



JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 616.31-006.04-076

Алексей Григорьевич Габриелян,
Олег Игоревич Каганов,
Татьяна Юльевна Владимирова,
Михаил Александрович Постников,
ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет»
Минздрава России, Самара, Россия
Олег Владиславович Осокин
ГБУЗ «Самарский областной клинический
онкологический диспансер», Самара, Россия

МЕСТО БИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2020-1-3>

АННОТАЦИЯ

Ежегодно в мире регистрируется более 355 тысяч новых случаев злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта (СОПР) [2]. Рак СОПР в структуре онкологической заболеваемости РФ в 2018 году занимает 18 место. В 2018 году диагноз рак СОПР в России, был установлен у 9518 больным, а в Самарской области 199 пациентам. Всем больным взятых на учет в РФ со злокачественными новообразованиями СОПР диагноз был верифицирован гистологически в 97,9% случаев [7]. Для выбора специального лечения, необходимо иметь представление о морфологии и типе опухолевого роста. С позиции доказательной медицины, постановка диагноза «рак», возможна только с проведением биопсии с последующим гистологическим исследованием, которая имеет высокий уровень достоверности [1]. Биопсия проводится по строгим показаниям, так как может повлечь за собой ряд нежелательных событий [5]. Перед проведением данной инвазивной процедуры при обращении пациента к специалисту, необходимо для начала использовать все доступные неинвазивные методы обследования для дифференциальной диагностики того или иного патологического состояния слизистой полости рта. В данной статье проанализирована доступная научная литература по диагностике рака СОПР путем проведения биопсии, и рассмотрены возможные причины гиподиагностики при проведении биопсии с целью гистологической верификации по материалам наших исследований, и предложены ряд рекомендаций по усовершенствованию ее проведения и техники.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, инцизионная биопсия, эксцизионная биопсия.

А.Г. Габриелян,
О.И. Каганов,
Т.Ю. Владимирова,
М.А. Постников,
Россия Соголиқни сақлаш вазирлигининг
Самара Давлат тиббиёт университети, Самара, Россия
О.В. Осокин
Самара вилоят клиник
онкологик диспансери, Самара, Россия

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИНИНГ САРАТОННИ ТАШХИСЛАШДА БИОПСИЯНИНГ ЎРНИ

РЕЗЮМЕ

Дунёда ҳар йили оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг ёмон сифатли усмаларининг 355 мингдан ортиқ янги ҳолатлари қайд этилади [2]. 2018 йилда Россия Федерациясининг онкологик касаллиги таркибида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратони 18 ўринни эгаллайди. 2018 йилда Россияда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратони ташхиси 9518 беморда, шундан, Самара вилоятида 199 беморда аниқланган. Россия Федерациясида рўйхатга олинган барча беморларда 97,9% ҳолларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг усмалари билан гистологик ташхис қўйилган. [7]. Махсус даволанишни танлаш учун усманинг ўсиш морфологияси ва тури ҳақида тасаввурга эга бўлиш керак. Далилларга асосланган тиббиёт нуктаи назаридан, «саратон» ташхисини фақат юқори даражадаги ишончлилигига эга бўлган гистологик текширувдан сўнг, биопсия билан амалга оширилиши мумкин [1]. Биопсия қатъий кўрсатмалар буйича олиб борилади, чунки бу бир қатор номақбул ҳодисаларга олиб келиши мумкин [5]. Ушбу инвазив муолажани амалга оширишдан олдин бемор мутахассисга муружаат қилганда, оғиз шиллиқ қаватининг муайян патологик ҳолатини дифференциал ташхис қилиш учун, барча мавжуд бўлган текшириш усуллари билан фойдаланишни бошлаш керак. Ушбу мақола, биопсия ёрдамида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг саратонини ташхислаш буйича мавжуд илмий адабиётларни таҳлил қилиш ва тадқиқот материаллар асосида, гистологик текшириш учун биопсия пайтида гиподиагностикани мумкин бўлган сабабларини муҳокама қилади ва уни ишлаши, ҳамда техникани яхшилаш буйича бир қатор тавсиялар берилади.

Калит сузлар: оғиз шиллиқ қавати, инцизион биопсия, эксцизион биопсия.

A.G. Gabrielyan,

O.I. Kaganov,

T.Yu. Vladimirova,

M.A. Postnikov,

Samara State Medical University, Samara, Russia

O.V. Osokin

Samara Regional Clinical Oncology Center, Samara, Russia

THE PLACE OF BIOPSY IN THE DIAGNOSIS OF CANCER OF THE ORAL MUCOSA

ABSTRACT

Every year, more than 355 thousand new cases of malignant neoplasms of the oral mucosa (OM) are registered in the world [2]. Cancer of OM in the structure of cancer incidence in the Russian Federation in 2018 takes the 18th place. In 2018, the diagnosis of OM cancer in Russia was made in 9518 patients, and in the Samara region in 199 patients. The diagnosis was verified histologically in 97.9% of cases in all patients registered in the Russian Federation with malignant neoplasms [7]. To choose a special treatment, you must have an understanding of the morphology and type of tumor growth. From the point of view of evidence-based medicine, the diagnosis of "cancer" is possible only with a biopsy followed by histological examination, which has a high level of confidence. [1]. A biopsy is performed according to strict indications, as it can lead to a number of undesirable events [5]. Before performing this invasive procedure, when the patient visits a specialist, it is necessary to start using all available non-invasive methods of examination for differential diagnosis of a particular pathological condition of the oral mucosa. This article analyzes the available scientific literature on the diagnosis of OM cancer by conducting a biopsy, and considers the possible causes of hypodiagnosis during a biopsy for the purpose of histological verification based on the materials of our research, and offers a number of recommendations for improving its conduct and technique.

Key words: the mucous membrane of the oral cavity, incisional biopsy, excisional biopsy.

ВВЕДЕНИЕ

Биопсия образований СОПР является инвазивным методом взятия ткани для гистологического исследования с целью дифференциальной диагностики и установления диагноза [6]. Данная процедура проводится в основном в специализированных учреждениях здравоохранения и входит в стандарт и алгоритм обследования пациентов при подозрении на онкопатологию. От полученного гистологического заключения зависит: постановка правильного диагноза, последующее, своевременное лечение и прогноз заболевания [3,10]. Показания к проведению биопсии образований СОПР должны быть обоснованными и базироваться как на субъективных, так и на объективных данных, используя при этом весь арсенал неинвазивных методов диагностики. При подозрении на злокачественный процесс СОПР и рекомендации данного метода при направлении пациента в онкологическое учреждение, необходимо учитывать такой факт, как психоэмоциональный статус больного. Биопсия образований СОПР выполняется как инцизионная, с забором части ткани, так и эксцизионная - с тотальным

удалением патологической ткани и последующим гистологическим исследованием для верификации, и постановки диагноза. Сложности в морфологической верификации злокачественного процесса связаны как с техникой проведения биопсии, так и неправильно выполненного среза макропрепарата и интерпретацией морфологом атипичного опухолевого роста [9]. По данным современной литературы наиболее часто диагностируются эпителиальные опухоли в 98,5% и представлены плоскоклеточным ороговевающим раком [4].

Цель – провести оценку эффективности выполненных биопсий в верификации рака слизистой оболочки полости рта

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ 140 амбулаторных карт онкологических больных из 230 с первично установленным диагнозом рак СОПР различных локализаций, после выполненных биопсий в ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер» в 2018 году. Возраст больных от 25-91 лет. Соотношение мужчин и женщин 2:1. Пациенты были разделены на 4 группы, в

зависимости от полученной гистологической верификации злокачественного процесса. В первой группе больных из 107 человек проведена однократная инцизионная биопсия, во второй группе пациентам из 8 больных после инцизионной однократной биопсии амбулаторно выполнена повторная инцизионная биопсия, в третьей группе пациентам из 11 человек после двух инцизионных биопсий амбулаторно проведена повторная инцизионная биопсия в стационаре и четвертая группа - 14 пациенты с эксцизионной биопсией после двух инцизионных биопсий амбулаторно. Оценивались такие показатели как: локализация, форма опухолевого роста, гистологическое заключение, стадия заболевания в зависимости от кратности выполненной биопсии. Локализации злокачественной опухоли указаны по МКБ-10: C01-02 - слизистая языка, C03.0 - слизистая альвеолярного отростка верхней челюсти, C03.1 - слизистая альвеолярной части нижней челюсти, C04 - слизистая дна полости рта, C05.0 - слизистая мягкого неба, C05.1 - слизистая твердого неба и C06 - слизистая щеки. Пациентам первой и второй группы амбулаторно проводилась однократная и двукратная инцизионная биопсии амбулаторно, а в качестве обезболивания применялась аппликационная, инфильтрационная и проводниковая анестезия. Инцизионная биопсия амбулаторно проводилась с использованием оториноларингологического конхотома (рис.1). Повторная инцизионная и эксцизионная биопсии в третьей и четвертой группе проводились в стационаре под общим обезболиванием с использованием хирургического скальпеля или электрохирургического инструмента (рис.2,3).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе локализации злокачественные новообразования наиболее часто наблюдались на слизистой языка в 65,7% случаев, слизистой дна полости рта в 15,7%, в меньшей степени на слизистой щеки и слизистой альвеолярной части нижней челюсти в 5,7%. (Таб.1). После проведенной однократной инцизионной биопсии гистологическая верификация была получена у 57,9% больных со смешанной формой, в меньшей степени с экзофитно-папиллярной формой у 13,6% пациентов. Во второй группе верификация была достигнута у 5,6% человек. В третьей и четвертой 7,9 и 9,9% пациентов соответственно. (Таб.2). Морфологический в 77,1% был верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак (Таб.3). При проведении инцизионной биопсии в первой и второй группах из общего числа пациентов с первой стадией рака СОПР 15,7%, злокачественный процесс диагностирован в 68,2 %, а в третьей и четвертой группе - 28,0%. Четвертая стадия рака СОПР диагностирована в первой и второй группе из числа с четвертой составила 92,1% случаев, в третьей и четвертой - 7,9%. (Таб.4). Использование хирургического скальпеля и электрохирургического инструментария в стационаре позволило доверифицировать злокачественный процесс в 17,8%. В связи с полученными результатами гистологической заключения, после проведенных неоднократных биопсий амбулаторно и в стационаре, нами было разработано устройство для выполнения биопсии ткани полости рта и получен патент №194914 на полезную

модель [8] (рис.4). Целью создания полезной модели явилось снижение частоты осложнений при выполнении биопсии ткани полости рта, существенное повышение гистологической ценности взятого образца, сокращение время выполнения биопсии и повышение удобства. Нужно отметить, что необходимость в проведении повторной инцизионной и эксцизионной биопсии в условиях стационарного отделения, приходилась в большей степени на группы пациентов с экзофитными папиллярными формами опухоли в 10,7% случаев, а в меньшей степени у 7,1 % пациентов с III-IV стадией других форм опухолевого роста. И только у 17,8% больных повторная инцизионная и эксцизионная биопсия позволили установить морфологический диагноз рак. Обобщая полученные результаты, обращает на себя внимание следующее: для подтверждения диагноза рак при помощи однократной и двукратной инцизионной биопсии у больных с III-IV стадией экзофитно-язвенной и смешанной формой не составило сложности. В свою очередь экзофитные папиллярные опухоли за счет экзофита не всегда имеют опухолевые клетки на поверхности, что требует забора ткани на определенную глубину с захватом глубоких слоев и базальной мембраны, а также на границе здоровой и пораженной ткани. Принимая во внимания этот факт, при проведении биопсии с использованием инструментов для инцизии- «конхотомов», не всегда позволяет четко осуществить захват ткани на границе здоровой и патологической ткани и тем самым определить глубину забора ткани, а зачастую полученный материал с поверхности раздавленный и не всегда хорошего качества для морфологического исследования. Применение режущего инструмента, хирургического скальпеля, в амбулаторных условиях, который, по всей видимости, отвечал бы этим требованиям, опасно в связи с развитием осложнений, таких как кровотечение.

ВЫВОДЫ

При оценке эффективности биопсий в целом метод позволил на 100% верифицировать рак СОПР при однократном выполнении у 76,5% больных. При повторной инцизионной биопсии еще на 5,7%. И только у 17,8% пациентов при проведении инцизии и эксцизии в стационаре. Проведенный анализ полученных данных свидетельствует о необходимости усовершенствования техники забора материала на гистологическое исследование в амбулаторных условиях в зависимости от формы опухолевого роста с использованием соответствующего инструментария. При экзофитно-папиллярных формах опухоли необходимо использовать соответствующий инструментарий или прибегать сразу к эксцизионной биопсии. Так как повторные биопсии увеличивают сроки обследования пациентов, что в свою очередь удлиняет время обследования, специального лечения и требует дополнительной госпитализации больных в стационар. Предельный интерес должен быть уделен к опухолям с экзофитно-папиллярным типом роста, которые чаще всего представлены начальными формами рака, что в данных наблюдениях показали о наличии злокачественного процесса после повторных инцизионных и эксцизионных биопсиях в 10,7%.

Список цитируемой литературы

1. Давыдов А.Б., Лебедев С.Н., Лебедева Ю.В., Давыдова О.Б. Стоматологический и онкологический статусы у пациентов

- с карциномой языка // Стоматология. 2015. №1. С. 25-29.
2. Каприн А.Д. и соав. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. ФГБОУ МНИОИ им. П.А. Герцена МЗ РФ Российский центр информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии. 2018. С. 230.
 3. Николенко В. Н. и соав. Современный взгляд на диагностику и лечение рака слизистой оболочки полости рта // Голова и шея. 2018. №4. С. 36-42.
 4. Скородумова Л.О., Мураев А.А., Володина Е.В., Иванов С.Ю., Гнучев Н.В., Георгиев Г.П., Ларин С.С. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта: классификация, гистопатология, методы диагностики и лечения // Вопросы онкологии. 2013. №5. С. 548-554.
 5. Сосновская Л.А. Частота совпадения пред- и послеоперационного диагнозов и тактические аспекты диагностики предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта, губ и кожи челюстно-лицевой области // Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета - медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь. М., 2016. С. 326-329.
 6. Степанов Д. А., Федорова М. Г., Аверкин Н. С. Морфологические исследования в стоматологии // Вестник Пензенского университета. 2019. С. 80-84.
 7. Сулимов А.Ф., Кузнецова А.Б. Клиническая значимость морфологических методов диагностики слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ с целью выявления ранних признаков малигнизации // Российский стоматологический журнал. 2013. №2. С. 30-32.
 8. Устройство для выполнения биопсии ткани полости рта №194914. Патентообладатель А.Г. Габриелян, авторы А.Е. Орлов, О.И. Каганов, М.А. Постников, М.О. Воздвиженский, А.А. Махонин, А.Г. Габриелян, М.В. Ткачев, В.П. Кирилова, О.В. Осокин, А.П. Керосиров, Е.О. Ахмадиева; дата регистрации 30.12.2019г. СПК А61В 10/6 (2019.08).
 9. Шкаредная О.В., Горячева Т.П., Чунихин А.А., Базилян Э.А., Гажва С.И. Оптимизация ранней диагностики патологических состояний слизистой оболочки полости рта // Современные технологии в медицине. 2017. С.1-4.
 10. Ephros H. Oral Tissue Biopsy // Medscape. 2018. P. 1–13.