

Х. С. ТОРОСЯН

## К ВОПРОСУ О ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВКАХ, СУХИХ МОЗОЛЯХ И ИХ ЛЕЧЕНИИ

Изыскание простого и эффективного метода лечения мозолей и бородавок, пригодного для проведения в условиях любого медицинского пункта, несомненно, представляет большой практический интерес.

Постоянное раздражение кожи подошвенной части и тыльной поверхности пальцев стоп вызывает плотные шаровидные или полушаровидные, не поддающиеся лечению роговые затвердения, достигающие иногда больших размеров. Такое чрезмерное ороговение эпидермиса стоп развивается вследствие избыточной выработки рогового вещества в результате наличия в дерме данного участка патологического процесса или инородного тела (дерматит, роговые пробки, занозы, рубцовые образования, папиллома, неврофиброма, гигрома).

Наиболее часто встречаются гиперкератозы, возникающие в результате локальной травмы, постоянного раздражения кожи подошв.

Бородавки на подошвах стоп локализируются на самых разнообразных участках, отличаются болезненностью при давлении и своей резистентностью к лечению. Клиническая картина их различная. В одних случаях они появляются в виде небольших неправильно округлых очертаний, неглубоких дефектов рогового слоя с обрывистыми краями. При внимательном осмотре дна дефекта рогового слоя легко определить, что оно состоит из пучка нитевидных сосочковых разрастаний, окруженного валиком из гипертрофированного слоя. При пальпации их прощупывается шаровидное болезненное уплотнение в глубине дермы. В других случаях роговой слой подошвы, покрывающий вегетацию, вследствие постоянного раздражения гипертрофируется, морфологически и клинически приобретает клиническую картину сухой мозоли (плотные шаровидные роговые затвердения).

Варио и Ядассон (цит. по [6]) доказали заразительность и самопрививаемость плоских и обыкновенных бородавок, расположенных на кистях. Инкубационный период 1—3 мес. Уаль и Кинджери (цит. по [6]) путем прививки сока растертых бородавок, профильтрованных через свечу Беркефельда, получили плоские бородавки, имеющие склонность стать папиллярными. Этим они доказали, что возбудителем бородавок являются фильтрующиеся вирусы.

Многие авторы для лечения подошвенных бородавок и сухих мозолей предлагают кератолитические мазевые средства, удаление электрокаустикой, крепкими растворами кислот, жидкостью Гардеева, с по-

мощью криотерапии, смазыванием свежим соком чистотела. В некоторых случаях эффект достигается назначением внутрь магниевых солей или препаратов мышьяка (ауреомицин). Из хирургических методов лечения применяется выскабливание ложечкой Фолькмана или путем иссечения.

В настоящей работе мы приводим наши данные по изучению причин возникновения так называемых подошвенных сухих мозолей и подошвенных бородавок и их лечению различными методами.

Под нашим наблюдением находились 1140 чел. с явлениями подошвенных бородавок и 881 с сухими подошвенными мозолями.

Причины возникновения подошвенных и сухих мозолей разные (табл. 1).

Таблица 1

Болезненный процесс	Т р а в м а									всего
	тесная обувь	неправильн. ношение портянок	дефекты внутри обуви	проколы гвоздями	проколы различн. предметами	занозы	наличие бородавок др. локал.	причины установле-ны	прорезы	
1. Подошвенные бородавки	85	91	119	130	124	70	183	280	58	1140
2. Подошвенные сухие мозоли	96	99	108	117	86	43	92	188	52	881

Таким образом, по причине травмы подошвенные бородавки возникли у 60% наших больных, а сухие мозоли у 68,3% больных. В 16,1% случаев у находившихся под нашим наблюдением больных образовались подошвенные бородавки и в 10,4% случаев—сухие подошвенные мозоли, образовавшиеся после локализации на других участках, в основном бородавки на руках.

При биопсии удаленных нами сухих мозолей и бородавок подошвы получили следующие результаты. (табл. 2).

Как видно из таблицы 2, у 95 больных с клиническими проявлениями подошвенных сухих мозолей гистологически основой патологических процессов преимущественно оказалась папиллома (66,3%).

Необходимо отметить, что в 80,2% случаев макроскопическая картина сухих мозолей совпадает с макроскопической картиной подошвенных бородавок.

Надо полагать, что причины, вызывающие в одних случаях возникновение на руках плоских (юношеских) бородавок, в других—обыкновенных, а также возникновение в одних случаях сухих мозолей подошвы, а в других—подошвенных бородавок, идентичны. По-видимому, подошвенные сухие мозоли по клиническим проявлениям соответствуют плоским бородавкам на других местах кожи, а подошвенные бородавки—проявлению простых бородавок, так как папиллярность, судя по макроскопической картине сосочков обоих образований, выражена одинаково.

Таблица 2

Болезненный процесс и его локализация	Число наблюдений	Патологоанатомический диагноз				
		папиллома	фиброма-тозная папиллома	дерматофиброма	эпидермальная киста	гиперкератоз
Сухие подошвенные мозоли . . . . .	49	39				10
Сухие мозоли сгибов пятых пальцев . . . . .	18	8				10
Подошвенные бородавки . . . . .	10	10				10
Подошвенные оmozолелости . . . . .	25	4		1		20
Подошвенная гигрома . . . . .	3	1	1		1	2

Для оценки результатов лечения в зависимости от применяемого способа лечения подошвенных бородавок и сухих мозолей мы подобрали группы больных с приблизительно сходными клиническими и возрастными данными.

Почти все больные лечились амбулаторно. Для лечения подошвенных бородавок и сухих мозолей мы применяли следующие методы.

1. Методы инфильтрации 2%-ным раствором новокаина в область дна подошвенных бородавок или сухих мозолей и удаление их тупым путем. При этом мы делали толстой иглой прокол в направлении основания патологического образования и вводили 2%-ный раствор новокаина 1—3 мл. После снятия оmozолевшей части, как правило, обнаруживалась строго округлых очертаний диаметром 0,1—0,5 см пробочка—компактная масса, состоящая из нитевидных вегетаций. Последняя удалялась путем захвата и вытаскивания их зажимом Кохера. Пальцевым прижатием области патологического образования удается удалять их без кровотечения. После полного удаления пробочки образуется дефект ткани с гладкими как бы полированными краями и дном округлых очертаний. Образовавшаяся рана многократно обрабатывается йодной настойкой. Если в дефекте ткани не удается получить полированную поверхность, значит там остаются целые или оторванные сосочковые массы, которые в дальнейшем служат причиной рецидива патологического образования.

На рану накладывается мазь Вишневского с фурациллином (100,0 мази Вишневского+0,2 фурациллина). Этот состав обеспечивает стерильность и быстрое эпителизирование раны. При значительно выраженном гиперкератозе для более полного их удаления предварительно мы назначаем содовые ванны и компресс 10%-ной салициловой кислотой с вазелином на ночь в течение 2—3 дней.

2. Метод обкалывания 2%-ным раствором новокаина вышеописанным способом 1—3 раза в течение недели.

3. Метод электрокоагуляции. После коагуляции мы удаляли некро-

тизированной ткань с последующим накладыванием мази Вишневского с фурациллином.

4. Метод электрокоагуляции без удаления некротизированной ткани.

5. Метод рентгенотерапии.

О результатах лечения подошвенных бородавок и сухих мозолей различными методами можно судить по табл. 3. Из всех приведенных методов первый метод является не только наиболее эффективным (выздоровление составляет 95% при удалении бородавок и 90% при удалении сухих мозолей), но и малоблезненным. При частичном их удалении выздоровление соответственно составляет 78,4 и 60%. С одной стороны, это подтверждает существующее в литературе мнение, что при лечении одной из множественных бородавок исчезают все остальные, и с другой—говорит о важной роли центральной нервной системы в патогенезе возникновения как бородавок, так и сухих мозолей.

Следует также отметить, что при этом методе лечения заживление (рассасывание) сухих мозолей и подошвенных бородавок в 83,3% случаев завершается на 7—12-й день, а при остальных методах лечения значительно позднее. Этот метод замечателен и тем, что образовавшийся после их удаления дефект ткани заполняется за счет эпителизации оставшихся островков от сальных и потовых желез. При этом после полного выздоровления в бывших очагах бородавок и мозолей восстанавливается кожный рисунок, между тем как при хирургическом методе лечения образуется рубец, на котором в дальнейшем накапливается гиперкератоз, причиняющий больным значительно больше неприятностей, чем до оперативного лечения.

Второй метод обкалывания 2%-ным раствором новокаина менее эффективен, и больные отказываются от лечения ввиду болезненности (многократное обкалывание).

Третий и четвертый методы менее результативны. При электрокоагуляции, когда остаётся некротизированная ткань, она в дальнейшем как инородное тело продолжает служить почвой для раздражения и обуславливает рецидив. С другой стороны, после электрокоагуляции часто возникает термический ожог, при котором погибают потовые и сальные железы, вследствие чего дефект ткани заполняется рубцовой тканью.

Пятый метод — рентгенотерапия.

Значительное наслоение гиперкератоза в области подошвенных мозолей и бородавок создает хрящевидные уплотнения, трудно пробиваемые рентгеновскими лучами. В некоторых случаях рентгеновские лучи вызывают рентгенодерматиты.

Обобщая вышеизложенное, необходимо сделать следующие выводы.

В возникновении подошвенных бородавок и сухих мозолей значительную роль играет травма, вследствие чего макро- и микроскопические раны инфицируются возбудителями бородавок. Возникшие бородавки в области подошв клинически проявляются в двух формах—подошвенных бородавок и подошвенных сухих мозолей.

Наиболее эффективным методом лечения подошвенных сухих мозо-

Результаты лечения подошвенных бородавок и сухих мозолей различными методами

Метод лечения	Подошвенные бородавки											Подошвенные сухие мозоли												
	подвергались лечению все элементы						подвергались лечению часть бородавок					подвергались лечению все элементы						подвергались лечению часть мозолей						
	всего слу- чаев	выздор.	улучш.	без изм.	ухудш.	рецидив	всего слу- чаев	выздвр.	улучш.	без изм.	ухудш.	рецидив	всего слу- чаев	выздор.	улучш.	без изм.	ухудш.	рецидив	всего слу- чаев	выздор.	улучш.	без изм.	ухудш.	рецидив
Обкалывание 2%-ным раств. новокаина с удалением	384	352	14	3	9	6	417	301	26	17	11	12	275	227	20	7	6	15	298	190	16	63	12	17
Обкалывание 2%-ным раств. новокаина 1—3 раза	35	18	13	2	0	2	37	16	12	3	2	4	68	26	14	16	2	10	24	10	2	4	2	6
Электрокоагуляция с удалением некротической ткани	55	34	12	7	0	2	54	28	14	4	0	8	42	31	2	3	2	4	35	17	3	3	3	9
Однократная электрокоагуляция	70	38	11	5	8	8	40	14	2	5	10	9	57	31	6	5	3	12	42	12	2	8	7	13
Рентгенотерапия	28	15	9	2	0	2	20	12	2	4	0	2	24	13	6	2	1	2	16	9	3	1	0	3

лей и бородавок является метод обкалывания их 2-процентным раствором новокаина с последующим удалением путем механической очистки зажимом Кохера.

Ввиду простоты предложенного метода его можно применять в любом медицинском учреждении, даже в условиях амбулатории.

Тбилисская окружная  
поликлиника № 601

Поступило 26/III 68 г.

Խ. Ս. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

## ՆԵՐՔԱՆԱՅԻՆ ԳՈՐՏՆՈՒԿՆԵՐԻ, ՉՈՐ ԿՈՇՏՈՒԿՆԵՐԻ ԵՎ ՆՐԱՆՑ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո մ

Ներբանային գորտնուկների և շոր կոշտուկների գոյացման գործում մեծ դեր են խաղում միկրովնասավածքները, որոնց ժամանակ գորտնուկներ առաջացնող հարուցիչը վարակում է վերջը և 2—6 շաբաթ հետո որոշ դեպքերում տվյալ տեղում առաջացնում ներբանի գորտնուկներ, որոշ դեպքերում՝ շոր կոշտուկներ:

Դիտման է ենթարկվել 1140 հիվանդ՝ ներբանի գորտնուկներով և 881 հիվանդ՝ ներբանի կոշտուկներով: 66,3% -ի դեպքում շոր կոշտուկների հյուսվածաբանական կազմը եղել է նույնը, ինչպես բոլոր գորտնուկներինը՝ պապիլոմա (պտիկ), իսկ մակրոսկոպիկորեն 80,2% դեպքում ներբանային շոր կոշտուկներից հեռացրած հյուսվածքի կազմը համընկնում է ներբանային գորտնուկներից հեռացրած հյուսվածքի կազմի հետ:

Վերոհիշյալ մաշկային պաթոլոգիկ հիվանդությունների բուժումը կատարվել է հինգ մեթոդներով.

1. Գորտնուկների և կոշտուկների հիմքում 2% նովոկայինի լուծույթ ներարկելուց հետո կոխերի սեղմակի միջոցով ամբողջովին հեռացվում են գորտնուկները և շոր կոշտուկները իրենց արմատներով: Հետագայում դրվում է վիրակապ Վիշնևսկու քսուկով, ֆուրացիլինի հետ (1,500):

2. Առանց դրանք հեռացնելու, շաբաթը 1—3 անգամ ներարկվում է 2% նովոկային:

3. Ծրրորդ մեթոդը դա էլեկտրակոագուլացիայի մեթոդն է, որի միջոցով հեռացվում է մեռած հյուսվածքը:

4. Չորրորդ մեթոդը նույն էլեկտրակոագուլացիան է, բայց այս դեպքում մեռած հյուսվածքը չի հեռացվում:

5. Ռենտգենյան ճառագայթներով բուժում:

Բուժման ամենանպատակահարմար մեթոդը առաջինն է, որը տալիս է 90—95% առողջացում՝ առանց քպի թողնելու: Այս մեթոդը պարզ է և կարելի է օգտագործել յուրաքանչյուր բուժական հիմնարկում:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Беледа Р. В. Военно-медицинский журнал, 1965, 10, 21.
2. Брычев А. А. и Смелов Н. С. Венерология и дерматология, 1926, 1, 22.
3. Бурцев К. Н. Гигиена и санитария, 1938, 1, 32.
4. Григорьев П. С. Учебник кожных болезней. М., 1938.
5. Грицешкин С. В. Основы рентгенотерапевтической практики. М., 1952.
6. Дарье Ж. Основы дерматологии. М., 1930.
7. Картамышев А. И. Гипноз в дерматологии. М., 1936.
8. Картамышев А. И., Арнольд В. А. Врачебная косметика. М., 1959.
9. Кричевский П. С. В кн.: Заразные болезни человека. М., 1955, 347.
10. Лыткин Б. М. Военно-медицинский журнал, 1956, 7, 45.
11. Маников М. Е. Рентгенотерапия болезни кожи. М., 1957.
12. Потанов С. Н. Советская врачебная газета, 1937, 12, 56.
13. Розентул М. А. Общая терапия кожных болезней. М., 1952.
14. Торосян Х. С. Сборник научных работ окружного военного госпиталя Закавказского военного округа. Тбилиси, 1959, 333.
15. Тыженко А. М. В кн.: Клинические болезни кожи. М., 1931, 323.
16. Штейн Л. И. Советская врачебная газета, 1934, 1.
16. Якобсон А. К. и Боткин К. И. Вестник дерматологии и венерологии, 1958, 2, 24.