

УДК 616. 317. 5 – 003 871:618

**КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ КЕРАТОАКАНТОМЫ НИЖНЕЙ ГУБЫ
В КЛИНИКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ****Караков К.Г., Каракова С.Н., Хачатурян Э.Э., Власова Т.Н., Оганян А.В.,
Чониашвили Д.З., Мусикян К.В., Хачатурян А.Э.***ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Ставрополь, e-mail: terstomsgma@yandex.ru*

Приведено описание наблюдения из практики лечения кератоакантомы нижней губы. Акцентируется внимание на методике лечения данного элемента поражения слизистой оболочки полости рта, с использованием антибактериального препарата-Аргосульфана. Установлено, что его применение приводит к снятию болевого синдрома и явлению воспаления вокруг элемента поражения. Положительный результат был получен уже на 6-е посещение. Удалось избежать хирургического вмешательства. Болевой синдром и явления воспаления вокруг элемента поражения были сняты на 4-м посещении. Включив в схему регенератор, мы добились эпителизации элемента поражения в более краткие сроки, воспользовавшись только консервативным методом лечения. Полученные нами данные позволяют внедрить данный регенератор последнего поколения в клинику терапевтической стоматологии для консервативного лечения патологии слизистой оболочки полости рта.

Ключевые слова: кератоакантома, антибактериальный препарат, воспаление, заболевания слизистой оболочки полости рта

**COMBINED THERAPY KERATOACANTHOMAS LOWER LIP
IN THE CLINIC OF THERAPEUTIC DENTISTRY****Karakov K.G., Karakova S.N., Khachaturyan E.E., Vlasova T.N., Oganyan V.A.,
Choniashvili D.Z., Musikyan K.V., Khachaturyan A.E.***Stavropol state medical University, Stavropol, e-mail: terstomsgma@yandex.ru*

The description of the practice of monitoring the treatment of keratoacanthoma lower lip. The attention is focused on the method of treatment of this item lesions of the oral mucosa, with antibacterial-drug Argosulfan. It was found that its use leads to the removal of pain and inflammation around the phenomenon of cell destruction. A positive result was already on the 6th visit. It was possible to avoid surgery. Pain and inflammation around the lesion effects elements were removed on the 4th visit. By incorporating the regenerator scheme, we achieved epithelialization element defeat in a short period of time, using only conservative treatment. Our data allow to introduce the latest generation regenerator to the clinic of therapeutic dentistry for conservative treatment of oral mucosal diseases of the mouth.

Keywords: keratoacanthomas, antimicrobial, inflammation, of the mucous membrane of the oral cavity diseases

Одним из самых важных и сложных разделов современной стоматологии являются заболевания слизистой оболочки полости рта, имеющие как доброкачественное, так и злокачественное течение [1, 3]. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта составляют 5%, из них на красную кайму губ приходится 4% случаев. Расцветку предраковой опухоли, как правило (в 80% случаев), предшествуют те или иные изменения слизистой оболочки вследствие воздействия травмы (химической, термической, комбинированной) [2, 5]. Большое влияние оказывает наличие у пациента вредных привычек, таких как курение, жевание табака. Из местных predisposing факторов можно выделить гальванизм в полости рта, острые края зубов и протезов, не санированная полость рта, наличие патологии пародонта. Также предшествуют развитию предрака пролиферативные процессы, хронические эрозивные и язвенные поражения [2]. Они су-

ществуют длительно (месяцы, годы и даже десятки лет), а затем, с той или иной вероятностью переходят в факультативные или облигатные состояния. Своевременное выявление предраковых элементов позволяет провести более раннее, а, следовательно, эффективное лечение. Прогрессирование предракового процесса может наступать при условии продолжающегося действия канцерогенного фактора на любом этапе развития этого состояния. В то время как прекращение действия данного агента и своевременное выявление способствуют предотвращению озлокачествления даже в тех случаях, когда предраковому заболеванию на пути к раку остается претерпеть незначительную трансформацию.

Кератоакантома (роговой моллюск) относится к факультативным поражениям слизистой оболочки полости рта. Доброкачественная акантома – быстроразвивающаяся и спонтанно регрессирующая эпидермальная опухоль, которая зачастую

подвергается малигнизации. Локализуется на красной кайме нижней губы, очень редко на языке [5]. Заболевание начинается с образования на губе или языке серовато-красного плотного полушаровидного узелка с небольшим воронкообразным углублением в центре. В течение месяца узелок достигает 1-2,5 см в диаметре. В центре его имеется хорошо выраженное углубление, заполненное легко удаляющимися роговыми массами. Кератоакантома почти безболезненна, подвижна, не спаяна с подлежащими тканями. Для кератоакантомы характерна цикличность течения с периодами роста, стабилизации и спонтанной инволюции. Эта патология с трудом поддается консервативной терапии, лечение зачастую комплексное, включая хирургическое. Из хирургических методов применяют иссечение с помощью скальпеля (с последующим гистологическим исследованием), электрохирургию (разрушение тканей опухоли с помощью электрического тока), криохирургию (удаление кератоакантомы жидким азотом, которая может применяться на ранних стадиях заболевания), лазерную терапию (метод, который дает наиболее хорошие результаты, в том числе, с косметической точки зрения) [2, 4].

Учитывая сравнительно редкую встречаемость данной патологии, а также трудности, связанные с ее терапией, представляем собственное наблюдение.

Пациентка 45 лет обратилась на кафедру терапевтической стоматологии с диагнозом кератоакантома слизистой оболочки нижней губы.

Диагноз был поставлен на основании клинической картины и проведенного гистологического исследования в челюстно-лицевом отделении 4 городской больницы г. Ставрополя. Гистологическое обследование показало резко ограниченную, несколько выступающую над окружающими тканями эпителиальную опухоль с кратерообразным углублением, выстланную эпителием и заполненную роговыми массами. Эпителий в состоянии акантоза.

На момент обращения пациентка предъявляла жалобы на пятно серого цвета и незначительную болезненность элемента поражения на нижней губе. Возникновение заболевания больная ни с чем не связывает. Элемент поражения являлся первым, со слов пациентки появился около 6 месяцев назад. За медицинской помощью по поводу данной патологии не обращалась, лечение не получала.

В анамнезе было выявлено наличие вредных привычек: курение и прием алкоголя. Наследственный и аллергологический

анамнез не отягощены. Из перенесенных в прошлом заболеваний отмечает ОРЗ, корь в детстве. Гемотрансфузии не проводились. Наличие венерических заболеваний, гепатита и туберкулеза отрицает. Сопутствующие заболевания: гастрит.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена.

Локальный статус. При осмотре слизистой оболочки полости рта выявлен элемент поражения на нижней губе, ближе к переходной складке в виде полушаровидного узелка неровной формы с небольшим воронкообразным углублением в центре, заполненным легко удаляющимися роговыми массами (рис. 1). Размеры образования 5×7 мм. Определилась незначительная болезненность при пальпации, кровоточивость. Элемент поражения не спаян с подлежащими тканями. На основании клинического осмотра и ортопантограммы также выявлена патология пародонта, которую пациентка ранее не лечила. Полость рта не санирована.



Рис. 1. Кератоакантома слизистой оболочки нижней губы (1-ое посещение)

План и объем терапевтических вмешательств был намечен следующим образом:

Санация ротовой полости: снятие твердых и мягких зубных отложений, лечение кариозных полостей, избирательное пришлифовывание острых краев зубов, а также лечение патологии пародонта по стандартной схеме. Консультация гастроэнтеролога. Пациентке была назначена диета с исключением кислого, соленого и острого, чтобы не раздражать слизистую полости рта.

Затем проводилось лечение кератоакантомы по разработанной нами схеме:

- 1) оксигенотерапия элемента поражения;
- 2) аппликации анестетиком (лидокаин);

3) антисептическая обработка элемента поражения антисептиками (препараты нитрофуранового ряда, хлоргексидин 0,006%);

4) аппликации мазями кератопластического действия (холисал, каротоллин, винилин);

5) изоляция элемента поражения от слюны, наложение повязки состоящей из мазей Аргосульфана и метилурациловой в равных соотношениях. Повязка оставалась на слизистой до полного всасывания, слюну при этом можно глотать.



Рис. 2. Слизистая оболочка нижней губы после лечения

Аргосульфан – антибактериальный препарат для местного применения, который способствует заживлению ожоговых, трофических, гнойных ран, обеспечивает защиту раневой поверхности от инфицирования, сокращает время лечения. Кроме того, препарат обладает анальгетическим действием, значительно снижает болевые ощущения и интенсивность воспалительного процесса. Входящий в состав препарата сульфатиазол серебра, является противомикробным, бактериостатическим средством. Присутствующие в препарате ионы серебра тормозят рост и деление бактерий путем связывания с дезоксирибонуклеиновой кислотой микробной клетки. Кроме того, ионы серебра ослабляют сенсibiliзирующие свойства сульфаниламида. Благодаря минимальной резорбции препарата, он не оказывает токсического действия. Содержащийся в препарате сульфатиазол серебра обладает небольшой растворимостью, в результате чего после местного применения концентрация активного вещества в ране длительно поддерживается

на одинаковом уровне. По данным производителя только незначительное количество сульфатиазола серебра оказывается в кровотоке.

На основании проведенной нами схемы комплексного лечения кератоакантомы слизистой нижней губы положительный результат был получен уже на 6-е посещение. Удалось избежать хирургического вмешательства. Болевой синдром и явления воспаления вокруг элемента поражения были сняты на 4-м посещении. К окончанию курса была достигнута полная эпителизация элемента поражения (рис. 2). Включив в схему регенератор, мы добились эпителизации элемента поражения в более краткие сроки, воспользовавшись только консервативным методом лечения. Пациентка получила рекомендации по поводу дальнейшего наблюдения в течение года.

Полученные нами данные позволяют рекомендовать данную схему лечения, включающую регенератор последнего поколения в клинику терапевтической стоматологии для лечения патологии слизистой оболочки полости рта.

Надеемся, что представленный клинический случай поможет акцентировать внимание стоматологов терапевтического профиля и врачей общей практики на выбор тактики лечения кератоакантомы.

Список литературы

1. Караков К.Г. Опыт клинического применения лазерной фотодинамической системы в стоматологии. / К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, З.А. Сеираниду // Пародонтология. – 2012. – № 1. – С. 61–63.
2. Караков К.Г. Инфекционные заболевания в практике врача-стоматолога / К.Г. Караков, К.С. Гандылян, С.М. Безроднова, Н.В. Шацкая, А.В. Ерёмченко, Э.Э. Хачатурян. – Ереван, 2015. – 204 с.
3. Караков К.Г. Рецидивирующие и рубцующиеся афты при заболеваниях желудочно-кишечного тракта / К.Г. Караков, Т.Н. Власова, С.В. Сирак, М.П. Порфириадис, В.И. Лавриненко, А.В. Оганян, Э.Э. Хачатурян, А.А.Саркисов, С.-С.З Хубаев, Н.А. Мордасов. – Ставрополь, 2014. – 111 с.
4. Караков К.Г. Оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита легкой и средней степеней тяжести путем применения антибактериальной лазерной фотодинамической терапии / К.Г. Караков, Э.Э. Хачатурян, О.А. Соловьева, Т.Н. Власова, А.В. Оганян // Актуальные вопросы современной медицины: сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2014. – С. 226–230.
5. Караков К.Г. Лечение хронических генерализованных катаральных гингивитов с применением иммобилизованных препаратов / К.Г. Караков, О.А. Соловьева, О.А. Алфимова, Э.Э. Хачатурян, А.К. Мхитарян // Актуальные вопросы современной медицины: сб. науч. тр. – Екатеринбург, 2014. – С. 213–215.