

**ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ**

Г.В. Кулініч,  
Л.Г. Ланько,  
С.В. Шутов

*ДУ Інститут медичної  
радіології ім. С.П. Григор'єва  
НАМН України, Харків*

## Хірургічне лікування променевої виразки: кроки до оптимізації методики

Surgical treatment for radiation ulcer:  
steps to the technique optimization

Нові успіхи в галузі онкології та взагалі медицини, розвиток новітніх технологій, удосконалення техніки опромінювання значно збільшують тривалість життя онкологічних хворих. Але це не дозволяє цілком уникнути ушкодження здорових тканин у зоні опромінення, що значно обмежує можливості реабілітації хворих та впливає на якість їх життя [1, 2]. Отже ефективність лікування променевих ушкоджень (ПУ) шкіри залишається однією з актуальних проблем радіології [3].

Лікування місцевих ПУ шкіри може бути консервативним і хірургічним. Променеві фібрози частіше потребують консервативного лікування, променеві виразки — переважно хірургічного. У кожному окремому випадку спосіб хірургічного втручання індивідуальний [4].

Наводимо приклад власного клінічного спостереження.

Хвора Б., 1965 року народження, жителька Херсона, була госпіталізована до відділення променевої патології ДУ ІМР ім. С.П. Григор'єва АМНУ 15.09.2009 р. зі скаргами на наявність виразки та болі в зоні післяопераційного рубця.

Анамнез: у 2008 р. Б. лікувалася з приводу раку правої грудної залози T2N1M0 в Херсонському обласному клінічному онкологічному диспансері, де 10.11.2008 р. було виконано операцію — правобічну мастектомію за Маденом. Морфологічне дослідження № 16380-90: мультицентричний ріст низькодиференційованого протокового раку з метастазами в 3 лімфатичних вузли. Рецепторний статус: естрогени — негативно; прогестерон — негативно; HER2/new — негативно.

Хвора отримала післяопераційний курс дистанційної гамма-терапії на праву пахвову,

праву надключичну, праву парастернальну ділянку, післяопераційний рубець. Межі полів: надключичного (8 × 10 см): нижня — груднино-ключичне з'єднання, медіальна — внутрішній край м. sternocleidomastoideus, верхня — на рівні перснещитоподібної заглибини, латеральна — середина ключиці; парастернального (5 × 10 см): верхня — груднино-ключичне з'єднання, медіальна — середина груднини; пахвова (10 × 12 см): медіальна — на 1 см від краю грудної клітки, латеральна — латеральний край голівки плеча. Післяопераційний рубець — тангенціальні поля, що включають увесь об'єм грудної стінки у межах видаленої грудної залози (10 × 16 см). На лімфатичні вузли: РОД — 2 Гр 5 разів на тиждень, СОД — 40 Гр. На післяопераційний рубець: РОД — 2 Гр 5 разів на тиждень, СОД 40 Гр. Перевищення дози опромінення не було. Впродовж курсу променевої терапії (ПТ) в зоні післяопераційного рубця спостерігалася лімфорей. За період від січня по квітень 2009 року хвора отримала 6 циклів поліхемотерапії (доксорубіцин, циклофосфан).

У травні в стернальній частині післяопераційного рубця у неї виявлено виразковий дефект. У Херсонському ОКОД 08.07.2009 р. видалено променеву трофічну виразку в зоні післяопераційного рубця. Морфологічне дослідження — шкіра з виразковим дефектом і фіброзом.

На момент госпіталізації до відділення променевої патології ДУ ІМР ім. С.П. Григор'єва АМН України загальний стан хворої задовільний, шкірні покриви бліді, периферичні лімфатичні вузли не збільшені. При пальпації паравертебральних ділянок у грудному відділі хребта відчувається біль. Над легеньми аускультативно дихання везикулярне. Серцева



Рис. 1. Загальний вигляд хворої до операції  
Fig. 1. The patient before the surgery



Рис. 2. Розмітка операційного поля  
Fig. 2. The patient after the surgery



Рис. 3. Вид операційного поля після висічення променевої виразки  
Fig. 3. The operation filed after removal of the radiation ulcer



Рис. 4. Мобілізована медіальна частина лівої грудної залози  
Fig. 4. Mobilized distal portion of the left breast

діяльність ритмічна, тони приглушені, АТ — 115/75 мм рт. ст. Живіт при пальпації безболісний в усіх відділах, печінка не збільшена, селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків, сечовиділення без патології.

Місцевий статус: права грудна залоза оперативно вилучена. У медіальній частині післяопераційного рубця визначається глибокий виразковий дефект до 6 см у діаметрі з нерівними фестончастими краями, дном якого є груднина і хрящові частини підлеглих ребер. Дно і краї виразки вкриті нальотом брудно-сірого фібрину. Навколишній виразковий дефект тканини індуративно змінений явищами вираженого післяпроменевого фіброзу. Локальна зміщувальність тканин відсутня, відзначаються явища хронічного запального процесу. Ліва грудна залоза без осередкової патології. Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. Даних щодо місцевого рецидиву не виявлено (рис. 1).

Дані обстеження: Клінічний аналіз крові: ер.  $2,96 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нь 85 г/л, Кол.п. 0,85, тромб.  $192 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоц.  $8,6 \times 10^9/\text{л}$ , б 1 %, е 1 %, п 11 %, с 67 %, л 12 %, м 8 %, ШОЕ 64 мм/год.

Клінічний аналіз сечі: колір жовтий, прозорість помірна, реакція слабокисла, питома вага 1021, білок, глюкоза не знайдені, епітелій перехідний місцями, лейкоцити 4–6 в полі зору, еритроцити 0–1 в полі зору, циліндри відсутні, одиничні кристали оксалатів.

Біохімічний аналіз крові: білок 67,9 г/л, альбумін 40,8 г/л, креатинін

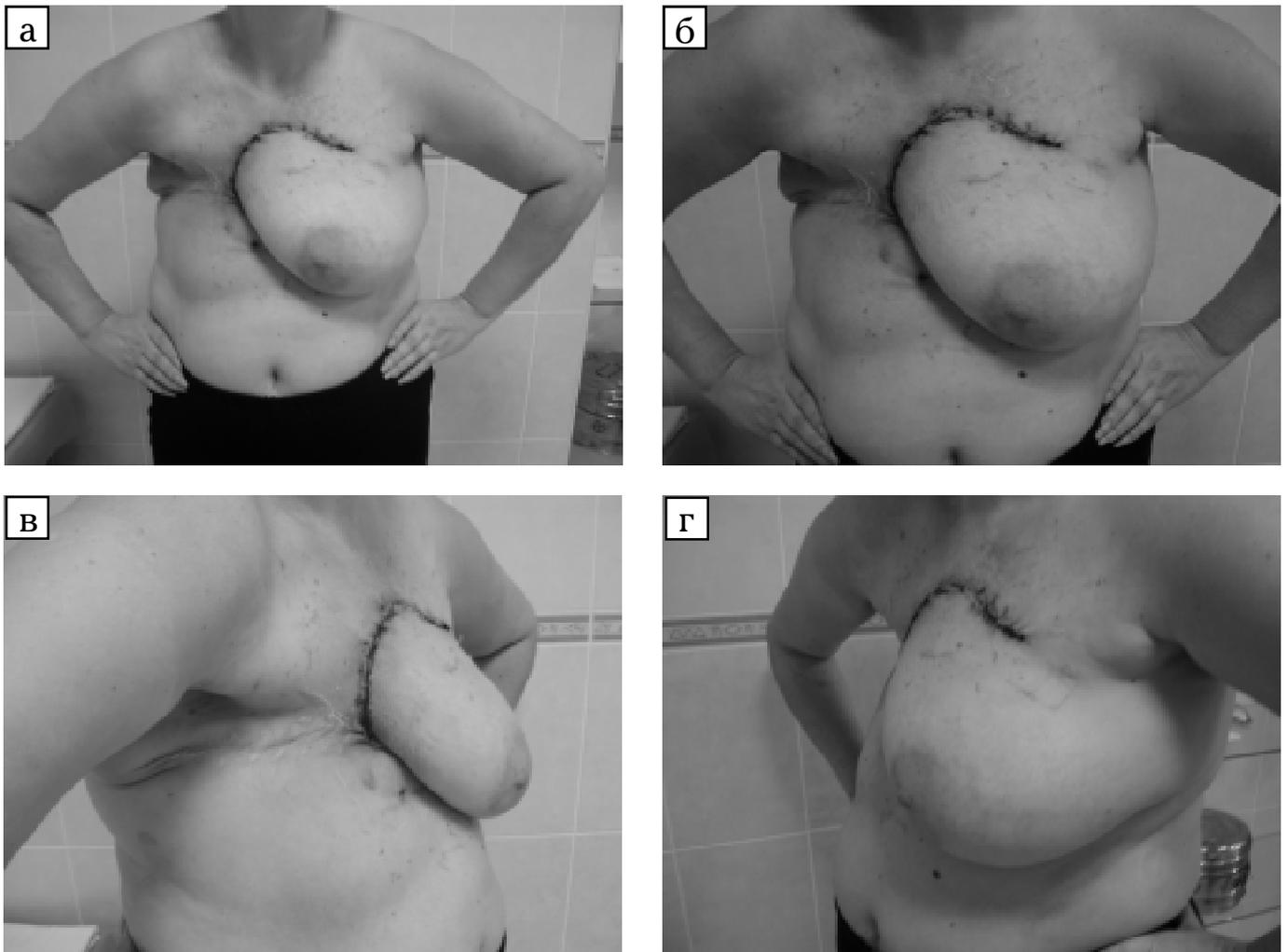


Рис. 5. Вид пацієнтки після операції: а; б; в; г — у різних ракурсах  
 Fig. 5. The patient after surgery: а; б; в; г — in different positions

66,0 мкмоль/л, холестерин 6,3 ммоль/л, білірубін 12,1 мкмоль/л, глюкоза 5,2 мкмоль/л, АЛТ 13,8, АСТ 18,5, ЛФ 188,0 мкмоль/л.

Електрокардіограма: синусова тахікардія, ознаки початкової гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, зниження процесів реполяризації дифузного характеру.

Мікробіологічне дослідження виділень з рани із визначенням чутливості виділених культур до хемотерапевтичних препаратів: висіяно *pseudomonas aeruginosa*, культуру, чутливу до гентаміцину і тієнаму.

Рентгенографія органів грудної клітки: у легенях без інфільтративних та осередкових змін, корені структурні, синуси вільні.

Ультразвукова діагностика органів малого таза: матка 83 × 55 × 48 мм, акустична структура гетерогенна. Правий яєчник 30 × 28 мм, лівий — 24 × 24 мм.

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки і черевної порожнини: в легенях осередкових та інфільтративних змін не виявлено. Просвіт трахеї і великих бронхів без змін. Лімфовузли середостіння не збільшені. Печінка звичайних розмірів, у лівій частці, підкапсулярно, розташований гіподенсивний утвір розміром 15 × 22 мм. Після внутрішнього контрастування відзначається розподілення контрасту, характерне для гемангіоми. Підшлункова залоза, селезінка, нирки без особливостей. Заочеревинні лімфовузли не збільшені.

Встановлено діагноз: променева виразка післяопераційного рубця, після хірургічного висічення (07.2009 р.). Гіпохромна анемія. Міокардіодистрофія змішаного (дисгормонального і токсикометаболічного) генезу, СН 1 ст. Рак правої грудної залози T2N1M0 II стадії, після комплексного лікування (11.2008 р.—04.2009 р.). Клінічна група 3.

## Література

1. Бардычев М.С., Цыб А.Ф. *Местные лучевые повреждения*. – М.: Медицина, 1985. – 23 с.
2. Москалев Ю.И. *Отдаленные последствия ионизирующих излучений*. – М.: Медицина, 1991. – 463 с.
3. Хворостенко М.І., Кіхтенко І.М. // *Промен. діагност., промен. тер.* – 2001. – 520 с.
4. Шутков С.В., Костя П.І. // *УРЖ.* – 2002. – Т. X, вип. 4. – С. 205–207.

Надходження до редакції 31.05.2010.

Прийнято 01.06.2010.

Адреса для листування:  
Кулініч Галина Василівна,  
ДУ Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН  
України, вул. Пушкінська, 82, Харків, 61024, Україна

З огляду на неефективність проведеної раніше консервативної терапії, на загальноінститутському консилиумі прийняте рішення піддати пацієнтку хірургічному лікуванню. Зміст оперативного втручання полягав у висіченні променевої виразки передньої грудної стінки і закритті дефекту. Однак, зважаючи на зазначені зміни тканин навколо виразки і велику площу післяопераційного дефекту, пластика місцевими тканинами уявлялася неможливою. У зв'язку з цим як донорський шматок було запропоновано використати контралатеральную грудну залозу (рис. 2).

Проведено операцію: Висічення променевої виразки передньої грудної стінки, праворуч, з пластикою дефекту лівою грудною залозою. Після обробки операційного поля під ендотрахеальним наркозом виконано висічення променевої виразки передньої грудної стінки у межах здорових тканин. Життєздатність тканин визначалася кровоточивістю і здоровим кольором (рис. 3). При висіченні виразки виявлено секвестр реберно-груднинного зчленування, який також вичищено і вилучено. Після ретельного гемостазу й обробки рани розчинами антисептиків виконано мобілізацію медіальної частини лівої грудної залози з максимальним збереженням живильних судин (рис. 4).

Сформований шматок був переміщений медіально і з його допомогою закрито дефект рани (рис. 5). Рану ушито й активно дреновано з кількох точок. Післяопераційний період минув без ускладнень. Шви знято через 2 тижні. Пацієнтку виписано зі стаціонару на 21-шу добу.

Описаний випадок підтверджує можливість ефективного використання контралатеральної грудної залози для закриття променевих виразок передньої грудної стінки, що виникають як негативний наслідок комплексного лікування раку грудної залози.