

УДК 616-002.44-036.12-089
DOI: 10.33454/1728-1261-2021-1-63-65

Гигантская хроническая язва стопы с поражением пяточной кости и голени, симулировавшая злокачественную опухоль

В. Л. Коваленко, А. В. Степочкин, А. А. Кузнецов

ГБУЗ МО «Ступинская областная клиническая больница», 142800, Московская область, г. Ступино, ул. Чайковского, 7;
тел. +7 (4966) 42-64-64; e-mail: stupinomed@mail.ru

Giant chronic foot ulcer with damage to the calcaneus and lower leg, simulating a malignant tumor

V. L. Kovalenko, A. V. Stepochkin, A. A. Kuznetsov

Stupino Regional Clinical Hospital, 7 Tchaikovsky Street, 142800, Stupino, Moscow Oblast, Russia; phone + 7 (4966) 42-64-64;
e-mail: stupinomed@mail.ru

Представлено наблюдение редкой формы хронической язвы стопы с поражением окружающих тканей и регионарных лимфатических узлов, протекающей по типу злокачественной опухоли. В работе продемонстрированы сложности клинико-морфологической дифференциальной диагностики этой формы заболевания.

Ключевые слова: гигантская хроническая язва стопы; злокачественная опухоль; хирургическое лечение.

The article presents the observation of a rare form of chronic foot ulcer with damage to the surrounding tissues and regional lymph nodes, proceeding as a malignant tumor. The article demonstrates the complexity of the clinical and morphological differential diagnosis of this form of the disease.

Key words: giant chronic foot ulcer; malignant tumor; surgery.

Трофические язвы нижних конечностей встречаются у 2 % трудоспособного населения индустриально развитых стран. У лиц пожилого возраста частота трофических язв достигает 4–5 %. В Российской Федерации около 2,5–3,0 миллиона человек страдают трофическими язвами [2].

Среди этиологических причин трофических язв выделяют варикозно обусловленные – 52 %, артериальные – 14 %, смешанные – 13 %, посттромбофлебитические – 7 %, посттравматические – 6 %, диабетические – 5 %, нейротрофические – 1 % и прочие – 2 % [1].

Трофические язвы в зависимости от их размеров подразделяют на 4 степени: малые – до 10 см²; средние – от 11 до 26 см²; большие – от 27 до 50 см² и обширные (гигантские) – более 50 см². Большинство трофических язв имеет малые и средние размеры, реже – большие размеры и крайне редко – гигантские [4].

Одним из грозных осложнений трофических язв нижних конечностей считается злокачественное перерождение в плоскоклеточный рак, которое встречается в 1,6–3,5 % случаев и довольно часто диагностируется в

далеко зашедшей стадии. Фактором, предрасполагающим к малигнизации, является хроническое течение гнойно-некротического процесса с образованием язвенного дефекта, обширного не только по размерам, но и по глубине. Своевременная диагностика озлокачествления язвы довольно сложна, но возможна с помощью полифокальной биопсии из краев и дна язвы с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием [1–4].

Приводим наше наблюдение.

Больной К., 42 лет, житель г. Ступино Московской области госпитализирован в Ступинскую областную клиническую больницу (СОКБ) с жалобами на наличие кровоточащей язвы пяточной области левой нижней конечности с ихорозным запахом и отеком левой голени.

Анамнез язвы левой нижней конечности в течение 8 месяцев

Из анамнеза жизни установлено, что пациент страдает хроническим алкоголизмом и энцефалопатией смешанного генеза. В 2015 году операция – транспозвоночная фиксация



**Рис. 1. Внешний вид язвы пяточной области
(дно язвы – пяточная кость)**

Th12-L2 по поводу компрессионного перелома L1.

Впервые по поводу язвы левой нижней конечности обратился к врачу в августе 2020 года. 14.08.2020 из краев язвы была взята полифокальная биопсия. Гистологическое заключение № 6083: материал крайне подозрительно похож на злокачественное новообразование. В дальнейшем пациент за медицинской помощью не обращался.

24.11.2020 машиной скорой помощи доставлен в СОКБ с кровотечением из язвы левой нижней конечности. При поступлении состояние пациента оценивалось как относительно удовлетворительное. Передвигается на костылях. Контакт доступен, но критика относительно своего заболевания снижена. Питания пониженного. Телосложения астенического. Кожные покровы бледноватые. Тургор тканей понижен. Дыхание в легких везикулярное. Пульс 76, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул, диурез без особенностей.

В анализе крови гемоглобин – 56 г/л.

Локально: в пяточной области левой нижней конечности имеется кратерообразная язва размером 10 x 10 см с прорастанием всей толщи мягких тканей до пяточной кости, переходит на заднюю поверхность левой голени (рис. 1). Отделяемое из раны обильное, гнойно-гнилостное, с прожилками крови и ихорозным запа-

хом. Левая голень отечна до уровня коленного сустава. В левой паховой области относительно подвижные плотные лимфатические узлы в виде единого конгломерата размером до 40 мм.

Установлен диагноз инфильтративно-язвенной злокачественной опухоли пяточной области левой нижней конечности с поражением пяточной кости, мягких тканей задней поверхности левой голени и метастазами в паховые лимфатические узлы. Распад и рецидивирующие кровотечения из опухоли. Хроническая анемия.

Пациент проконсультирован в Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П. А. Герцена.

Учитывая распространенность процесса, наличие гигантской кровоточащей опухолевой язвы левой пяточной области, дном которой является костная ткань, при этом патологический процесс охватывает всю заднюю поверхность голени, а также опасность активного кровотечения, рекомендовано хирургическое лечение в объеме калечащей операции.

На предоперационном консилиуме врачей СОКБ решено: в связи с местнораспространенным опухолево-язвенным процессом левой пяточной области, захватывающим всю толщу мягких тканей, пяточную кость, заднюю поверхность левой голени, отеком левой голени до уровня коленного сустава, распадом и рецидивирующим кровотечением из язвы, хронической анемией средней степени тяжести, поражением регионарных лимфатических узлов больному показано оперативное лечение в объеме ампутации левой нижней конечности на уровне средней трети левого бедра с паховой лимфодиссекцией. Согласие больного на данный объем операции было получено.

08.12.2020 операция – ампутация левого бедра в средней трети с паховой лимфодиссекцией слева. На седьмые сутки после операции появилась неврологическая симптоматика в виде нарушения функции правой верхней конечности, речи, девиации языка и сглаживания правой носогубной складки. После компьютерной томографии головного мозга диагностирован инфаркт мозга в бассейне левой средней мозговой артерии. Назначена соответствующая патогенетическая терапия. На девятые сутки после операции пациент стал жаловаться на боли в животе и жидкий стул по типу малинового желе. При УЗИ и КТ органов брюшной полости с контрастным усилением найдены признаки свободной жидкости в брюшной полости и ишемии толстого кишечника. Выполнена срочная диагностическая лапароскопия, во время которой в брюшной полости обнаружен серозный выпот в объеме

до 200 мл. Ишемия толстого кишечника исключена. Продолжена консервативная терапия. 29.12.2020 в связи с острой задержкой мочи выполнена троакарная эпицистостомия.

Послеоперационный период после ампутации левой нижней конечности с паховой лимфодиссекцией протекал с длительной лимфореей со стороны раны паховой области. Заживление культи левого бедра вторичным натяжением. Выписан в удовлетворительном состоянии на 58-е сутки после операции.

Гистологическое исследование № 9288-93 (ПАО СОКБ): обширная хроническая гнойно-некротическая язва с реактивной лимфоаденопатией. Пересмотр стекол и блоков № 109706 в морфологическом центре UNIM Москвы с телемедицинской консультацией в Норвегии: в гистологических препаратах фрагменты кожи с язвой, дно язвы представлено крупным полем фиброза, с большим количеством миофибробластов, с очаговыми некрозами, ближе к поверхности дно представлено грануляционной тканью с отеком стромы, в язве воспалительная инфильтрация: лимфоциты, плазмочиты, нейтрофилы, макрофаги. Прилежащий эпидермис гиперплазирован, без атипии. Лимфатические

узлы с картиной фолликулярной и паракортикальной гиперплазии с сохранной архитектурой. При ИГХ исследовании в лимфоузле выявлена типичная архитектура с экспрессией CD3 в Т-лимфоцитах и CD20 в В-лимфоцитах, CD21 позитивен в типичной сети ФДК, MUM1 позитивен в плазмочитах, IgG4 в редких плазмочитах, экспрессия HHV8 не выявлена. Заключение: L97 (МКБ-10) – выраженные рубцовые изменения в дне хронической активной язвы кожи; в лимфатических узлах фолликулярная и паракортикальная гиперплазия.

Таким образом, несмотря на клиническую картину быстро прогрессирующей злокачественной опухоли пяточной области левой нижней конечности с поражением всей толщи мягких тканей, пяточной кости, задней поверхности левой голени и паховых лимфатических узлов, а также на данные гистологического заключения биопсийного материала о существенном подозрении на злокачественный характер заболевания, при окончательном морфологическом и ИГХ исследовании операционного материала установлен диагноз доброкачественной язвы левой нижней конечности с регионарным лимфаденитом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, С. А. Хирургические болезни : в 2 ч. / С. А. Алексеев, В. А. Гинюк. – Минск, 2017. – Ч. 1. – С. 27–35.
2. Амбулаторная ангиология : рук. для врачей / под ред. А. И. Кириенко, В. М. Кошкина, В. Ю. Богачева. – М. : Литтерра, 2007. – 432 с.
3. Савельев, В. С. Сосудистая хирургия : нац. рук. Крат. изд. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Ки-

риенко. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 464 с. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434413.html> (дата обращения: 03.12.2020). – Режим доступа: по подписке.

4. Флебология : рук. для врачей / под ред. В. С. Савельева, В. А. Гологорского, А. И. Кириенко. – М. : Медицина, 2001. – 664 с.