

## Клинический случай трофической язвы на фоне меланомы кожи

М.В. АРАЛОВА<sup>1</sup>, В.В. ЛАЗЕБНЫЙ<sup>1</sup>, А.А. ГЛУХОВ<sup>1</sup>

Воронежская областная клиническая больница №1, Московский пр-т, д. 151, Воронеж, 394068, Российская Федерация<sup>1</sup>

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ул. Студенческая, д. 10, Воронеж, 394036, Российская Федерация<sup>2</sup>

**Актуальность** Трофические язвы на фоне злокачественных новообразований кожи, мягких тканей и костей обнаруживают приблизительно в 1-1,5% случаев. В виду редкой встречаемости и разнообразного течения, ранняя диагностика затруднительна и возможна только с применением цитологического исследования отделяемого и мазков-отпечатков, а также биопсии различных подозрительных участков краев и дна язвы с гистологическим исследованием. Методы лечения и прогноз выздоровления зависят от стадии онкологического процесса, определяющей возможность проведения радикального вмешательства.

**Цель исследования** Описание случая наблюдения пациента с трофической язвой на фоне меланомы кожи.

**Материалы и методы** Представлен пациент 74 лет с направляющим диагнозом: сахарный диабет, тип 2, компенсация, синдром диабетической стопы, гнойно-некротическая рана правой стопы. Язва существует более 3 лет. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства, неоднократно проходил стационарное лечение в хирургическом отделении. За 3 года рана увеличилась в несколько раз. В ходе обследования произведена биопсия из края язвы, в результате которой диагностирована злокачественная меланома кожи с изъязвлением. Пациенту проведено хирургическое лечение в онкологическом диспансере.

**Выводы** Отсутствие онкологической настороженности врачей может приводить к длительному неадекватному лечению больных с трофическими язвами на фоне злокачественного заболевания, способствуя распространению процесса и делая невозможными радикальные вмешательства. Прогноз онкологического заболевания зависит от стадии процесса и зачастую определяется возможностью проведения радикального вмешательства.

**Ключевые слова** трофическая язва, онкологический процесс.

## Clinical Case of Trophic Ulcers on the Background of Melanoma

M.V. ARALOVA<sup>2</sup>, V.V. LAZEBNIY<sup>2</sup>, A.A. GLUKHOV<sup>1</sup>,

Voronezh State Regional Clinical Hospital, 151 Moskovskii Ave., Voronezh, 394036, Russian Federation<sup>1</sup>

N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, 10 Studencheskaia Str., Voronezh, 394036, Russian Federation<sup>2</sup>

**Relevance** Trophic ulcers on the background of malignant tumors of the skin, soft tissues and bones discover about 1-1,5% of cases. In view of rare occurrence and diverse currents, early diagnosis is difficult and only possible with the use of cytological examination of discharge and smears-prints, and various biopsy suspicious areas and edges of the ulcer with histological examination. Treatment and prognosis depend on the stage of the cancer process, which determines the possibility of radical intervention.

**The purpose of the study** Description of a case of observation of a patient with trophic ulcers of melanoma.

**Materials and methods** Presents a patient of 74 years with the referring diagnosis: diabetes mellitus, type 2, compensation, diabetic foot syndrome, purulent-necrotic wound of the right foot. Ulcer there are more than 3 years. Treated on an outpatient basis in the clinic by place of residence, has repeatedly held stationary treatment in a surgical Department. For 3 years the wound has increased several times. During examinations in the biopsy from the edge of the ulcer, which diagnosed a malignant melanoma of the skin with ulceration. The patient underwent surgical treatment in the Oncology dispensary.

**Conclusions** The lack of cancer awareness doctors can lead to long-term inadequate treatment of patients with trophic ulcers on the background of malignant diseases, promoting the spread of the process and making it impossible radical intervention. Cancer forecast depends on stage of the process and often is defined by possibility of radical surgery.

**Key words** trophic ulcer, cancer process.

Трофические язвы, возникающие в результате распада и изъязвления опухолей кожи (меланома, базальноклеточный рак и др.), злокачественных новообразований мягких тканей и костей (аденокарциномы, фибросаркомы, рабдомисаркомы, остеосаркомы и др.), метастазов различных опухолей в кожу и подкожные лимфатические узлы, составляют не более 1-1,5% случаев всех язвенно-некротических поражений нижних

конечностей [3, 5]. У ряда больных трофические язвы развиваются в результате язвенно-некротического васкулита, который также считают проявлением паранеопластического синдрома [3, 7].

Трофические язвы на фоне онкологического процесса имеют неровные, подрывные края, дно глубокое, кратерообразное, инфильтрировано, иногда с избыточными, возвышающимися над раной участками тканей,

© А.А. Глухов, М.В. Аралова, В.В. Лазебный. Клинический случай трофической язвы на фоне меланомы кожи. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2015; 8: 4: 378-381.

с очагами гнилостной деструкции тканей, с некрозами, зловонным отделяемым [3].

Своевременная диагностика язв на фоне опухоли возможна только с применением цитологического исследования отделяемого и мазков-отпечатков, а также биопсии различных подозрительных участков краев и дна язвы с гистологическим исследованием [1, 4].

Рассматриваемая группа больных обширна и разнородна. Занимаются ей врачи-онкологи и дерматологи. Методы лечения зависят от стадии злокачественного заболевания. При отсутствии отдаленного метастазирования производят широкое иссечение поражённых тканей с кожной пластикой раневого дефекта или ампутацию (экзартикуляцию) конечности с регионарной лимфаденэктомией [2, 4, 6]. Паллиативные вмешательства в виде частичного или полного удаления опухоли, ампутации конечности возможны в случае кровотечения, распада опухоли, сопровождающегося интоксикацией. Данные вмешательства позволяют продлить пациентам жизнь и улучшают ее качество [2, 4, 6].

Представляем клиническое наблюдение трофической язвы на фоне меланомы кожи.

Больной Ш., 74 лет, самостоятельно обратился в Воронежскую областную клиническую больницу №1 с жалобами на наличие раны на подошвенной поверхности правой стопы, постоянную травматизацию раны, подкравливание, что затрудняет ходьбу.

Рана существует более 3 лет. Видимой причины образования раны не отмечает. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства с диагнозом – сахарный диабет, тип 2, компенсация, синдром диабетической стопы, гнойно-некротическая рана правой стопы. Рана обрабатывалась растворами антисептиков – перекисью водорода, водным раствором хлоргексидина, бетадином, пронтосаном, применялись повязки с гидрофильными мазями. Неоднократно лечился в хирургическом отделении районной больницы по месту жительства, где проводились некрэктомии, местное лечение. Состояние без улучшения, за время существования язва в несколько раз увеличилась в размере. Обратился за консультацией в ВОКБ №1.

В анамнезе – сахарный диабет, тип 2, компенсация. Синдром диабетической стопы. Состоит на учете в воронежском областном клиническом онкологическом диспансере по поводу меланомы кожи лица, хирургического лечения в 2008 году.

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Температура вечером 37,1°C. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Гемодинамика стабильная; АД 130/70 мм рт.ст.; пульс 76 уд. в 1 мин. Сердечные тоны: ритмичные; приглушены. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости при физикальном обследовании без особенностей.

#### Status localis:

На подошвенной поверхности правой голени имеется язва, размером 10\*7 см, глубиной в центре до 2 см. Края раны утолщены, выступают над поверхностью кожи, Дно язвы кратерообразно уходит вглубь в центре, имеются небольшие участками некроза, фрагменты фибрина, грануляции вялые, отделяемое скудное с резким гнилостным запахом.

Данные дополнительных обследований. Общий анализ крови: гемоглобин – 116, эритроциты –3,4, лейкоциты –7,2, тромбоциты - 276, СОЭ - 18. Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,7, общий билирубин - 15, общий белок - 78, АСАТ - 18, АЛАТ - 21, амилаза – 54, креатинин - 75. Общий анализ мочи: прозрачная, соломенно-желтая, реакция кислая, плотность 1020, белок – 0,033, немного плоского эпителия, лейкоциты – 0-2, эритроциты неизмененные 0-1.

УЗДГ артерий нижних конечностей, заключение: снижение эластичности сосудистой стенки. Гемодинамически значимых изменений сосудов не момент осмотра не выявлено.

Ультразвуковое ангиосканирование с доплерографией и цветным картированием кровотока обеих нижних конечностей: данных за тромбоз и клапанную недостаточность нет.

В отделении амбулаторно-поликлинической хирургии БУЗ ВО ВОКБ №1 была произведена некрэктомия гидропрессивным методом, произведена биопсия из края язвы, с поверхности язвы взят материал на цитологическое и бактериологическое исследования.

Заключение цитологического исследования: в препарате определяются пласты клеток многослойного плоского ороговевающего эпителия, обильная смешанная микрофлора, элементы гриба р. Candida.

При бактериологическом исследовании выделены микроорганизмы – Enterococcus faecalis 10<sup>7</sup>, резистентный к оксациллину, левофлоксацину.

Патолого-гистологическое заключение: морфологическая картина злокачественной опухоли веретеноклеточного строения (Рис. 1,2).

Для уточнения гистогенеза новообразования рекомендовано проведение иммуногистохимического исследования.

Иммуногистохимическое исследование проведено с основными «специфичными» для меланомы моноклональными антителами: НМВ-45, выявляющий онкофетальный премеланомосомальный антиген gp100, экспрессируется в 80–100% меланом; MelanA – трансмембранный белок, экспрессируется в 80–100% меланом и белок S-100, являющийся чувствительным маркером меланом (экспрессируется в 98%), с маркером опухолей мезенхимального происхождения (Рис.3-6).

Иммуногистохимическое исследование выявило злокачественную меланому кожи с изъязвлением.

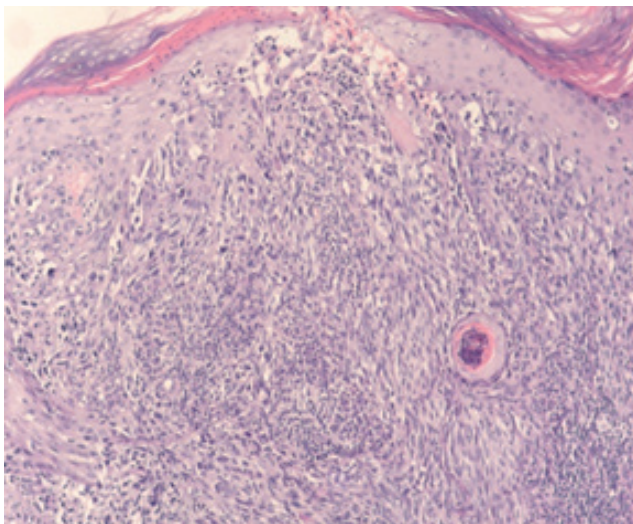


Рис. 1. Микропрепарат. Увеличение 100. Окраска гематоксилин-эозином. Морфологическая картина злокачественной опухоли веретенноклеточного строения. / Fig. 1. Microslide. Increase 100. Hematoxylin-eosin staining. The morphological pattern of spindle structure malignant tumor.

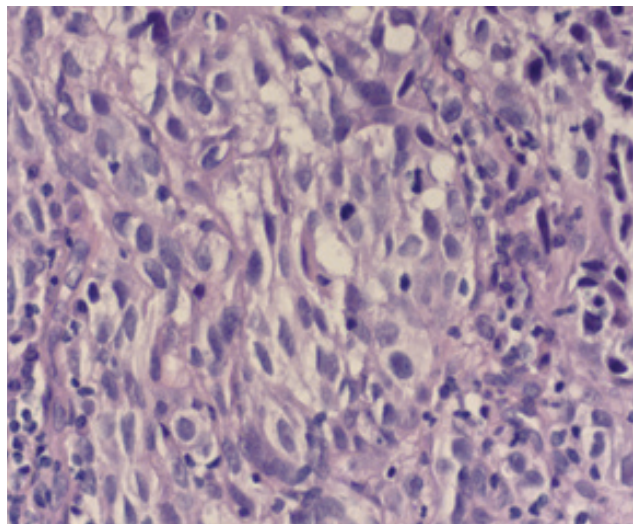


Рис. 2. Микропрепарат. Увеличение 400. Окраска гематоксилин-эозином. Морфологическая картина злокачественной опухоли. / Fig. 2. Microslide. Increase 400. Hematoxylin-eosin staining. The morphological pattern of malignant tumor.

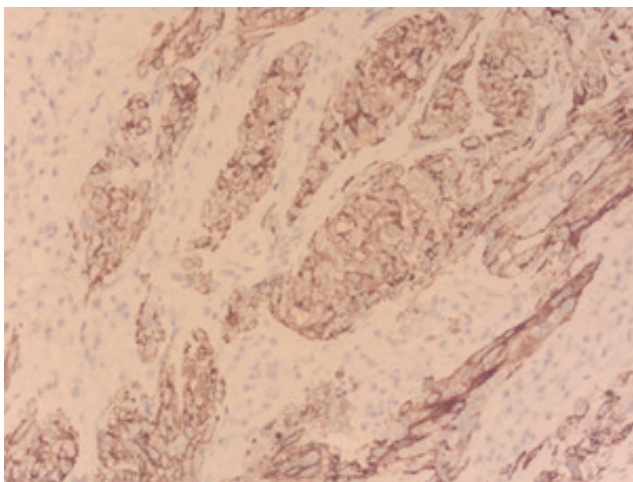


Рис. 3. Микропрепарат. Увеличение 200. Положительная ИГХ реакция с антигеном меланоцитов HMB-45. / Fig. 3. Microslide. Increase 200. Positive IHC reaction with melanocytes HMB-45 antigen.

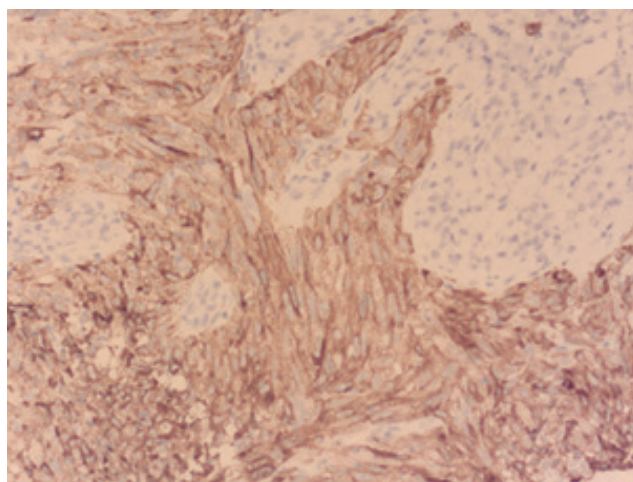


Рис. 4. Микропрепарат. Увеличение 200. Положительная ИГХ реакция трансмембранным белком MelanA. / Fig. 4. Microslide. Increase 200. Positive IHC reaction with transmembrane protein MelanA.

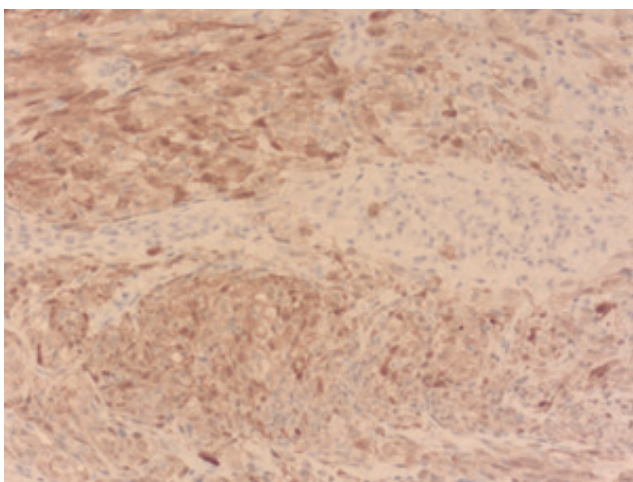


Рис. 5. Микропрепарат. Увеличение 200. Положительная ИГХ реакция с белком S-100. / Fig. 5. Microslide. Increase 200. Positive IHC reaction with protein S-100.

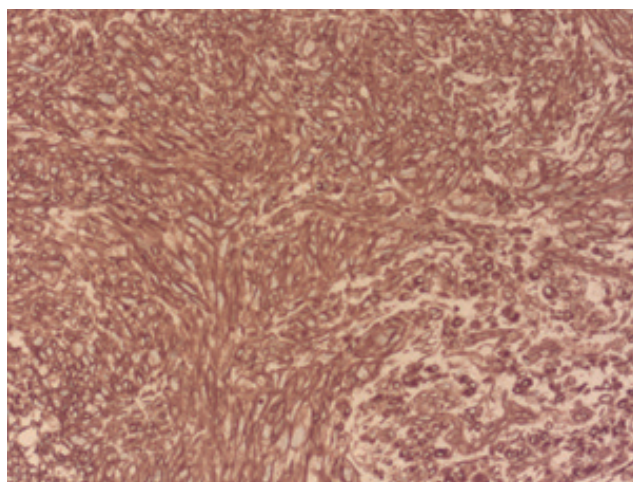


Рис. 6. Микропрепарат. Увеличение 200. ИГХ реакция с маркером опухолей мезенхимального происхождения Vimentin. / Fig. 6. Microslide. Increase 200. IHC reaction with Vimentin marker of tumours with mesenchymal origin.

Дальнейшее лечение пациента проводилось в воронежском областном клиническом онкологическом диспансере.

Первым этапом произведена органосохраняющая операция - удаление опухоли в пределах здоровых тканей. В процесса этой же госпитализации вторым этапом произведена пластика дефекта кожи кожно-фасциальным лоскутом.

В послеоперационном периоде рана заживала вторичным натяжением, медленно на фоне сахарного диабета. Тем не менее, через 6 месяцев раневая поверхность полностью эпителизировалась.

Пациент находится на диспансерном учете в воронежском областном клиническом онкологическом диспансере.

### Список литературы

1. Аралова М.В., Глухов А.А. Клинический случай лечения пациентки с язвой Марторелля. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2014; 7: 3: 265-268.
2. Грецова О.П., Петрова Г.В., Простов Ю.И., Простов М.Ю. Анализ пятилетней выживаемости больных с меланомой по данным Федерального ракового регистра. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2014; 3: 47-50.
3. Дибиров М.Д. Трофические язвы. Издательство: ГОУ ВУНМЦ. 2007; 304.
4. Ермаков А.В. Меланомы кожи: современные принципы ранней диагностики и профилактики. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2014; 3: 100-108.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., ред. Злокачественные новообразования в 2011 году (заболеваемость и смертность). -М., 2013; 288.
6. Шинкарев С.А., Козловская Е.В., Остроушко А.П. Опыт применения реконструктивно-восстановительных вмешательств у онкологических больных. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2015; 8: 1: 120-130.
7. Rezzе GG, Leon A, Duprat J. Dysplastic nevus (atypical nevus). Acta Derm Venereol. 2011; 91 (4): 428-431.

Постулила 17.10.2015

### Сведения об авторах

1. Аралова М.В. – к.м.н., зав. отделением амбулаторно-поликлинической хирургии Воронежской областной клинической больницы №1
2. Лазебный В.В. - врач Воронежской областной клинической больницы №1
3. Глухов А.А. – д.м.н., проф. , заведующий кафедрой общей хирургии Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н.Бурденко

### Выводы

1. Отсутствие онкологической настороженности врачей привело к длительному неадекватному лечению злокачественного заболевания кожи. При этом изъязвления при злокачественных заболеваниях кожи и мягких тканей в большинстве случаев - признак поздней стадии.

2. Прогноз онкологического заболевания зависит от стадии процесса и зачастую определяется возможностью проведения радикального вмешательства. Для ранней диагностики онкологического заболевания и улучшения прогноза заживления трофической язвы, а также длительности и качества жизни рекомендуется проводить морфологическое исследование тканей дна и краев трофической язвы.

### References

1. Aralova M.V., Glukhov A.A. Klinicheskiy sluchay lecheniya patsientki s yazvoy Martorellya[A clinical case of treatment of patient with Martorel ulcer.]. Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii. 2014; 7: 3: 265-268 (in Russ).
2. Gretsova O.P., Petrova G.V., Prostov Yu.I., Prostov M.Yu. Analiz pyatiletney vyzhivaemosti bol'nykh s melanomoy po dannym Federal'nogo rakovogo registra. Onkologiya[Analysis of five-year survival rate for patients with melanoma according to the Federal cancer registry. Oncology]. Zhurnal im. P.A. Gertsena. 2014; 3: 47-50 (in Russ).
3. Dibirov M.D. Troficheskie yazvy[Trophic ulcers.]. Izdatel'stvo: GOU VUNMTS. 2007; 304 (in Russ).
4. Ermakov A.V. Melanomy kozhi: sovremennye printsipy ranney diagnostiki i profilaktiki. Onkologiya [Skin melanoma: modern principles of early diagnostics and prevention. Oncology.]. Zhurnal im. P.A. Gertsena. 2014; 3: 100-108 (in Russ).
5. Chissov V.I., Starinskiy V.V., Petrova G.V., red. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v 2011 godu (zabolevaemost' i smertnost')[Malignant neoplasms in 2011 (morbidity and mortality)]. -M., 2013; 288 (in Russ).
6. Shinkarev S.A., Kozlovskaya E.V., Ostroushko A.P. Opyt primeneniya rekonstruktivno-vosstanovitel'nykh vmeshatel'stv u onkologicheskikh bol'nykh[Experience of reconstructive and recovery interventions application on cancer patients.]. Vestnik eksperimental'noy i klinicheskoy khirurgii. 2015; 8: 1: 120-130 (in Russ).
7. Rezzе GG, Leon A, Duprat J. Dysplastic nevus (atypical nevus). Acta Derm Venereol. 2011; 91 (4): 428-431.

Recieved 17.10.2015

### Information about the Authors

1. Aralova M. V. – PhD, head. Department of the Voronezh regional clinical hospital №1
2. Lazebny V. V. - physician of the Voronezh regional clinical hospital №1
3. Glukhov A. – MD, Professor , head of chair of General surgery of Voronezh state medical University named after N. N. Burdenko