

Е. И. ГОРБУНОВ, Г. М. АНДРИАСЯН

К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МАДУРОМИКОЗА

Мадуромикоз является хроническим грибковым заболеванием, поражающим чаще всего мягкие ткани и кости стопы. Заболевание распространено в странах с жарким и влажным климатом (Африка, Цейлон, Индия, Аравийский полуостров и др.), но нередко встречается и в странах с умеренным климатом. В настоящее время это заболевание зарегистрировано во многих странах мира.

Несмотря на то, что вопросу мадуromикоза посвящено много работ как зарубежных, так и советских авторов [1, 2, 10], тем не менее это заболевание остается мало знакомым широкому кругу врачей.

До настоящего времени не существует специфического лечения мадуromикоза. Имеющиеся методы лечения можно разделить на консервативные и хирургические. Сторонники консервативного метода предлагают применение йодистых препаратов, препаратов висмута, меди, антибиотиков, рентгенооблучение [2, 6, 9, 13]. Как показали наблюдения, консервативный метод лечения является малоэффективным, так как не ликвидирует основного заболевания, а устраняет патологические явления, вызванные вторичной инфекцией, и тем самым приводит лишь к временному улучшению состояния больного.

Сравнительно мало имеется работ, посвященных хирургическому методу лечения. А. К. Агеев с соавторами [1, 11 и др.] рекомендуют частичное иссечение очага инфекции в раннем периоде заболевания. В. Д. Келеман и др. [6, 14] предлагают типичные ампутации, а В. П. Паламарчук и А. Д. Слабожанкин [7]—ампутацию голени в средней или верхней 1/3 при запущенных состояниях мадуromикоза.

Учитывая актуальность задачи эффективного лечения мадуromикоза, мы задались целью поделиться нашими наблюдениями хирургического лечения по материалам Таизского республиканского госпиталя.

Под нашим наблюдением находилось 29 больных, из них: мужчин—23, женщин—6. Возраст больных колебался от 9 до 20 лет. Большинство больных были крестьяне. Заболеваниям предшествовали мелкие травмы нижних конечностей. Процесс был локализован: в дистальных 2/3 стоп—у 13 больных, тотальное поражение стопы—у 6, поражение всей стопы с переходом на голеностопный сустав—у 3, поражение лишь пяточной области—у 1 и среднего отдела подошвенной поверхности стопы—у 1. Кроме того, наблюдались атипичные локализации: поражение голеностопного сустава у 2 больных, области коленного сустава—у 1, об-

ласти наружной лодыжки—у 1 и нижняя 1/3 голени—у 1 больного. По цвету друз, выделяемых из свищей или обнаруженных во время оперативных вмешательств, мы определили в 21 случае черный и в 8—желтый мадуromикоз. Последний, по утверждению некоторых авторов [11 и др.], имеет значительно худший прогноз, чем черный. На наш взгляд, это обстоятельство имеет определенную важность и с точки зрения оперативного вмешательства, так как при желтом или белом мадуromикозе трудно отличить патологическую ткань от здоровой, что может послужить причиной рецидива в связи с нерадикальностью операции.

В зависимости от локализации и распространенности мадуromикотического процесса нами осуществлялись различные виды оперативных вмешательств (рассечение, выскабливание, иссечение, резекция и ампутация). При этом мы стремились по мере возможности производить экономные, органосохраняющие операции, тем более, что следовало считаться с отсутствием службы протезирования в Йемене.

Из 29 больных оперативным вмешательствам подверглись 26 человек. Отказались от операции 3 больных. Четырем больным с абсцедированием мадуromикотических узлов и свищами производились рассечения и выскабливания. К такому паллиативному методу мы прибегали в случаях, когда больные отказывались от предлагаемой нами радикальной операции. В одном случае после рассечения и выскабливания свищей спустя полтора месяца наблюдался рецидив (образование новых свищей с гнойным отделяемым, содержащим черные друзы). О судьбе остальных трех больных сведений у нас не имеется.

Наиболее радикальным вмешательством мы считаем иссечение очагов в пределах здоровых тканей. По такому методу нами было оперировано 9 больных с поражением только мягких тканей. У этих больных процесс представлялся в виде ограниченных инфильтратов и узлов со свищами в различных участках стопы у 5 больных, в области голеностопного сустава—у 2, в нижней трети голени—у 1 и в области коленного сустава—у 1. В 8 случаях иссечения патологически измененных тканей операционные раны были закрыты наглухо, а у 1 больного после рассечения большого инфильтрата в области 1/3 голени образовавшийся дефект кожи был замещен свободным кожным трансплантатом. Все больные были выписаны в хорошем состоянии.

Резекции стоп произвели у 4 больных, у которых имелись ограниченные поражения не только мягких тканей, но и костей стопы. У 2 больных процесс был локализован по наружному краю стоп в виде бугристого инфильтрата со свищами и поражением IV—V плюсневых костей. Этим больным произведены резекции наружного отдела стоп с одномоментным удалением IV—V пальцев и соответствующих плюсневых костей одним блоком. У одного больного мадуromикотический процесс располагался на внутренней поверхности стопы и сочетался с поражением мягких тканей и костей. У этого больного произведена резекция внутреннего отдела стопы с удалением сильно пораженных I—II плюсневых костей. У четвертого больного имелся мадуromикоз среднего от-

дела стопы с поражением II, III и IV плюсневых костей. В этом случае произведена сагитальная резекция стопы с удалением II, III и IV пальцев и соответствующих им плюсневых костей одним блоком.

Мы позволили себе произвести резекции стоп, не прибегая к ампутациям, имея в виду сохранение не только статистической, но и в какой-то степени динамической функции нижних конечностей. Трое из указанных четырех больных выписаны в хорошем состоянии. Наблюдения за ними в сроки от 2 до 4 мес. установили, что все они свободно ходят без помощи костылей и выполняют прежнюю работу. Четвертый больной пока находится на стационарном лечении.

Типичные ампутации конечностей по поводу мадуromикоза произведены нами у 5 больных. По Шопару—2 больным при локализации про-



Рис. 1. Остеомикоз всех костей стопы, включая передний отдел пяточной кости.

цесса в дистальных 2/3 стоп с поражением как мягких тканей, так и костей. Ампутации на уровне средней 1/3 голени сделаны 3 больным, из них при тотальном поражении стоп с переходом процесса на голеностопный сустав и голень—2 больным, а у третьего больного с локализацией процесса в области голеностопного сустава и нижней 1/3 голени. Все эти больные находились в тяжелой стадии заболевания с наличием у них разрушения всех тканей с множественными свищами и отсутствием функции конечностей.

Костнопластические ампутации произведены у 4 больных (по Пирогову—3 и по Гритти—1). Ампутации по Пирогову делались больным с мадуromикозом стоп без поражения пяточной кости. Однако в 2 случаях имелись очаги остеомикоза также и в дистальных отделах пяточных костей (рис. 1). Более того, во время операции у этих больных обнару-

жено распространение друз по сухожильным влагалищам вверх на голень протяженностью от 5 до 7 см. Эти участки иссечены дополнительными разрезами.

Послеоперационное течение протекало гладко, рецидива заболевания в течение 4 мес. не наблюдалось. Больные пользовались опороспособными культями. Удаленные препараты в сагитальном разрезе 2 боль-

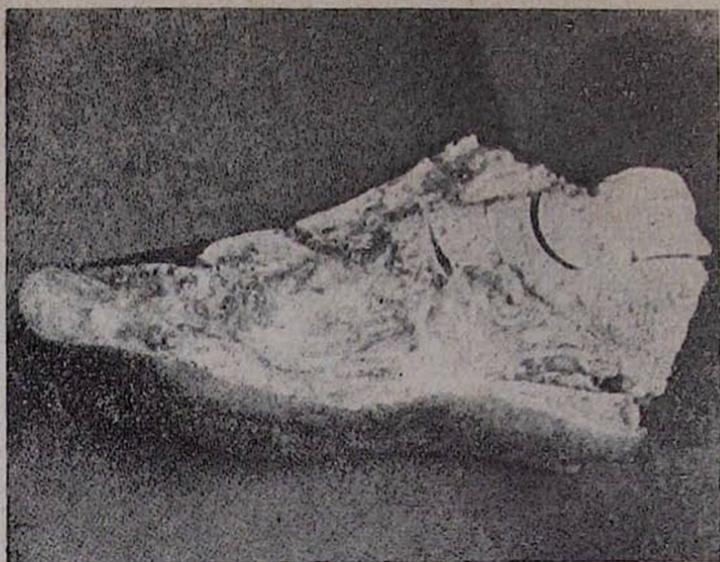


Рис. 2. На сагитальном разрезе удаленной стопы видны скопления желтых друз.

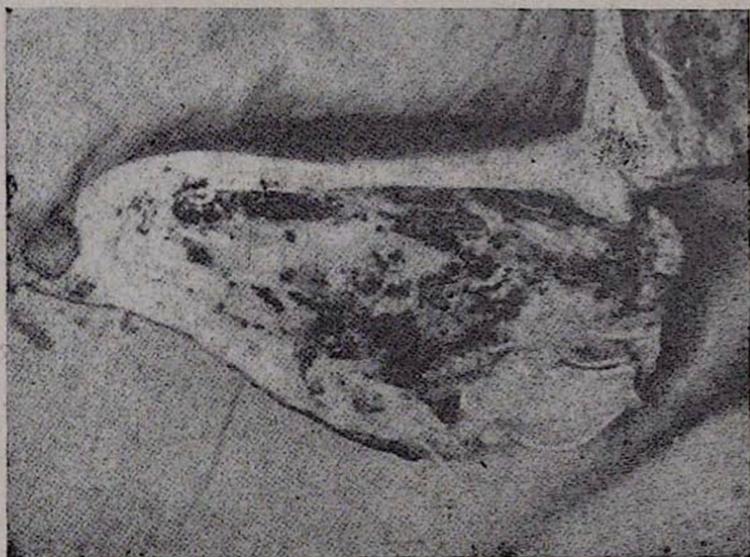


Рис. 3. Множественные гнезда размягчения, выполненные черными массами (друзы) удаленной стопы.

ных представлены на рис. 2, 3. Гистологическая картина мадуромикоза представлена на рис. 4. Хорошая опорная культя получена также у больного, оперированного по методу Гритти.

В доступной нам литературе не удалось найти указаний на возможность производства костнопластических ампутаций при мадуромикозе. Мы позволили себе применить костно-пластические ампутации конечностей, поставив перед собой задачу создания опорных культей—конечностей.

Из произведенных операций под спинномозговой анестезией прове-

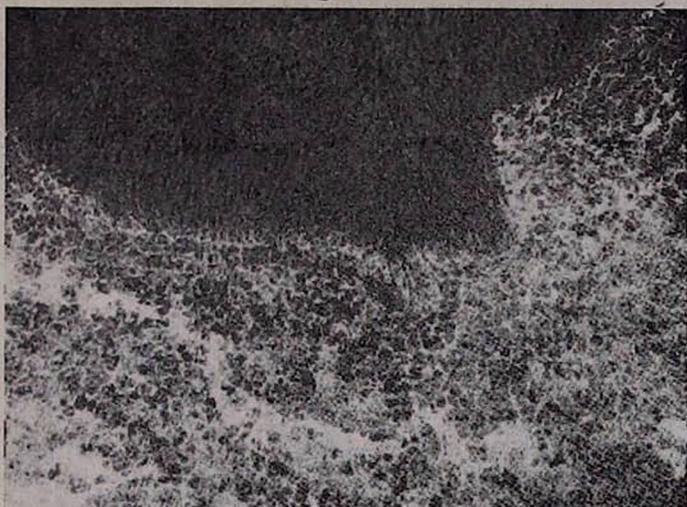


Рис. 4. Очаг гнойного расплавления с обилием друз, окруженный лейкоцитами. Окраска гематоксилин-эозином. Проведена PAS-реакция.

дено 11, под общим обезболиванием—7 и под местной анестезией—8. Выбор способа обезболивания зависел от обширности и глубины поражения тканей мадуромикозом. Успех хирургического лечения мадуромикоза обуславливался применением антибиотиков широкого спектра действия как впрямь, так и в послеоперационном периоде. Антибиотикотерапия в предоперационном периоде устраняла вторичную инфекцию, способствовала улучшению состояния пораженного участка конечности (уменьшение отека тканей и раневого отделяемого), что позволяло хирургу делать более правильный выбор объема и метода оперативного вмешательства.

Выводы

1. Лечение мадуромикоза должно быть комплексным, сочетающим оперативные и консервативные (антибиотикотерапия) методы.
2. Применение антибиотиков устраняет вторичную инфекцию и предотвращает послеоперационные осложнения.

3. Оперативное вмешательство при мадуромикозе должно быть радикальным (иссечение, резекция, ампутация).

4. Рассечение свищей и их выскабливание не являются радикальным хирургическим методом лечения при мадуромикозе.

5. Костнопластические ампутации при мадуромикозе должны найти более широкое применение.

Республиканская больница

г. Таиза Йеменской

Арабской республики

Поступило 2/IX 1967 г.

Ե. Ի. ԳՈՐԲՈՒՆՈՎ, Զ. Մ. ԱՆԴՐԻԱՍՅԱՆ

ՄԱԿՈՒՐՈՄԻԿՈԶԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՂԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Մադուրոմիկոզը խրոնիկ սնկային հիվանդություն է, որը մասնավորապես ախտահարում է ոտքի թաթը:

Հիվանդությունը տարածված է հատկապես շոգ և խոնավ երկրներում: Հողվածում նկարագրված է մադուրոմիկոզի 20 դեպք Սովետական Միությունում: Առայժմ մադուրոմիկոզի սպեցիֆիկ բուժման միջոց չկա: Կիրառվող կոնսերվատիվ բուժման եղանակները չեն բուժում հիվանդությունը, ուստի ուշագրավ է նրա բուժման օպերատիվ եղանակը:

Աշխատանքը հիմնված է մադուրոմիկոզով տառապող 29 հիվանդներից 26-ի օպերատիվ բուժումից հետո ստացված արդյունքների վրա: 22 հիվանդների մոտ կատարվել է արմատական միջամտություն (բացազատում, մասնահատում, անդամահատում): Վիրահատությունից հետո նրանք դուրս են գրվել ապաքինված: 4 հիվանդի մոտ կատարվել է բացազատում, արմատական վիրահատությունից հիվանդների հրաժարվելու պատճառով: Բացազատումից հետո ստացված արդյունքները գոհացուցիչ չեն:

Արմատական վիրահատության 4 դեպքում կատարվել է ոսկրա-պլաստիկ անդամահատում (երեքը ըստ Պիրոգովի և մեկը ըստ Գրիտտիի). ստացվել են դրական արդյունքներ:

Մասնահատման կամ անդամահատման եղանակը ընտրելիս ուշադրություն է դարձվել վերջույթի հնարավոր խնայմանը, նկատի ունենալով նմենում պրոտեզային ծառայության բացակայությունը:

Վիրահատական միջամտությունը զուգակցվել է կոնսերվատիվ բուժման՝ հատկապես անտիբիոտիկների հետ, որոնք օգտագործվել են ինչպես մինչև վիրահատական, այնպես էլ հստիվիրահատական շրջանում:

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А. К., Климов И. А., Скоробогатов Ю. К. Клиническая медицина, 1965, 12, стр. 95.
2. Геворкян И. Х. и Багдасарян М. П. Клиническая хирургия, 1963, I, стр. 31.
3. Исмаил-Заде И. М. Азербайджанский медицинский журнал, 1960, I, стр. 40.
4. Кассирский И. А., Плотников Н. Н. Болезни жарких стран. М., 1964, стр. 388.

5. *Кашкаров С. Е.* Вопросы травматологии и ортопедии, 1954, 3, стр. 65.
6. *Келеман В. Д.* Хирургия, 1952, 10, стр. 59.
7. *Паламарчук В. П., Слабожанкин А. Д.* Вестник рентгенологии и радиологии, 1966, 3, стр. 14.
8. *Рабинович Ю. Я. и Бизер В. А.* Клиническая медицина, 1962, 7, стр. 107.
9. *Рейнберг С. А. и Свиридов С. А.* Советская медицина, 1956, 12, стр. 42.
10. *Федоров Ю. С.* Хирургия, 1966, 2, стр. 152.
11. *Abdelarim Rifaat.* Principles and practice of Surgery vol. I. Cairo, 1958, 74.
12. *Braude Abraham.* Principles of internal medicine. New York, Toronto, London, 1962, 1066.
13. *Richard P., Strong.* Diagnosis, prevention and treatment of tropical diseases. Harvard, 1944, 1177.
14. *Donald Hunter.* Price's textbook of the Practice of medicine. New York, Taranto, London, 1956, 196.