

5. Ernest A. Azzopardi¹, Elayne Azzopardi, Liberato Camilleri, Jorge Villapalos, Dean E. Boyce, Peter Dziewulski⁶, William A. Dickson², Iain S. Whitaker^{1,2}. Gram Negative Wound Infection in Hospitalised Adult Burn Patients- Systematic Review and Metanalysis// PLoS One. 2014 Apr 21;9(4):e95042. doi: 10.1371/journal.pone.0095042.

УДК 617-089

М.А. Фомина, Е.П. Шурыгина
МАЛИГНИЗАЦИЯ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
Кафедра общей и факультетской хирургии
Уральский Государственный Медицинский Университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.A. Fomina, E.P. Shurygina
MALIGNANCY VENOUS LEG ULCERS
Department of General and faculty surgery
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: mariocska07071993@mail.ru

Аннотация. В статье описан нетипичный клинический случай малигнизации трофической язвы нижней конечности у пациентки 59 лет с тяжёлой сердечно-сосудистой патологией и декомпенсированным сахарным диабетом 2 типа. Трофическая язва сформировалась на месте раневого дефекта после вскрытия флегмоны задней поверхности голени. Эпителизация язвы не происходила на фоне адекватной консервативной терапии. Проведено гистологическое исследование тканей трофической язвы, диагностирован высокодифференцированный плоскоклеточный рак. Выполнено оперативное лечение посредством ампутации нижней конечности на уровне верхней трети.

Annotation. The article describes a case of atypical clinical malignancy trophic lower extremity ulcers in patients 59 years with severe cardiovascular disease and decompensated type 2 diabetes. Trophic ulcer formed on the site of the wound defect after opening the back of the leg cellulitis. Epithelialization of the ulcer did not occur against the background of adequate conservative therapy. A histological examination of tissue trophic ulcer, diagnosed with well-differentiated squamous cell carcinoma. Achieved operative treatment by leg amputation at the level of the upper third.

Ключевые слова: Трофическая язва, малигнизация.

Keywords: Trophic ulcer, malignancy.

Нерешённым вопросом современной хирургии является лечение трофических язв нижних конечностей. Актуальность проблемы обусловлена рядом факторов: неоднозначностью патогенеза трофических язв, неуклонным их рецидивированием и тенденцией к увеличению, устойчивостью к консервативному лечению, сложностью и длительностью лечения, требующего больших экономических затрат, социально-бытовыми аспектами проблемы, связанными с ухудшением качества жизни больных [1].

От 600 тыс. до 2,5 млн. людей в мире страдают хроническими трофическими язвами стоп и голеней. В среднем, по данным различных источников, трофические язвы венозной этиологии составляют более 70% от всех язв нижних конечностей. [2] Облитерирующий атеросклероз является причиной возникновения трофических язв нижних конечностей в 8% случаев (кроме того, он может сопутствовать ХВН). Диабетическая микро-, макроангиопатия и дистальная нейропатия становится причиной трофических язв в 3% случаев, а среди больных сахарным диабетом число лиц, имеющих язвенные дефекты стоп, достигает 15%. [2] В 5% случаев язвы возникают в результате травм, инфекций, новообразований, васкулитов и других редких причин. Малигнизация трофических язв отмечается в 1,6–3,5 % случаев. [1]

Цель исследования – демонстрация клинического случая малигнизации трофической язвы голени.

Материалы и методы

Изучена и проанализирована история болезни пациентки, научная литература, описывающая этиологию, патогенез, факторы риска развития трофических язв нижних конечностей на фоне сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, причины малигнизации трофических язв, методы диагностики и принципы лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Представлен клинический случай малигнизации трофической язвы у пациентки С. 59 лет, находившейся на лечении в отделении гнойной хирургической инфекции МБУ ЦГБ № 7 г. Екатеринбург с 25.08.2015 по 13.10.2015. При поступлении предъявляла жалобы на наличие длительно незаживающей трофической язвы на задней поверхности правой голени, боль в правой стопе, некротические изменения правой стопы, повышение температуры тела до 38,2°C. Из анамнеза заболевания известно, что в апреле 2015 года проходила лечение в этом же отделении по поводу флегмоны правой голени, были проведены следующие лечебные мероприятия: вскрытие, дренирование флегмоны, антибиотикотерапия, физиотерапия. Отмечалось медленное заполнение раны грануляциями, эпителизация не происходила, сформировалась хроническая трофическая язва. В последующем лечилась амбулаторно у хирурга по месту жительства, с периодами нестойкой ремиссии и обострениями. 15 августа 2015 года отметила появление ноющих болей в правой стопе, некротические изменения, неоднократно повышалась температура тела до 37,6°C. Самостоятельно не лечилась, за медицинской

помощью не обращалась. 25.08.2015 в связи с усилением болевого синдрома и гипертермией до 38,2°C вызвала бригаду скорой медицинской помощи, доставлена в приёмный покой МБУ ЦГБ № 7. Госпитализирована в отделение гнойной хирургии с целью оперативного лечения и динамического наблюдения.

Из анамнеза жизни особый интерес представляет сочетанная патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем, которая, вероятно, и оказала ведущее влияние на нарушение процессов регенерации тканей и обуславливала формирование хронической трофической язвы и невозможность её эпителизации при адекватной консервативной терапии. Фоновая патология данной пациентки включает в себя ишемическую болезнь сердца (постинфарктный кардиосклероз с утерянным анамнезом), гипертоническую болезнь 3 степени, III стадии, риск 4 с недостаточностью кровообращения IIБ класса по NYHA, сахарный диабет 2 типа, декомпенсированный, с инсулинопотребностью.

При поступлении состояние пациентки средней степени тяжести за счёт интоксикационного синдрома, местного процесса, декомпенсации сахарного диабета. Сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие, чистые. Отёки на нижних конечностях, мягкие, безболезненные. Язык сухой, слегка обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный во все отделах. Температура тела 37,6°C. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Частота сердечных сокращений 88 в мин. Артериальное давление 140 и 80мм.рт.ст.

Местные проявления обусловлены развитием синдрома диабетической стопы и активной трофической язвой. Пульсация бедренной артерии справа достаточная; подколенной, задней большеберцовой артерий, артерии тыла стопы удовлетворительная. Правая стопа отёчна, кожа мацерирована, гиперемирована, в области I–III пальцев и плюсневых костей имеются некротические изменения диаметром до 5см, с обильным гнойно-геморрагическим отделяемым. На задней поверхности правой голени в верхней трети определяется язвенный дефект 6*8см, с неровным приподнятым краем, на дне язвы вялые грануляции, умеренное серозно-гнойное отделяемое с гнилостным запахом.

Пациентке был выполнен полный комплекс лабораторных и инструментальных методов обследования. Общий анализ крови подтвердил наличие активного гнойно-воспалительного процесса, выявил высокий лейкоцитоз – 17,8*10⁹/л, гранулоцитоз – 87,9%, СОЭ 45мм/ч. Кроме того, была диагностирована анемия тяжелой степени: эритроциты – 3,19*10¹²/л, гемоглобин – 66г/л. Биохимическое исследование крови показало гипергликемию – 9,0ммоль/л, гипопроотеинемию – 57г/л, увеличение уровня гликированного гемоглобина – 9,28%. Другие исследуемые показатели (мочевина, билирубин и его фракции, АЛТ, АСТ, альфа-амилаза) в пределах нормы. Общий анализ мочи позволил оценить тяжесть поражения почек

(диабетическая нефропатия) – обнаружены кетонурия, глюкозурия, умеренная протеинурия.

С целью оценки гемодинамики проведена ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей, диагностирован гемодинамически незначимый стеноз бедренной артерии справа, магистрально изменённый тип кровотока; сосуды нижних конечностей слева патологических изменений не имеют. В связи с тяжёлой сердечно-сосудистой патологией выполнена компьютерная томография органов грудной клетки, заключение которого «Полисегментарный пневмосклероз. Лёгочная гипертензия. Аденопатия ВГЛУ. Следы жидкости в перикарде. Кальциноз коронарных артерий. Кардиомегалия». По результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлены диффузные изменения паренхимы печени и поджелудочной железы.

Для визуализации местного процесса выполнена рентгенография правой стопы, диагностировано остеомиелитическое поражение I-II пальцев и 1-3 плюстных костей.

Кроме того, для выявления спектра микроорганизмов, ответственных за развитие гнойного процесса, проведено микробиологическое исследование отделяемого из раны с определением антибиотикорезистентности. Посев показал обильный рост *Pseudomonas aeruginosa*, резистентную к ципрофлоксацину и умеренный рост *Enterococcus faecalis*, устойчивую к ванкомицину, гентамицину и стрептомицину. Таким образом, гнойно-деструктивный процесс у данной пациентки вызван микст-инфекцией, возбудители относятся к представителям как условно-патогенной микрофлоры, так и к облигатным патогенам, нозокомиальной инфекции, обладающей множественной лекарственной устойчивостью.

На основании приведенных данных сформулирован клинический диагноз: «Сочетанная патология: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, стеноз бедренной артерии справа, синдром диабетической стопы, 5 степень по Вагнеру. Гангрена правой стопы. Трофическая язва правой голени. Сопутствующий. ИБС: ПИКС с утеранным анамнезом. Гипертоническая болезнь 3 ст, III ст, риск 4, НК IIБ. Сахарный диабет 2 типа, декомпенсированный, с инсулинопотребностью. Диабетическая нефропатия. Анемия тяжёлой степени».

27.08.2015 выполнена остеонекрэктомия с целью удаления некротизированных тканей правой стопы. Пациентка получала инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную, антикоагулянтную, кардиотропную, гипотензивную терапию, скорректирована дозировка инсулина. В течение трёх недель на фоне консервативной терапии и перевязок трофическая язва не имела тенденции к заживлению, в связи с чем проведена аутодермопластика расщеплённым лоскутом на сосудистой ножке; кожный лоскут взят с задней поверхности правого бедра; интраоперационно проведена биопсия тканей трофической язвы для гистологического исследования. Послеоперационный период протекал без осложнений, отторжение

аутотрансплантата не происходило. В то же время гнойно-некротическим изменениям подверглась вся правая стопа, нарастал интоксикационный синдром, появились признаки синдрома системного воспалительного ответа; 12.10.2015 выставлены показания к оперативному лечению путём ампутации на уровне средней трети правой голени с возможностью сохранения трансплантированного кожного лоскута. Однако 12.10.2015 было дано гистологическое заключение по исследованию тканей язвы правой голени: «высокодифференцированный плоскоклеточный рак». Пациентка консультирована врачом-онкологом, и 13.10.2015 проведено оперативное лечение: ампутация правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка получала консервативное лечение. В стационаре провела 59 койко-дней.

Выводы

Несмотря на то, что частота малигнизации трофических язв в популяции не превышает 3,5%, при наличии длительно текущего патологического язвенного процесса без тенденции к заживлению необходимо проводить гистологическое, цитологическое исследование с целью исключения озлокачествления.

Литература:

1. Довнар Р. И. Трофические язвы нижних конечностей: современные аспекты этиологии и патогенеза [Текст] / Р.И. Довнар, С.М. Смотрин – Журнал Гродненского государственного медицинского университета – 2009. – №4 (28) – С.3-6;
2. Никитин В.Г. Трофические язвы нижних конечностей – обзор проблемы [Текст] / В.Г. Никитин, В.Н. Оболенский, Г.В. Родоман, М.А. Карев – Российский медицинский журнал – 2009. – №25 – С.1647.

УДК 616.411-089

**Ш.Ш.Худойкулов, И.Б. Мустафакулов, К.У. Шеркулов,
З.Я. Сайдуллаев, М.М. Дусяров, М.И. Рустамов.
ОБОСНОВАНИЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ
СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА**

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии
Самаркандский медицинский институт
г.Самарканд. Узбекистан