
ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКОВОГО ПЕРЕРОЖДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ГОЛЕНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Кандидат медицинских наук **И. А. ПЕТУХОВ**

Из кафедры факультетской хирургии (заведующий — профессор
Н. М. Янчур) Витебского медицинского института

Плоскоклеточные раки кожи нижних конечностей чаще возникают и развиваются на фоне глубоких и хронически протекающих поражений кожи небластоматозного характера. А. П. Шанин отмечает, что «особую склонность к раковому превращению имеют хронические язвы голени, долго существующие свищи при остеомиелите и при туберкулезе. Наиболее предрасположены к развитию рака рубцы после обширных ожогов, отморожений, язв травматического происхождения, реже сифилитические рубцы» (А. П. Шанин. Диагностика и лечение злокачественных опухолей кожи. Медгиз, 1957).

В нашей клинике наблюдался больной раком кожи голени, возникшим на почве хронической язвы.

М., 50 лет, колхозник, поступил в клинику 10 марта 1959 г. с жалобами на боли в левой голени, усиливающиеся по ночам, и обширную язву левой голени, не заживаю-

шую в течение нескольких лет. Больным себя считает с 15—16-летнего возраста, когда стал испытывать боли в левой голени. В 20 лет появилась припухлость левой голени, а затем образовалась язва. До 1941 г. было проведено 4 курса специфического антилюэтического лечения и один курс в 1942 г. Под влиянием лечения язва зажила. В 1953 г. после небольшой травмы снова появилась язва на передней поверхности левой голени, которая медленно увеличивалась в размерах и не беспокоила больного.

В 1958 г. по поводу третичного сифилиса и трофической язвы голени стационарно и амбулаторно принял 4 курса специфического лечения (пенициллин, биохинол, бисмерол). За время лечения язва уменьшилась в 12×10 до 6×5 см. Реакция Вассермана при трехкратном исследовании отрицательная.

10 марта 1959 г. снова обратился в вендиспансер, откуда направлен в онкодиспансер. Больной похудел, язва значительно увеличилась в размерах.

Кожа и видимые слизистые бледны. Пальпируются увеличенные до размеров фасоли, мягкие подвижные лимфоузлы в паховых областях. Сердце расширено влево на 1 см, тоны его приглушены, шумов нет. Пульс 78, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Легкие и органы брюшной полости в норме. Левая голень саблевидная. На ней имеется обширная глубокая язва, размером 25×20 см, занимающая всю переднюю и боковые поверхности в нижней половине голени и переходящая частично на тыльную поверхность левой стопы. Дно язвы выполнено бледными вялыми грануляциями, последние покрыты грязно-серым налетом. Края язвы плотные, возвышающиеся, местами подрытые в верхней части края язвы переходят в гиперемизированную кожу, которая плотно фиксирована к подлежащим тканям.

Кровь: РОЭ 30 мм; гем. 68 проц., эр. 4 180 000; л. 5750; п. 2 проц., с 77 лимф. 15, моно. 2, э. 4 проц. Реакция Вассермана и осадочные реакции отрицательные. Моча без патологии. Рентгенокопия грудной клетки: легочные поля без видимых патологических изменений, сердце несколько расширено за счет левого желудочка. Рентгенография левой голени: определяется разрушение средней и нижней трети большеберцовой и частично средней трети малоберцовой кости, верхняя треть большеберцовой кости несколько склерозирована.

13 марта под местной анестезией 0,25-проц. раствором новокаина произведена биопсия кусочков из краев язвы в верхней и нижней части. При гистологическом исследовании (А. А. Николаев) обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с резким воспалением.

14 апреля под потенцированным внутрикостным обезболиванием 2-проц. раствором новокаина произведена (И. А. Петухов) костнопластическая ампутация в нижней трети левого бедра по Гритти—Шимановскому. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. При гистологическом исследовании лимфоузлов из области левой подколенной ямки метастазов опухоли не обнаружено. Больной выписан домой в хорошем состоянии.

20 мая 1960 г. осмотрен; жалоб нет, культя бедра хорошая, опорная.

ЛИТЕРАТУРА

Жирмудская К. М. Хронические дерматозы и рак. Вестник рентгенологии и радиологии, том XXI, № 5—6, 1938 г. — Кузьмина Е. М. Рак кожи конечностей. Вопросы онкологии, т. I, № 3, 1955, стр. 25—30. — Кузьмина Е. М. Раковые новообразования на кожных рубцах. Труды АМН СССР. Вопросы онкологии, т. XXVI, вып. 6, 1953, стр. 261—266 — Шанин А. П. Диагностика и лечение злокачественных опухолей кожи. Медгиз, 1957, 166 стр.
