

НОВОУТВІР ЕПТЕЛІЗОВАНОЇ ПОСТАМПУТАЦІЙНОЇ КУЛЬТИ У ХВОРОГО НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ: КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ

**Вергун А.Р., Мацях Ю.М., Красний М.Р., Іваха М.О., Вергун О.М., Кульчицький*
В.В., Макагонов І.О., Калитовська** М.Б., Жураєв*** Р.К., Олексюк*** О.Б.,
Пляцко М.Г.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

** Комунальне некомерційне підприємство «Львівське територіальне медичне об'єднання №2.*

*Клінічна лікарня планового лікування, реабілітації та паліативної допомоги»,
відокремлений підрозділ «Львівська 1-а міська клінічна лікарня ім. Князя Лева»,*

***Комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівська медична академія імені Андрея
Крупинського»,*

****Приватний медичний центр «Салютас»*

e-mail: plagi@mail@meta.ua, м. Львів, Україна

Синдром діабетичної стопи є тяжким хронічним ускладненням цукрового діабету, яке виникає внаслідок макро- та мікроангіопатії, трофічних нейропатичних порушень. У післяопераційному періоді, окрім стандартних ускладнень, у хворих на цукровий діабет нерідко можуть виникати нетипові прояви патології, які потребують ретельного клінічного аналізу та диференційної діагностики. Прогресування нейропатичних та ішемічних проявів нерідко призводить до розвитку гангрени та інших тяжких інфекційних ускладнень, необхідності хірургічного втручання, зокрема ампутацій структур стопи та високих ампутацій нижніх кінцівок. Особливу роль у діагностиці синдрому діабетичної стопи відіграють інструментальні методи, зокрема ультрасонографія та рентгенографія. Остання дозволяє виявити ознаки остеомієліту, приховані осередки інфекції та інші патологічні зміни, які не завжди можуть бути діагностовані клінічно. Після оперативних втручань у пізньому післяопераційному періоді у деяких пацієнтів виникають незвичайні клінічні ситуації, які можуть ускладнити післяопераційний період, постампутаційні деформації та інші патологічні девіації; основна увага лікарів в таких випадках спрямована на ліквідацію / корекцію ускладнень, реабілітацію та попередження клінічно значимих рецидивів. Розуміння таких незвичайних ускладнень та казуїстичних спостережень має велике значення для клініцистів. Однією з таких патологій є розвиток новоутворів на культі ампутованої кінцівки на фоні імунодефіциту та нейропатії, що створює сприятливі умови для їх виникнення у пацієнтів із цукровим діабетом та ангіопатією.

Хворий М-ко, 03. 10. 1979 року народження, 25. 11. 2024 р.н., звернувся в ендокринологічне відділення із скаргами на біль та затерпання нижніх кінцівок, рану в ділянці раніше ампутованої стопи з новоутвором в ділянці рубця; на сухість в роті, утруднену ходу, зниження гостроти зору, виражену загальну слабкість, неконтрольовані зміни рівня глікемії. Згідно даних анамнезу захворювання відомо те, що цукровий діабет встановили вперше 11.09.2020 року, коли також було здійснено ампутацію лівої стопи за Шопаром з приводу ішемічно-некротичних змін. Дообстежувався у ендокринолога поліклініки, неодноразово лікувався стаціонарно, виявлено вторинну інсулінорезистентність цукрового діабету. Госпіталізований у хірургічне відділення відокремленого підрозділу «Лікарня святого Луки» першого територіального медичного об'єднання м. Львова, де 30. 10. 2020 року проведена реампутація та аутодерматоластика культі. Об'ємний утвір на тлі гіпергрануляцій постопераційного рубця стверджено через півроку після аутодермопластики, при реобстеженні згідно з клінічними протоколами. За останні 3-4 місяці утвір значно збільшився в розмірах, з'явилися явища декомпенсації цукрового діабету, з приводу чого госпіталізований планово в ендокринологічне відділення відокремленого підрозділу «4 міська лікарня» (міський ендокринологічний центр) другого територіального медичного об'єднання м.

Львова.

Status localis: на культі лівої стопи, приблизно посередині післяопераційного рубця наявний новоутвір невідомої етіології, оброблений розчином фукорцину. Маргінально – гіпергрануляції та десквамація шкірних покривів. Чутливість шкірних покривів значно знижена. Під час фізикального огляду було стверджено патологічний утвір у вигляді неправильного «еліпсоїда» із борознами, розміром з «голубине яйце», помірноеластичної консистенції, поліморфної структури діаметром біля 4 см, на широкій ніжці, тканинний атипізм новоутвора (макроскопічно) за структурою нагадує "цвітну капусту" (рис. 1).



Рисунок 1. Культя хворого М-ко. Інтраоглядова макрозйомка 02. 12. 2024 р. Новоутвір післяопераційного рубця та гіпергрануляції, оброблені фукорцином. Зовнішній вигляд новоутвору нагадує "цвітну капусту" на широкій ніжці.

Пацієнт обстежений лабораторно, ультрасонографічно та рентгенологічно, виконано доплерографію. При рентгенологічному дослідженні лівої стопи у двох проекціях виявили візуалізацію краю ампутації на рівні проксимальних відділів I-V плюсневих кісток, із відносно чіткими та рівними краями (рис. 2). М'які тканини деформовані, в ділянці шва – ознаки «плюс-тканини». Переконливих ознак деструкції плюсневих кісток та формування секвестрів не візуалізовано. Кісткова структура Substantia Compacta в ділянці новоутвору з локусом узурації, Substantia Spongiosa остеопоротична, локальний узураційний періостит ампутаційної культі. Після ствердження глікемічного профілю, комплексу терапевтичних та діагностичних заходів у відділенні ендокринології на основі консультації хірурга приватного медичного центру «Салютас» м. Львова було прийняте рішення провести видалення новоутвору – хірургічної ексцизії із пластикою культі рани (02.12.2024 р.) під регіональною новокаїновою анестезією та гідропрепаруванням.

Рисунок 2. Новотвір культі у хворого М-ко: рентгенографія у двох проекціях, 27.11.2024 р. Рентгенограми лівої стопи.



Протокол хірургічної інтервенції. Операція: видалення новоутвору культі лівої стопи, планова, 02.12.2024 р., 11.00-11.45. Операційне поле оброблено етиловим спиртом. Провели місцеву анестезію з поетапним гідропрепаруванням м'яких тканин 0,5% розчином новокаїну. Після настання ефекту знечулення, утвір було зафіксовано за допомогою вікончатого затискача за Noto і кульового затискача за Backhaus. Тупим та гострим шляхом мобілізовано ніжку у межах здорових тканин (рис. 3). Відступивши від краю гіпергрануляцій, півмісяцевими (огиначаючими) розтинами у межах здорових тканин, почали відсепаровувати утвір гострим способом за допомогою гострокінцевого скальпеля з поетапним гемостазом. Новоутвір видалено в межах візуально здорових тканин. Оголено змінений, узурований періост та Substantia Compacta кісток культі. Ділянки змінених кісткових структур резековано та механічно зачищено. Контроль гемостазу. Рана санована H_2O_2 та розчином полівідон-йоду. За допомогою скальпеля виділили і мобілізували лоскут шкіри із дистальної сторони культі. Провели мобілізацію дистального клаптя м'яких тканин, шкірну пластику та ушивання рани атравматичним матеріалом Вікріл 3.0, обвивним і вузловими розвантажувальними швами. Зону швів сановано, оброблено 10% полівідон-йодом та накладено асептичну пов'язку.



Рисунок 3. Новоутвір культі у хворого М-ко зафіксовано за допомогою вікончатого затискача за Noto і кульового затискача за Backhaus, виконано поетапну мобілізацію та ексцизію. Інтраопераційна фотофіксація, 02.12.2024 р. Краї тканин грубі, рубцеві, дно рани представлене гіпергрануляційними розростаннями, узурація окістя, періостит. Оголено змінений, узурований періост кісток культі для подальшої санації.

Результати патогістологічного дослідження (05.12.2024 р). Епідермальний пласт дуже потовщений, сформовані ділянки акантозу та папільозу; поверхня пласта вкрита товстим шаром кератогіаліну з вогнищевим значним поліморфноклітинним «домішком», згортками крові. Частина клітин поверхневого шару пласта містить множинні скупчення базофільних інтрацитоплазматичних включень. Стратифікація пласта збережена. Підлегла дерма фібротизована, містить епідермальну кисту незначних розмірів. Перифокально стверджено наявність скупчень макрофагів і моноклеарні інфільтрати, вогнищеву перифокальну лімфогістіоцитарну вогнищеву інфільтрацію. Патогістологічний висновок (діагноз): Вірусна бородавка (*Verruca vulgaris*, WHO 5th edit).

Після проведеного операційного втручання пацієнто продовжував інсулінотерапію (після проведення корекції дози згідно з профілем) та лікування у ендокринологічному відділенні. В післяопераційному періоді проводилися регулярні перев'язки із полівівідонйодом та лініментом хлорамфеніколу. Шви були зняті на 14 добу після проведеного оперативного втручання. Післяопераційних ускладнень стверджено не було. Виписаний в задовільному стані з компенсацією глікемії для амбулаторного лікування та проходження подальшої реабілітації. Рана зажила з формуванням нормального еластичного рубця. Даний клінічний випадок є достатньо рідкісним з точки зору виникнення та локалізації доброякісного новоутвору (папілломи), патогенетичного взаємозв'язку із клінічним перебігом синдрому діабетичної стопи, нейропатії та декомпенсації цукрового діабету. Поєднання сучасних методів діагностики із комплексною терапією у таких випадках є важливими чинниками успішного лікування, профілактики ускладнень та рецидивів.