

К.А. Филимоненко

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАЛИГНИЗАЦИИ КЕРАТОАКАНТОМЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук, проф. С.И. Миранович
*Кафедра челюстно-лицевой хирургии и пластической хирургии лица
с курсом повышения квалификации и переподготовки
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

К.А. Filimonenko

CLINICAL CASE OF MALIGNIZATION OF KERATOACANTHOMA

Tutor: professor S.I. Miranovich
*Department of Maxillofacial Surgery and Facial Plastic Surgery
with Advanced Training and Retraining Course
Belarusian State Medical University, Minsk*

Резюме. В статье представлен клинический случай обследования и хирургического лечения пациентки с кератоакантомой, которая после консультации и проведенного гистологического исследования в МГОД, была направлена для лечения в 11 ГКБ.

Ключевые слова: предраки, кератоакантома, плоскоклеточный рак.

Resume. The article presents a clinical case of examination and surgical treatment of a patient with keratoacanthoma, who, after consultation and histological examination at MGOD, was referred for treatment to the 11th City Clinical Hospital.

Keywords: precancerous lesions, Keratoacanthoma, Squamous cell carcinoma.

Актуальность. Ранняя диагностика предраковых заболеваний челюстно-лицевой области является одной из ключевых задач врачей стоматологического профиля, работающих в поликлиниках. Рак полости рта часто протекает почти бессимптомно и выявляется в запущенных стадиях.

Поздняя диагностика, как правило, приводит к более травматичным оперативным вмешательствам челюстно-лицевой области. Основными причинами запущенности опухолей челюстно-лицевой области, являются следующие: отсутствие у пациентов онкологической настороженности, недостаточные знания у врачей - стоматологов, а также у врачей других специальностей, бессимптомность течения, «стертость» клиники опухолей и как следствие несвоевременное обращение пациентов. Таким образом, выявление раковых заболеваний на поздних стадиях - одна из самых актуальных проблем челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.

Кератоакантома может быть трудно отличить визуально от рака кожи. Под микроскопом кератоакантома очень напоминает плоскоклеточную карциному. Чтобы различить эти два вида, необходимо снять и исследовать почти всю структуру. В то время как некоторые патологи классифицируют кератоакантомы как отдельные образования, а не злокачественные новообразования, около 6% клинических и гистологических кератоакантом действительно прогрессируют до инвазивного и агрессивного плоскоклеточного рака; некоторые патологи могут обозначить кератоакантомы как «высокодифференцированный плоскоклеточный рак, вариант

кератоакантомы», и может быть рекомендовано быстрое хирургическое вмешательство.

Кератоакантомы обычно возникают у пожилых людей. Было предложено несколько причин, в том числе: ультрафиолетовое излучение, химические канцерогены, недавнее повреждение кожи, иммуносупрессия, и генетическая предрасположенность. Как и в случае плоскоклеточного рака, в единичных случаях была обнаружена коинфекция вирус папилломы человека (ВПЧ).

При микроскопическом исследовании кератоакантома представляет собой мясистое возвышенное узловое поражение с неправильной формой кратера и характерным центральным гиперкератотическим ядром. Обычно люди замечают быстрорастущую куполообразную опухоль на коже, подвергшейся воздействию солнца.

Если удалить все поражение, патолог, вероятно, сможет отличить кератоакантому от плоскоклеточного рака. Для отслеживания рецидива заболевания потребуется последующее наблюдение.

Иссечение всего поражения с адекватным краем позволит удалить поражение, провести полную диагностику ткани и оставить запланированную хирургическую рану, которую обычно можно заживить с хорошим косметическим результатом. Однако удаление всего поражения (особенно на лице) может вызвать серьезные проблемы при пластической реконструкции. Возможны рецидивы после электродесикации и кюретажа.

Цель: изучить оптимальный способ пластического устранения больших дефектов подбородочной области после удаления опухолей.

Задачи:

1. Составить план хирургического лечения.
2. Выбрать метод обезболивания.
3. Определить оптимальный способ пластического устранения образовавшегося дефекта, после удаления опухоли.

Материалы и методы. 19.07.22г. в 11 ГКБ г. Минска в 1 -е отделение челюстно-лицевой хирургии поступила пациентка 84 лет с диагнозом: кератоакантома подбородочной области. ИБС, артериальная гипертензия 2-Б ст., атеросклероз. Со слов пациентки около 3-х месяцев тому назад заметила образование в подбородочной области небольших размеров. В начале мая 2022 г. обратилась к онкологу в поликлинику № 26, где была проведена инцизионная биопсия (со слов дочери результат - ракоподобные клетки) после чего направлена в МГОД, где после проведенной биопсии 8 июня был поставлен диагноз: кератоакантома подбородочной области слева. После первой биопсии образование стало интенсивно увеличиваться в размерах. 12.07.22, пациентка была повторно консультирована в МГОД, где было рекомендовано хирургическое лечение в поликлинике по месту жительства. Обратилась с заключением к хирургу-стоматологу в поликлинику, откуда была направлена для хирургического лечения в 11ГКБ. Учитывая интенсивный рост опухоли, кровоточивость пациентка госпитализирована в ЧЛХ-1 в экстренном порядке, где в дальнейшем было проведено хирургическое лечение.

Результаты и их обсуждение. После проведенного необходимого лабораторного обследования в экстренном порядке была проведена операция. Эксцизионная биопсия. Удаление опухоли в подбородочной области. На следующий день самочувствие пациентки соответствовало тяжести перенесенной операции.

Гистологическое заключение: «Плоскоклеточный ороговевающий рак».

Выписана домой через 2 недели с рекомендацией диспансерного наблюдения у врача-онколога.

Через три месяца, на контрольном осмотре, состояние пациентки удовлетворительное, признаков роста опухоли нет, регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Эффективность лечения онкобольных в настоящее время зависит от своевременной и правильной диагностики заболевания, поэтому на первом плане онконастороженность в повседневной работе врача-стоматолога на амбулаторном приеме.

Вышеуказанный клинический случай убеждает в актуальности и социальной значимости вопросов, связанных с диагностикой, лечением и профилактикой опухолей челюстно-лицевой области, что является объективным обоснованием для проведения дальнейших исследований в указанном направлении.

Выводы:

1. При лечении пациентов с предраками челюстно-лицевой области обязательна предварительная консультация онколога с гистологическим исследованием.

2. После удаления опухолей подбородочной области, с большим дефектом мягких тканей, целесообразно проведение пластики местными тканями с выкраиванием треугольных лоскутов с шейной и щечной областей.

Литература

1. Ахмадова, М.А. Онконастороженность в практике врача стоматолога/ М.А. Ахмадова, М.И. Сойхер, Е.Ю., Е.Ю. Чуянова //Медицинский алфавит. – 2016.- Т.2, N 9 (272). – С.6 – 9.

2. Клинический протокол «Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований», утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, N 60 от 06.07.2018.

3. Обзор современного состояния проблемы первичной выявляемости злокачественных новообразований органов полости рта /Н.С. Нуриева, А.О. Гузь, А.С. Захарова, А.В. Гарев //Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15, N2. – С. 50 - 55.

4. Рахманкулова, Г.С. Онкологическая настороженность при заболеваниях полости рта / Г.С. Рахманкулова, С.С. Жолдыбаев // Вестник КазНМУ. – 2017. N 1. – С. 168 -172.

5. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология – М.,2000. – С. 556 – 557.