

Гаджимурадов М.Н.

ДВА СЛУЧАЯ АКТИНОМИКОЗА КОЖИ

Кафедра кожных и венерических болезней ФГБОУ ВО «Дагестанский
государственный медицинский университет» Минздрава России,
367000, г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Актиномикоз впервые описал В. Langenbek в 1845 г. Его возбудитель является одним из «двойных» агентов нормобиоты человека. В организме человека актиномицеты сапрофитируют на коже, в ротовой полости, зубном налете, лакунах миндалин, верхних дыхательных путях, бронхах, на слизистой оболочке пищеварительного тракта, влагалища, анальных складок. В возникновении и формировании актиномикотического процесса также существенную роль играют сопутствующие аэробные и анаэробные бактерии. В развитии заболевания выделяют три стадии: инфильтративную, абсцедирования и свищевую. В подавляющем большинстве поражение кожи при актиномикозе вторично – при этом появляется инфильтрат деревянистой плотности (патогномоничный признак). Клинические формы заболевания различают в зависимости от локализации: шейно-лицевая, торакальная, абдоминальная, генитальная и другие редкие формы. Представлены больные с челюстно-лицевой формой кожного актиномикоза. В одном случае девочка 11 лет длительное время проводила симптоматическое лечение у хирурга без идентификации возбудителя и выставления клинического диагноза. Назначение ей оптимизированной специфической терапии (с актинолизатом) стабилизировало процесс и способствовало рассасыванию инфильтратов. В то же время эффект от проводимого лечения у другого больного 22 лет незначительный (сохраняется инфильтрат). Это, возможно, требует изучения чувствительности сопутствующей флоры к антибиотикам и повторные курсы актинолизата.

Приводим наши клинические наблюдения.

Б о л ь н о й Б., 22 года. Обратился в поликлиническое отделение ГБУ РД «Республиканский кожно-венерологический диспансер» (РКВД) с жалобами на слегка болезненное уплотнение в области шеи с левой стороны. Болеет в течение 4 мес, когда обнаружил там плотное образование. Перенес перелом нижней челюсти с левой стороны 6 мес назад. При микроскопии клинического материала из очага поражения, окрашенного по Граму, обнаружены нити актиномицетов. С диагнозом актиномикоз кожи больного госпитализировали в кожное отделение РКВД.

Объективно: процесс локализован в левой подчелюстной области и представлен двумя вытянутыми лентовидными инфильтратами синюшно-красного цвета. Нижний из них вскрылся двумя свищевыми ходами с гнойным отделяемым. Общее самочувствие больного удовлетворительное.

Лабораторные исследования. Анализ крови: Нб 146 г/л, э. $5,1 \times 10^{12}/л$, л. $6,6 \times 10^9/л$; СОЭ 10 мм/ч. Биохимическое исследование крови: АСТ 19 ЕД/л, АЛТ 20 ЕД/л, билирубин 16,4 мкмоль/л, тимоловая проба 2,4 ЕД, глюкоза крови 5,2 ммоль/л, холестерин 5 мкмоль/л, С-реактивный белок отрицательный, билирубин общий 9 мкмоль/л. Антитела к ВИЧ не обнаружены. Общий анализ мочи в пределах нормы. Проведен посев отделяемого на питательную среду. Микроскопия выросшей культуры, окрашенной

по Граму, позволила идентифицировать нити актиномицетов. Диагноз: шейно-лицевая форма актиномикоза.

Лечение: 5% витамин В₆ по 1 мл внутримышечно, доксицилин по 0,1 г 2 раза в сутки, бисептол 960 мг (2 таблетки) 3 раза в сутки, аскорутин 0,1 г 3 раза в сутки, актинолизат по 3 мл внутримышечно (в/м) 2 раза в неделю 20 инъекций, трентал по 0,1 г 3 раза в сутки, аутогемотерапия 8 процедур; наружно раствор фукоцина 2 раза в день.

После проведенного курса лечения не наблюдается гнойное отделяемое в очаге поражения, однако инфильтрат сохраняется.

Больному рекомендован перерыв в лечении 1 мес и повторный курс актинолизата в/м 2 раза в неделю 20 инъекций.

Б о л ь н а я Ш., 11 лет, поступила в ГБУ РД РКВД с жалобами на инфильтраты в области шеи, которые появились 6 мес назад. Через 2 мес после появления экзантем обратилась к хирургу, который вскрыл и дренировал узлы, проводил антибиотикотерапию, наружно назначил ихтиоловую мазь. Однако улучшения не отмечено, и больную направили в отделение детской хирургии ГБУ РД «Детская республиканская клиническая больница», откуда, после осмотра специалистами, больную перенаправили к дерматологу.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное; кожный процесс носит ограниченный характер с локализацией на коже шеи в виде линейных инфильтратов подчелюстной (слева и справа) и левой надключичной областей. Очаги синюшно-красного цвета плотной консистенции с гнойным отделяемым выступают над поверхностью кожи.

Анализ крови: Нб 121 г/л, э. $4,5 \times 10^{12}/л$, л. $6,7 \times 10^9/л$; СОЭ 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: АСТ 15 ЕД/л, АЛТ 17 ЕД/л, тимоловая проба 2,4 ЕД, глюкоза крови 4 ммоль/л, С-реактивный белок отрицательный, билирубин общий 9 мкмоль/л.

Общий анализ мочи в пределах нормы. В посеве отделяемого из свищевых ходов и последующей микроскопии окрашенного по Граму колонии выявлены нити актиномицетов.

На основании клинической картины, анамнеза, лабораторных исследований была диагностирована шейно-лицевая форма актиномикоза.

Больной была проведена терапия, оказавшая заметный положительный эффект. Лечение: цефазолин в/м по 500 000 ЕД 2 раза в день (16 инъекций), нистатин внутрь по 0,5 г 3 раза в день, супрастин по 1 таблетке 2 раза в день, актинолизат по 3 мл внутримышечно 2 раза в неделю 20 инъекций. Местно: смазывание раствором фукоцина, мазь левомеколь. На фоне лечения выступающие участки выровнялись с кожей, отделяемого нет.

Наблюдаемые нами случаи кожного актиномикоза позволяют дерматовенерологам и врачам общей практики акцентировать внимание на это заболевание, особенности его клинической картины, а также своевременно идентифицировать глубокий микоз кожи и начать комплексную терапию.