Гений Ортопедии № 3, 2016 г.

© Группа авторов, 2016.

УДК 616.718.72-018.46-002.72

DOI 10.18019/1028-4427-2016-3-84-86

Бластомикозный остеомиелит пяточной кости (случай из практики) Н.М. Клюшин, А.С. Судницын, Н.С. Мигалкин

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курган

Calcaneal blastomycotic osteomyelitis (A case report)

N.M. Kliushin, A.S. Sudnitsyn, N.S. Migalkin

FSBI Russian Ilizarov Scientific Center "Restorative Traumatology and Orthopaedics of the RF Ministry of Health, Kurgan

Представлено клиническое наблюдение лечения больной с хроническим остеомиелитом правой пяточной кости бластомикозной этиологии. Больной проведено комплексное восстановительное лечение, в результате которого достигнута стойкая ремиссия остеомиелитического процесса и восстановлена опороспособность конечности.

Ключевые слова: бластомикоз, остеомиелит пяточной кости.

The authors presented a clinical case of treatment of a female patient with right calcaneus chronic osteomyelitis of blastomycotic etiology. The patient underwent complex restorative treatment which resulted in achieving stable remission of osteomyelitic process, as well as in limb weight-bearing recovery. **Keywords**: blastomycosis, calcaneal osteomyelitis.

За последние десятилетия микозы, т.е. болезни, обусловленные микроскопическими грибами, стали важной клинической проблемой. Широкое распространение новых медицинских технологий, инвазивных диагностических и лечебных процедур, а также успехи в лечении бактериальных и вирусных инфекций привели к увеличению популяции иммуноскомпрометированных пациентов с высоким риском развития грибковых инфекций [1-3].

До настоящего времени количество различных видов микозов прогрессивно увеличивается [3]. Характерным для них является хроническое, рецидивирующее течение, обусловленное расширением спектра возбудителей, многие из которых устойчивы к применяемым противогрибковым препаратам [2]. Клинические их признаки часто неспецифичны, особенно у иммуноскомпрометированных пациентов [1].

В связи с этим для эффективного лечения микозов врачи должны не только знать их клинические, инструментальные и лабораторные признаки, но и уметь планировать диагностические мероприятия, правильно оценивать полученные результаты и выбирать оптимальный вариант восстановительного лечения [1].

Приводим клиническое наблюдение успешно проведенного комплексного лечения пациента с хроническим остеомиелитом правой пяточной кости бластомикозной этиологии.

Больная Ш., 60 лет, поступила в клинику РНЦ «ВТО» в 2014 году по поводу длительно незаживающей раны на подошвенной поверхности правой стопы, нарушения опороспособности правой нижней конечности, выраженных болей при осевой нагрузке.

Из анамнеза: в возрасте 47 лет больная получила порез подошвенной поверхности правой стопы стеклом, в результате сформировалась длительно незаживающая, вяло гранулирующая, хроническая рана с гнойным отделяемым, распространяющаяся на пяточ-

ную кость и мягкие ткани.

По месту жительства неоднократно предпринимались попытки консервативного и хирургического лечения в стационарных и амбулаторных условиях с использованием различных антибактериальных средств. Многократные курсы лечения приводили лишь к незначительному уменьшению гнойного отделяемого, но размеры раны не уменьшались, а постепенно увеличивались.

Локально имелась рана на подошвенной поверхности правой пяточной области, с гиперкератозными разрастаниями по краям и серозно-гнойным отделяемым, размерами $1,5\times2,5$ см, дном которой являлся участок пяточной кости (рис. 1, a, б). Движения в суставах правой стопы были ограничены, безболезненны.

Бактериоскопически в раневом отделяемом были обнаружены Alcaligenes species и Myroides species.

На рентгенограммах правой стопы определялась краевая деструкция подошвенной поверхности пяточной кости с элементами гипертрофии надкостницы (рис. 1, в).

После проведенного предоперационного стандартного клинико-рентгенологического и бактериологического обследования была выполнена некрэктомия мягких тканей, частичная резекция пяточной кости, ушивание раны на правой стопе. Иссеченные во время операции ткани были отправлены на гистологическое исследование.

Несмотря на радикальную хирургическую обработку, этиотропную антибиотикотерапию (меронем 2,0 в сутки в течение 10 дней, цефтриаксон 3,0 в сутки в течение 7 дней) в максимальных дозировках, в раннем послеоперационном периоде, на 21 сутки, произошло нагноение раны с расхождением краев. При этом бактериоскопически в ране выявлены Esherichia coli и Enterococcus faecalis.

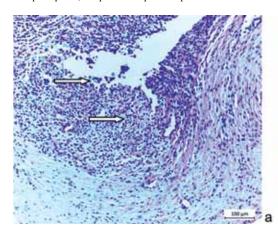
По данным гистологического исследования (рис. 2) операционного материала (грануляционная ткань и фрагмент резецированной кости) определялась картина хронического гранулематозного воспаления с наличием дрожжевидной микрофлоры.







Рис. 1. Больная Ш., 60 лет. Внешний вид и рентгенограмма правой стопы до лечения: а – внешний вид стопы; б – гиперкератозные разрастания краев раны; в – рентгенограмма правой стопы в боковой проекции



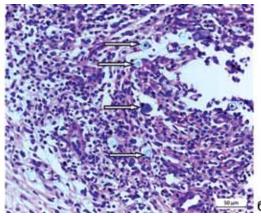


Рис. 2. Больная Ш., 60 лет. Грануляционная ткань с воспалительной инфильтрацией лимфогистиоцитарными клеточными элементами с примесью нейтрофильных лейкоцитов. Клетки дрожжевидной микрофлоры помечены стрелками. Увеличение: $a-\times 250$, $6-\times 500$. Окраска гематоксилином и эозином

При более высоких увеличениях морфология бластомицет имела следующие характеристики: размеры клеток варьировали от 10 до 15 мкм, определялись полые и полные их формы, а при дополнительных способах окраски (по Паппенгейму) визуализировалось наличие капсулы.

В связи с выявленной клинико-морфологической и бактериологической картиной было решено провести комплексное лечение, заключающееся в повторной радикальной хирургической обработке гнойного очага и целенаправленной этиотропной антибактериальной и антимикотической терапии.

В послеоперационном периоде больной был назначен курс противогрибковых препаратов (итраконазол 1,5 в сутки в течение 6 месяцев) и этиотропной антибиотикотерапии (меронем 2,0 в сутки в течение 10 дней, линезолид 2,0 в сутки в течение 7 дней).

Рана зажила первичным натяжением, швы удалены на 21 сутки.

На контрольном осмотре через 6 месяцев достигнутый результат сохраняется, больная жалоб не предъявляет, ран и свищей нет (рис. 3, а, б), обострения гнойного процесса за этот период не наблюдалось, пациентка ходит с полной нагрузкой на оперированную конечность.

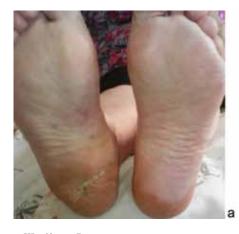




Рис. 3. Больная III., 60 лет. Внешний вид и рентгенограмма правой стопы спустя 6 месяцев после лечения: а – внешний вид стопы; б – рентгенограмма правой стопы в боковой проекции

выводы

- 1. Неблагоприятный анамнез течения гнойного процесса (длительность, рецидивирующий характер, неспецифичность клинических проявлений, безуспешная многократная антибактериальная терапия) должен определить необходимость проведения дополнительных диагностических мероприятий с правильной их оценкой.
- 2. Успех положительных исходов лечения микозов, в том числе остеомиелита, зависит от адекватной диагностики и обеспечивается комплексным подходом,
- заключающимся в радикальном хирургическом вмешательстве и целенаправленной этиотропной антибактериальной и антимикотической терапии.
- 3. Благодаря появлению в последние годы новых эффективных и безопасных антимикотиков значительно возросли возможности врачей в успешном лечении
- 4. Решающим диагностическим приемом в данном случае явилось патогистологическое исследование биопсийного материала.

ЛИТЕРАТУРА

- 1. Аравийский Р.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. СПб.: СПбМАПО, 2004. 186 с.
- Климко Н.Н. Микозы: диагностика и лечение: рук. для врачей. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Ви Джи Групп, 2008. 336 с.
- Blastomycosis of bones and joints / M. Oppenheimer, J.M. Embil, B. Black, L. Wiebe, B. Limerick, K. MacDonald, E. Trepman // South Med. J. 2007. Vol. 100, N 6. P. 570-578.

REFERENCES

- Araviiskii R.A., Klimko N.N., Vasil'eva N.V. Diagnostika mikozov [Diagnosis of mycoses]. SPb.: SPbMAPO, 2004. 186 s.
- Klimko N.N. Mikozy: diagnostika i lechenie : ruk. dlia vrachei. 2-e izd. pererab. i dop. [Mycoses: diagnosis and treatment: a guide for physicians. 2nd Edition]. M.: Vi Dzhi Grupp, 2008. 336 s.
- 3. Blastomycosis of bones and joints / M. Oppenheimer, J.M. Embil, B. Black, L. Wiebe, B. Limerick, K. MacDonald, E. Trepman // South Med. J. 2007. Vol. 100, N 6. P. 570-578.

Рукопись поступила 19.02.2016.

Сведения об авторах:

- 1. Клюшин Николай Михайлович ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, заведующий лабораторией гнойной остеологии и замещения дефектов конечностей, д. м. н., врач травматолог-ортопед высшей категории.
- 2. Судницын Анатолий Сергеевич ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, м. н. с. лаборатории гнойной остеологии и замещения дефектов конечностей, врач травматолог-ортопед; e-mail: purulentortho1@rncvto.ru.
- 3. Мигалкин Николай Сергеевич ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган, научный сотрудник лаборатории морфологии.

Information about the authors:

- 1. Kliushin Nikolai Mikhailovich FSBI RISC RTO of the RF Ministry of Health, Kurgan, Head of the Laboratory of Pyogenic Osteology and Limb Defect Filling, a traumatologist-orthopedist of the Highest Category, Doctor of Medical Sciences.
- 2. Sudnitsyn Anatolii Sergeevich FSBI RISC "RTO" of the RF Ministry of Health, Kurgan, Laboratory of Pyogenic Osteology and Limb Defect Filling, a junior researcher, a traumatologist-orthopedist; e-mail: purulentortho1@rncvto.ru.

 3. Migalkin Nikolai Sergeevich – FSBI RISC "RTO" of the RF Ministry of Health, Kurgan, Laboratory of Morphology, a researcher.