

сформировавшихся после лазерной хирургической некрэктомии у больных с сахарным диабетом II типа (нейропатической формой диабетической стопы) от гнойно-некротического детрита и микробной флоры, ослабление воспалительной инфильтрации, нормализацию микроциркуляторных расстройств, усиление макрофагальной реакции и фагоцитоза, более раннее формирование грануляционной ткани. Применение экзогенного оксида азота после некрэктомии излучением углекислотного лазера у больных сахарным диабетом II типа способствует стимуляции процессов ангио- и фибриллогенеза, предотвращает вторичное инфицирование, способствует сокращению сроков лечения и повышению эффективности пластических операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земляной А.Б., Светухин А.М. // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии / Тез. конф. – М., 2001. – С. 138.
2. Рогачев В.И. // Хирургия 2004 / Материалы Рос. науч. форума. – М., 2004. – С. 161-162.
3. Светухин А.М., Земляной А.Б. // Хирургия 2004 / Материалы Рос. науч. форума – М., 2004. – С. 175-178.
4. Светухин А.М., Земляной А.Б. // Consilium medicum. – 2002. – Т. 4, №10. – С. 537-544.
5. Толстых М.П., Петрин С.А., Кривихин Д.В., Дзагнидзе Н.С. // Хирургия – 2004. – №10 – С. 64.
6. Bowker J., Pfeifer M. (Eds.). The Diabetic Foot, 6th ed. – Mosby, 2001.
7. International Working Group on the Diabetic Foot. / International Consensus on the Diabetic Foot with supplements. – Amsterdam, 2003.
8. Krivikhin V.T., Parhimovich R.M., Krivikhin D.V., Troitskaja O.S. // III Joint meeting of the DFSG (Diabetic Foot Study Group of the EASD) and Neurodiab. (Diabetic Neuropathy Study Group of the EASD) – University Clinic, Regensburg, 2004. – P. 48.

ГНОЙНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ: ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА

К.В. Липатов, С.В. Бычков

ММА им. И.М. Сеченова

На сегодняшний день наиболее полно причины возникновения злокачественных опухолей объясняет полиэтиологическая теория. На возникновение опухолевого процесса оказывает влияние ряд факторов, среди которых можно отметить такие, как радиационное облучение, систематическая локальная травматизация тканей, хроническое воспаление, воздействие канцерогенных веществ [5, 7]. Среди злокачественных опухолей мягких тканей наиболее часто встречается рак кожи [5, 6]. В России его распространенность в 1997 г. составила 30,5 на 100 тыс. населения. Меланома встречается в 10% от всех опухолей кожи.

В международной гистологической классификации опухолей кожи различают 2 разновидности рака: 1) осложнение при актиническом кератозе; 2) рак, возникающий в рубцовой ткани на месте хронического воспаления, при язвах, систематических механических повреждениях, длительно незаживающих ожоговых ранах и др. [3, 4]. Так, например, по данным Российского онкологического Центра, карциномы из послеожоговых рубцов отмечаются в 5-6% случаев.

Во многих случаях возникновение онкологического процесса сопровождается деструкцией тканей, развитием параопухолевого воспаления, что заставляет

проводить дифференциальный диагноз с гнойными хирургическими заболеваниями [1, 2].

Анализ историй болезни пациентов отделения хирургической инфекции скорпомощной больницы за 15-летний период позволил нам выявить важную особенность. У 54 больных, что составило 0,41% от числа всех госпитализированных в отделение пациентов в экстренном или плановом порядке, в процессе обследования были выявлены злокачественные опухоли мягких тканей или костей, протекающие под маской гнойных хирургических заболеваний, таких как флегмона, воспалительный инфильтрат, нагноившаяся атерома, трофическая язва, гнойный лимфаденит, хронический остеомиелит со свищами или без них и др. Таким образом, был отмечен факт серьезных диагностических ошибок и была поставлена задача проанализировать их.

В зависимости от времени, когда в стационаре был выявлен злокачественный процесс, все изученные больные были условно разделены на 3 группы.

В I группу вошли 5 (9,3%) пациентов, диагноз злокачественной опухоли у которых не вызывал сомнений уже на уровне приемного отделения, и основанием для госпитализации послужили околоопухолевые воспалительные изменения тканей. Во II группе, состоявшей из 15 (27,8%) больных, опухолевый процесс был заподозрен несколько позже – при обследовании в отделении. В этом случае оперативное вмешательство носило характер биопсии тканей. И к III группе мы отнесли 29 (53,7%) пациентов, которым в нашем отделении были выполнены оперативные вмешательства, характерные для гнойной хирургии: вскрытие флегмоны, иссечение инфильтрата, свища, некрэктомия и др. Опухолевый рост в этих случаях явился операционной находкой, а заключительный диагноз зачастую был установлен лишь при получении данных патоморфологического исследования.

Проведенное морфологическое исследование биопсийного материала позволило определить и гистологическую структуру найденных опухолей. В подавляющем большинстве случаев были найдены различные формы рака. Среди них наиболее часто встречался первичный рак кожи – 32 (59,3%) больных, значительно реже метастазы рака внутренних органов в мягкие ткани – 4 (7,4%), прорастание им брюшной стенки – 6 (11,1%) пациентов, рак молочной железы – 3 (5,6%), меланома – 4 (7,4%), саркома – 5 (9,3%) наблюдений, а также значительно более редкие формы опухолей.

Проводя ретроспективный анализ историй болезни этих пациентов, мы попытались ответить на вопрос: злокачественное новообразование развивалось изначально, или наступила малигнизация на фоне хронического воспалительного процесса? С этой целью был детально проработан анамнез каждого случая заболевания. Оказалось, что только в небольшой части наблюдений – у 12 (22,2%) больных – можно было предположить малигнизацию тканей в зоне хронического многолетнего воспалительного процесса, существовавшего многие годы и даже десятилетия. В остальных случаях – 42 (77,8%) – анамнез заболевания составлял обычно несколько месяцев и, вероятнее всего, изначально имел место опухолевый рост. Многие из этих больных ранее обращались к амбулаторно-поликлиническим врачам. Однако онкологическая настороженность проявлена не была, а местное лечение по поводу различных локальных «воспалительных процессов» проводилось без эффекта. Нередко пациенты ранее просто не обращались за медицинской помощью.

В тех случаях, когда мы предполагали малигнизацию, рак чаще всего возникал

на фоне длительно существующих рубцов и рубцово-трофических язв – у 3 (5,6%) больных. Данный феномен описан в литературе и носит название язвы Маржолена – рак, возникший на фоне рубца. Кроме того, мы наблюдали малигнизацию трофической язвы на фоне хронической венозной недостаточности нижних конечностей – у 2 (3,7%) пациентов, а также возникновение рака в области длительно существующих свищей при хроническом остеомиелите – 10 (18,5%) наблюдений.

Анализ клинической картины позволил выявить особенности воспалительного процесса в зоне опухолевого роста. Если при острых гнойных хирургических заболеваниях мягких тканей, наряду с острым началом, отмечаются признаки выраженного гнойно-воспалительного процесса, то для параопухолевых воспалительных изменений тканей в большей степени характерна так называемая «застойная гиперемия». В этом случае кожные покровы в зоне поражения имеют малиновый или синюшно-багровый цвет, боль и болезненность сравнительно небольшие, преобладают инфильтративные изменения, наряду с распадом тканей. Отделяемое из очагов обычно представлено мутным геморрагическим экссудатом, нередко с тканевым детритом. При опухолевом процессе измененные ткани часто отличались плотно-эластической консистенцией вплоть до хрящеподобной, в отличие от мягко-эластической при неспецифическом гнойном воспалении.

Важную информацию в проведении дифференциального диагноза могла дать и интраоперационная ревизия. При параопухолевом воспалении ткани в ране, как правило, имелись довольно существенные макроскопические отличия. Они заключались в их тусклом внешнем виде и отсутствии привычной структуры.

Около 0,5% больных от числа всех госпитализированных в гнойное хирургическое отделение пациентов – это сравнительно небольшая в абсолютном выражении величина. Однако за каждым наблюдением стоит конкретная человеческая жизнь. Среди исследованной категории больных было немало лиц молодого и трудоспособного возраста, у которых окончательный диагноз установлен в большинстве случаев поздно, когда возможности радикального лечения были уже резко ограничены. Все это позволяет поставить рассмотренную нами проблему в разряд актуальных.

Особенно важными для практических хирургов мы считаем те случаи, когда опухолевый процесс развился на фоне многолетнего хронического гнойного воспаления в мягких тканях. Все это еще раз подчеркивает важность своевременного лечения этих патологических состояний. Если же это по ряду причин не представляется возможным, то значимым следует считать факт раннего обнаружения малигнизации с последующим своевременным направлением пациента к онкологу.

Мы подчеркиваем исключительно важную роль диагностических и интраоперационных биопсий. Особенно это касается случаев не совсем типичного для гнойно-воспалительного процесса течения или изменения характера до этого стабильно протекавшего хронического заболевания.

Вопрос о целесообразности выполнения биопсии решается в каждом случае индивидуально. Во многом это зависит и от опыта хирурга. С нашей точки зрения, морфологическое исследование показано, как минимум, в случаях достаточно длительного анамнеза заболевания, при вяло текущем, рецидивирующем воспалительном процессе, а также при наличии инфильтративных изменений тканей. И, безусловно, должно безукоризненно соблюдаться одно из правил хирургии – все удаленные ткани в обязательном порядке направляются на патоморфологическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акжигитов Г.Н., Галеев М.А., Сахаутдинов В.Г. и др. Остеомиелит. — М., 1986. — 207 с.
2. Васюков В.Я., Проценко Н.В. Трофические язвы стопы и голени. — М., 1993. — 160с.
3. Павлов К.А., Пайкин М.Д., Дымарский Л.Ю. Онкология в практике поликлинического врача. — М., 1987. — 320 с.
4. Предраковые состояния / под ред. Р.Л. Картера. Пер. с англ. — М., 1987. — 429 с.
5. Тератология человека: Руководство для врачей / под ред. Г.И. Люзика. — М., 1991. — 480 с.
6. Яблоков Е.Г., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хроническая венозная недостаточность. — М., 1999.
7. Marks R. Sundamaged Skin / Martin Dimitz LTD. — 1992. — 72 p.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КАРБУНКУЛАМИ

К.В. Липатов, Ф.А. Фархат, Н.Н. Фомин, Р.В. Лапин, С.В. Бычков
ММА им. И.М.Сеченова

Карбункул представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление нескольких расположенных рядом волосяных фолликулов и окружающей подкожной жировой клетчатки. В последние годы отмечено увеличение количества больных с карбункулами [1, 4]. Заболевание наиболее часто имеет стафилококковую этиологию и характеризуется выраженностью как местных, так и общих воспалительных явлений [2, 3, 4]. Особенной тяжестью характеризуются карбункулы, расположенные в области головы и шеи, в том числе у больных, страдающих сахарным диабетом [2, 4].

За 10-летний период под нашим наблюдением находилось 252 пациента с карбункулами различной локализации. Чаще всего это была спина — 52 (20,6%) больных, ягодичная область — 33 (13%), бедро — 48 (19%) и задняя поверхность шеи — 47 (18,6%) пациентов. Значительно реже воспалительный процесс находился на верхней конечности — 12 (4,8%), голени — 19 (7,5%), передней брюшной и грудной стенках — 19 (7,5%) и др.

Половых различий по заболеваемости мы практически не отметили. Женщин было немногим более половины — 132 (52,4%). При этом преобладали лица трудоспособного возраста.

По данным литературы известно, что карбункулы достаточно часто возникают у лиц, страдающих сахарным диабетом. Согласно же нашим данным, сахарный диабет был отмечен лишь у 31 (12,3%) больного. С другой стороны, именно у этой категории пациентов патологический процесс отличался распространенностью, склонностью к прогрессированию, что создавало трудности при лечении.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке в гнойно-деструктивной стадии воспалительного процесса, что и определяло показания к проведению неотложного хирургического вмешательства. Объем операции был типичным для этой категории больных и заключался в рассечении карбункула и выполнении некрэктомии с последующим местным лечением раны. Определенные различия касались хирургического доступа к гнойно-некротическому очагу. Чаще всего это был традиционный крестообразный разрез, обеспечивающий хорошие условия для выполнения некрэктомии. Подобным образом было оперировано 174 (69%) больных.