперационное морфологическое исследование (цитологическое или инцизионная биопсия) предракового процесса проведено у 100% пациентов с предраковыми заболеваниями кожи ЧЛЮ и шеи. У 2-х (6,3%) пациентов с предраковыми заболеваниями кожи лица и шеи, несмотря на неоднократное проведение предоперационного морфологического исследования (в том числе у одного из этих пациентов - врачом-онкологом, а у другого пациента – только в условиях диагностического центра без консультации врача-онколога), вид предрака до операции в стационаре установить также не удалось, так как в микропрепаратах превалировала морфологическая картина элементов воспаления, без признаков клеточной атипии.
- 4). В 2015 г. консультировано онкологом 96,5% всех пациентов с предварительными диагнозами предраковых заболеваний кожи ЧЛЮ и шеи.

160-ти (100,0%) пациентам обеих групп осуществлялось хирургическое лечение – удаление патологического процесса (эксцизионная биопсия).

При этом в сравнительном аспекте в группах пациентов 2011-14 г.г. и 2015 г. изучалась частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов встречающихся видов предраковых заболеваний с учетом предварительных и заключительных результатов клинимоρφологического исследования. Полученные данные подвергнуты статистической обработке с подсчетом ошибки репрезентативности (m) и критерия достоверности различия (t) (по Н.А.Плохинскому, 1978) для относительных показателей.

Результаты

Полученные нами результаты сравнительного исследования представлены на рисунке 1 и в таблице 1.

В 2015 г. у пациентов с встречавшимися видами предраковых заболеваний кожи лица и шеи в среднем в $35,0 \pm 7,5\%$ случаев отмечается совпадение пред- и послеоперационных диагнозов, что в 1,22 раза все же лучше ($t < 2$), чем в 2011-14 г.г. Соответственно, ошибки в диагностике встречавшихся у пациентов видов предраков этой локализации в 2015 г. в среднем составили $65,0 \pm 7,5\%$, что в 1,1 раза все же меньше ($t < 2$), чем в 2011-14 г.г. При этом в 2015 г. в этой группе пациентов в среднем в 1,26 раза (до $10,0 \pm 4,7\%$ случаев, ($t < 2$)) все же снизилась частота выявленных злокачественных опухолей, по сравнению с 2011-14 г.г. В 2015 г. в группах пациентов с предполагаемым диагнозом различного вида папиллом кожи ЧЛЮ частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов стала в 1,23- 2,5 раза все же выше ($t < 2$), чем в 2011-14 г.г. Однако и вероятность обнаружения злокачественной опухоли у таких пациентов в 2015 г. была 0%; $11,1 \pm 11,1\%$; $50,0 \pm 50,0\%$ случаев (при диагностике обычных папиллом, кератопапиллом и фибропапиллом, соответственно), тогда как в 2011-14 г.г. вероятность выявления злокачественной опухоли составляла $4,1 \pm 2,8\%$; $19,2 \pm 7,9\%$; $11,1 \pm 11,1\%$ случаев при диагностике аналогичных видов папиллом, соответственно.

По-прежнему как в 2011-14 г.г., так и в 2015 г. подтверждается тот факт, что при подозрении на предраки кожи с явлениями дис- или гиперкератоза вероятность обнаружения злокачественного процесса сохраняется на достаточно высоких уровнях (по нашим данным – $8,7-37,5\%$ и $11,1-50,0\%$, соответственно), что также требует сохранять постоянную повышенную онконастороженность для такого контингента пациентов (рис. 2). Вместе с тем, хотя в 2015 г. у пациентов с предполагаемыми диагнозами кожный рог или кератоз кожи ЧЛЮ и шеи частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов соответственно не изменилась или в 1,33 раза уменьшилась, по сравнению с 2011-14 г.г., злокачественных новообразований у них выявлено не было (0% случаев), в отличие от 2011-14 г.г. ($12,5\%- 8,7\%$ случаев, соответственно).

Результаты

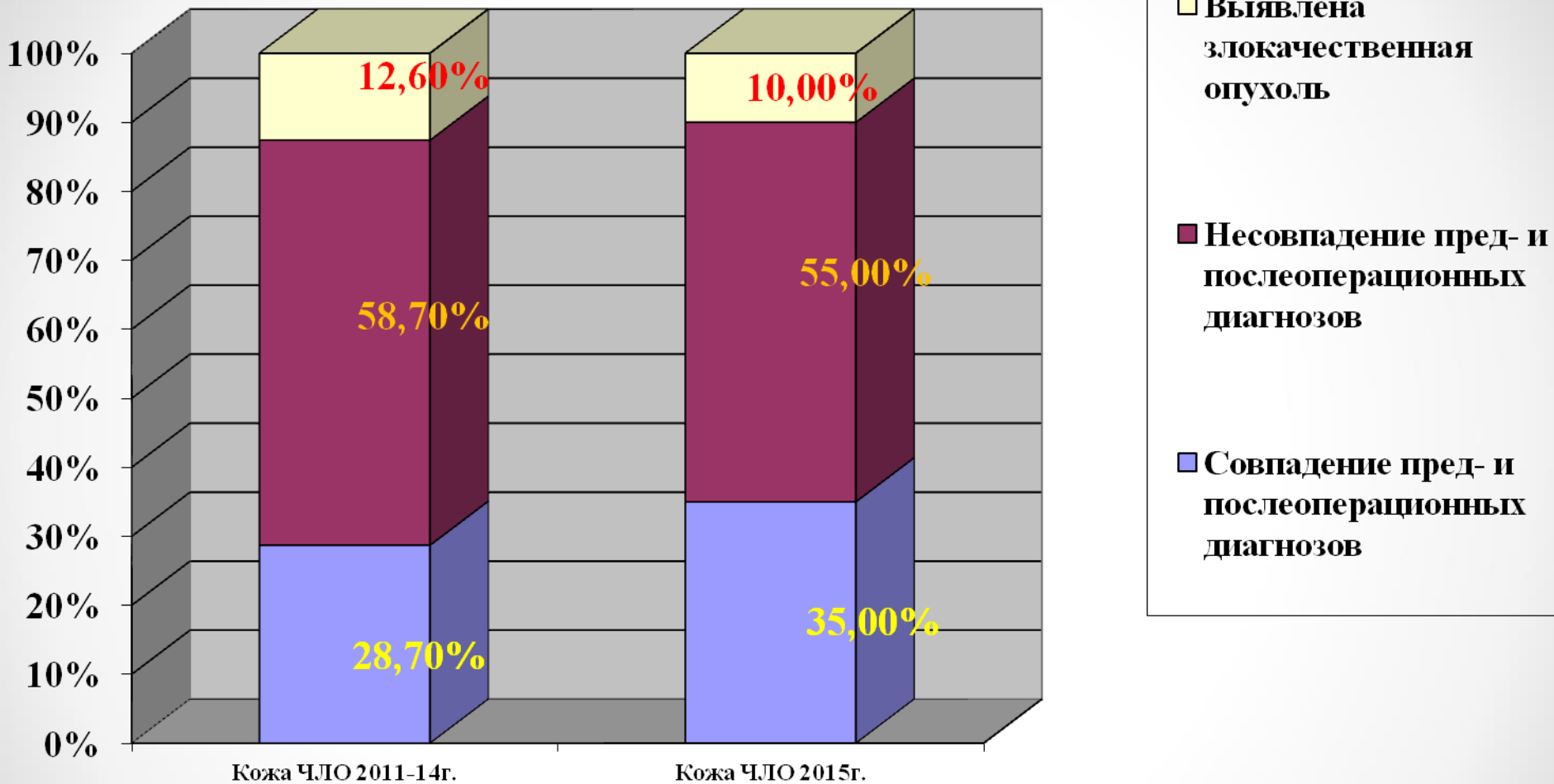


Рисунок 1 - Сравнительная характеристика частот совпадения и несовпадения пред- и послеоперационных диагнозов встречающихся видов предраковых заболеваний кожи ЧЛО и шеи в 2011-14 г.г. и 2015 г.

Результаты

Таблица 1 - Количество и частота совпадения или несовпадения пред- и послеоперационного (после эксцизионной или инцизионной биопсий) диагнозов встречавшихся в 2011-14 г.г. и 2015 г. видов предраковых заболеваний кожи челюстно-лицевой области и шеи

Группы встречавшихся видов предраков (предоперационный диагноз) кожи лица (в том числе губ) и шеи с учетом предварительно проведенного морфологического исследования Сроки исследования		Количество случаев (% от общего количества случаев M±m); t	Заключительный диагноз с учетом результатов послеоперационного морфологического исследования Количество случаев (% от общего количества в группе M±m); t				
			Тот же	Другой вид предрака	Злокачественная опухоль		
					Рак	Базалиома	Меланома
Кератоакантома	2011-14гг.	8 (5,6±1,9%); 0,2	4 (50,0±18,9%); 2,6*	1 (12,5±12,5%); 0,7	2 (25,0±16,4%); 0,5	1 (12,5±12,5%); 1,0	0 (0%); -
	2015 г.	2 (5,0±3,4%); 0,2	0 (0%); 2,6*	1 (50,0±50,0%); 0,7	1 (50,0±50,0%); 0,5	0 (0%); 1,0	0 (0%); -
Кератоз	2011-14гг.	23 (16,1±3,1%); 0,9	17 (73,9±9,4%); 0,9	4 (17,4±8,1%); 1,4	2 (8,7±6,0%); 1,5	0 (0%); -	0 (0%); -
	2015 г.	9 (22,5±6,6%); 0,9	5 (55,6±17,6%); 0,9	4 (44,4±17,6%); 1,4	0 (0%); 1,5	0 (0%); -	0 (0%); -
Кожный рог	2011-14гг.	8 (5,6±1,9%); 0,2	4 (50,0±18,9%); 0	3 (37,5±18,3%); 0,2	1 (12,5±12,5%); 1,0	0 (0%); -	0 (0%); -
	2015 г.	2 (5,0±3,4%); 0,2	1 (50,0±50,0%); 0	1 (50,0±50,0%); 0,2	0 (0%); 1,0	0 (0%); -	0 (0%); -
Папиллома	2011-14гг.	49 (34,2±4,0%); 0,1	7 (14,3±5,0%); 1,5	40 (81,6±5,5%); 1,2	2 (4,1±2,8%); 1,5	0 (0%); -	0 (0%); -
	2015 г.	14 (35,0±7,5%); 0,1	5 (35,7±13,3%); 1,5	9 (64,3±13,3%); 1,2	0 (0%); 1,5	0 (0%); -	0 (0%); -
Кератопапиллома	2011-14гг.	26 (18,2±3,2%); 0,6	7 (27,0±8,9%); 0,3	14 (53,8±10,0%); 0,1	4 (15,4±7,2%); 0,3	1 (3,8±3,8%); 1,0	0 (0%); -
	2015 г.	9 (22,5±6,6%); 0,6	3 (33,3±16,7%); 0,3	5 (55,6±17,6%); 0,1	1 (11,1±11,1%); 0,3	0 (0%); 1,0	0 (0%); -
Ангиопапиллома	2011-14гг.	12 (8,4±2,3%); 3,7*	2 (16,7±11,2%); 1,5	9 (75,0±13,0%); 5,8*	0 (0%); -	1 (8,3±8,3%); 1,0	0 (0%); -
	2015 г.	0 (0%); 3,7*	0 (0%); 1,5	0 (0%); 5,8*	0 (0%); -	0 (0%); 1,0	0 (0%); -
Фибропапиллома	2011-14гг.	9 (6,3±2,0%); 0,3	0 (0%); -	8 (88,9±11,1%); 0,8	0 (0%); 1,0	1 (11,1±11,1%); 1,0	0 (0%); -
	2015 г.	2 (5,0±3,4%); 0,3	0 (0%); -	1 (50,0±50,0%); 0,8	1 (50,0±50,0%); 1,0	0 (0%); 1,0	0 (0%); -
Образование (неустановленный вид предрака)	2011-14гг.	8 (5,6±1,9%); 0,2	0 (0%); -	5 (62,5±18,3%); 0,2	2 (25,0±16,4%); 0,5	0 (0%); -	1 (12,5±12,5%); 1,0
	2015 г.	2 (5,0±3,4%); 0,2	0 (0%); -	1 (50,0±50,0%); 0,2	1 (50,0±50,0%); 0,5	0 (0%); -	0 (0%); 1,0
ВСЕГО	2011-14гг.	143 (100%)	41 (28,7±3,8%); 0,1	84 (58,7±4,1%); 0,4	13 (9,1±2,4%); 0,2	4 (2,8±1,4%); 2,0*	1 (0,7±0,7%); 1,0
	2015 г.	40 (100%)	14 (35,0±7,5%); 0,1	22 (55,0±7,9%); 0,4	4 (10,0±4,7%); 0,2	0 (0%); 2,0*	0 (0%); 1,0

Примечание: t – критерий достоверности различия относительных показателей между группами в 2011-14 г.г. и 2015 г.; *- различие достоверно.



Рисунок 2 - Предоперационный диагноз – фибропапиллома; послеоперационный диагноз - базалиома кожи крыла носа

Результаты

Высокий уровень онконастороженности по-прежнему необходимо сохранять в случаях, когда у пациентов до операции не удалось установить конкретный вид предракового процесса кожи ЧЛЮ и шеи, несмотря на неоднократное проведение предоперационного морфологического исследования (чаще всего из-за превалирования в микропрепаратах морфологической картины элементов воспаления, хотя и без признаков клеточной атипии), так как сохраняется высокая степень вероятности выявления злокачественной опухоли у такого контингента пациентов (37,5% и 50,0% случаев в 2011-14 г.г. и 2015 г., соответственно) (Рис. 3).

Очевидно, что в настоящее время более качественную и полную информацию в отношении диагностики предраковых заболеваний кожи ЧЛЮ и шеи и их малигнизации обеспечивает морфологическое гистологическое исследование. 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).

Особого внимания заслуживают случаи, когда пациенты обращаются к врачу-онкологу или хирургу-стоматологу по поводу одного основного беспокоящего предракового процесса ЧЛЮ или шеи, и «заодно» настаивают на удалении еще нескольких (особенно при локализации их на коже лица и шеи), схожих по характеру проявления. В такой ситуации целесообразно уделять должное внимание каждому из случаев клинического проявления предракового процесса у данного пациента с использованием необходимого предоперационного морфологического исследования каждого очага поражения (хотя это и более трудоемкий процесс), а не только основного или самого подозрительного (несмотря на их якобы схожесть клинической картины) (рис. 4).



Рисунок 3 - Предоперационный диагноз - «образование» придатков кожи в области носогубной складки; послеоперационный диагноз – плоскоклеточный рак.



Рисунок 4 - Предоперационный диагноз – кератопапилломы кожи; послеоперационный диагноз – базалиома щечной области и кератопапиллома подглазничной области

Заключение

При осуществлении соответствующих мероприятий, направленных на оптимизацию тактических аспектов диагностики и онконастороженности, в течение года работы стационарного отделения челюстно-лицевой хирургии частота совпадения пред- и послеоперационных диагнозов в среднем увеличилась в **1,22 раза** (до **35,0±7,5%** случаев) при диагностике и лечении предраковых заболеваний кожи ЧЛЮ и шеи. Это указывает на определенную степень эффективности данных мероприятий. При этом в среднем в **1,26 раза** (до **10,0±4,7%** случаев) снизилась частота выявленных злокачественных опухолей у пациентов с предполагаемым диагнозом предраковых заболеваний кожи ЧЛЮ и шеи.

По-прежнему вероятность обнаружения злокачественного роста у пациентов с подозрением на виды предраковых заболеваний кожи ЧЛЮ и шеи с наличием явлений гипер-, дискератоза оставалась достаточно высокой (**33,33% -50,0%** случаев), что требует сохранять постоянную повышенную онконастороженность для такого контингента пациентов.

Высокий уровень онконастороженности по-прежнему необходимо сохранять и в случаях, когда у пациентов до операции не удалось установить конкретный вид предракового процесса кожи ЧЛЮ и шеи, несмотря на неоднократное проведение предоперационного морфологического исследования (чаще всего из-за превалирования в микропрепаратах морфологической картины элементов воспаления, хотя и без признаков клеточной атипии), так как сохраняется высокая степень вероятности выявления злокачественной опухоли у такого контингента пациентов (**37,5% и 50,0%** случаев в 2011-14 г.г. и 2015 г., соответственно).

Заключение

Во всех случаях диагностики предраков кожи ЧЛЮ и шеи необходимо обращать внимание на возможное проявление к моменту операции дополнительных клинических признаков малигнизации предракового процесса (резкое ускорение темпа роста предракового процесса, появление инфильтрата или регионарной лимфаденопатии в зоне предракового процесса; увеличение размеров незаживающей раны (язвы) после проведенной инцизионной биопсии).

В ситуациях, когда у пациентов имеются множественные очаги предракового процесса кожи челюстно-лицевой области или шеи, схожих по характеру клинической картины, целесообразно уделять необходимое внимание каждому из случаев проявления предракового процесса у данного пациента с использованием целесообразного предоперационного морфологического исследования каждого очага поражения, а не только основного или самого подозрительного.

Для разрешения диагностических трудностей необходимо также направлять усилия на разработку, совершенствование и использование новых методов специальной и морфологической диагностики, прежде всего направленных на повышение достоверности выявления признаков малигнизации предраковых процессов кожи ЧЛЮ и шеи в более ранние сроки обследования: морфологическое исследование с использованием гистохимических онкологических маркеров, биомикроскопия, оптическая когерентная томография, высокочастотное ультразвуковое сканирование, эпилюминесцентная и цифровая дерматоскопии.