

На основании наших клинических наблюдений можем сделать следующие выводы.

1. Варикозный симптомокомплекс — относительно частое заболевание, встречающееся, по нашим данным, у 5,67% людей самого творческого возраста (30—50 лет), что оправдывает повышенный интерес к его действенному лечению и восстановлению трудоспособности.

2. Хирургическому вмешательству должно предшествовать полное обследование больных, включая и флебографию.

3. Применяемый нами комбинированный метод хирургического лечения оказался действенным, дающим незначительный процент рецидивов.

4. Каждому оперированному больному следует назначать антикоагулянтную терапию.

Поступила 17 января 1973 г.

УДК 616—001.28

ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ПЕРЕРОЖДЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ И ПОЗДНИХ ЛУЧЕВЫХ ЯЗВ

В. К. Гостищев, П. И. Толстых, М. С. Бардычев, В. И. Бырихин

*Кафедра общей хирургии (зав. — акад. АМН СССР проф. В. И. Стручков)
лечебного факультета I Московского медицинского института им. И. М. Сеченова,
научно-исследовательский институт медицинской радиологии АМН СССР,
диспансерно-диагностическое отделение (зав. — ст. научн. сотр. Ю. Г. Елашов)*

Нами проведено клинико-гистологическое обследование 592 больных с трофическими и поздними лучевыми язвами; озлокачествление было выявлено у 11 из них — у 1 саркома и у 10 — рак. Из общего числа больных с поздними лучевыми язвами малигнизация обнаружена у 7, что составило 7,07% наблюдений; у больных с язвами другого генеза малигнизация установлена в 0,6%.

Интересно отметить, что малигнизация язв нелучевого генеза в наших наблюдениях наступала в среднем спустя 20 лет с момента их возникновения, а лучевых язв — через 3,8 года.

Ранняя диагностика рака, возникшего на месте язвы кожи, чрезвычайно трудна и зависит в основном от онкологической настороженности и своевременного микроскопического исследования различных участков язвы. Внешний вид хронических язв в этих случаях меняется: поверхность их становится бугристой вследствие обильного разрастания грануляций, края утолщаются. Заметно увеличивается количество гнойно-серозного отделяемого с неприятным запахом. В случае саркомы, а иногда и рака язвы становятся настолько ранимыми, что начинают кровоточить даже при легком прикосновении марлевым тампоном. Первые признаки злокачественного роста чаще всего обнаруживаются в краях язв. Иллюстрацией возникновения рака на месте варикотрофической язвы может послужить следующая выписка из истории болезни.

Т., 71 года, поступил в хирургическое отделение 22/V 1967 г. с жалобами на боли в правой голени, наличие незаживающей в течение 25 лет трофической язвы в средней трети голени, варикозное расширение вен нижних конечностей. Лечился многократно в различных стационарах и амбулаторно мазевыми повязками, 21/V 1967 г. во время перевязки из дна язвы открылось сильное кровотечение, что и заставило больного обратиться за врачебной помощью. В средней трети правой голени по внутренней поверхности имеются трофические язвы 10×7 и 7×6 см. Края язв утолщены, грануляции бугристые, обильно покрыты гнойно-некротическими массами.

Биопсия краев и дна язвы: обнаружены явления хронического воспаления и атипическое разрастание плоского эпителия. При последующих гистологических исследованиях определен плоскоклеточный ороговевающий рак.

16/VI 1967 г. — ампутация правого бедра. 11/VII 1967 г. больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 3 года метастазы опухоли у больного отсутствуют.

Это наблюдение наглядно показывает, что продолжительно существующие язвы могут служить почвой для развития злокачественной опухоли. Отсюда становится понятным большое значение раннего гистологического исследования кусочков из подобных язв для своевременного выявления первых признаков злокачественного роста.

Следует подчеркнуть, что для правильной диагностики необходима многократная биопсия из самых различных мест язвенного дефекта.

Примером малигнизации лучевой язвы кожи может служить следующее наблюдение.

М., 58 лет, поступил в НИИ медицинской радиологии 24/VII 1969 г. по поводу наличия больших язв с обильным серозно-гнойным отделяемым. В 1963 г. у больного была обнаружена фибросаркома мягких тканей левого бедра, произведена предоперационная рентгенотерапия в суммарной дозе 7500 рад. В 1966 г. в связи с рецидивом опухоли проведена телегамматерапия с 2 полей в очаговой дозе 8100 рад. С мая 1967 г. у больного лучевая язва по наружной поверхности левого бедра размером 5 см в диаметре. По месту жительства больному проводилось консервативное лечение. С февраля 1969 г. началось прогрессирование размеров язвы (по периферии и в глубину) с появлением обильного серозно-геморрагического отделяемого. При гистологическом исследовании определен плоскоклеточный рак с ороговением. Диагноз: лучевая язва бедра с явлениями малигнизации.

Предпосылкой для гистологического исследования послужили длительное существование лучевой язвы, прогрессирующий ее рост с обильным серозно-гнойным отделяемым.

Приведенные наблюдения указывают на возможность ракового перерождения хронических язв.

Длительно существующие язвы кожи с каллезными краями и обильным гнойным отделяемым следует относить к предраковым, и страдающие ими больные должны быть взяты на диспансерный учет. Особого внимания требуют больные с лучевыми язвами кожи, которые нуждаются в постоянном наблюдении и своевременном лечении. Необходимо помнить, что дифференциальная диагностика между лучевым раком и первично опухолевым заболеванием иногда бывает очень трудна. У всех наших больных диагноз лучевого рака был поставлен на основании более или менее длительного латентного периода, т. е. времени от окончания лучевой терапии и излечения от опухоли кожи до развития лучевой язвы. Важным диагностическим критерием служила также иная гистологически подтвержденная картина новообразования.

Лечение больных с малигнизированными трофическими и поздними лучевыми язвами представляет исключительно трудную и сложную задачу. Лучевая терапия больным с малигнизированными лучевыми язвами не проводится. Там, где имеется возможность, производится полное иссечение пораженной области в пределах здоровых тканей. Однако, как правило, такие больные являются неоперабельными (IV стадия рака), и им местно назначают противоопухолевые мази (оливамициновая, колхаминовая и пр.). Все наблюдавшиеся нами больные с лучевыми малигнизированными язвами умерли в сроки от 1 года до 4 лет. Больные с трофическими малигнизированными язвами были оперированы (ампутация конечности на уровне средней трети голени). Отдаленные результаты прослежены от 3 до 5 лет. Все оперированные здоровы, метастазы опухоли отсутствуют. Лишь 1 больная с саркомой, развившейся на фоне трофической язвы, умерла через 2 месяца с момента озлокачествления трофической язвы.

Поступила 20 ноября 1972 г.