

УДК 616.5—002.72

М. Е. МИРАКЯН

НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ СПОРОТРИХОЗА КОЖИ

(случай из практики)

Приведено описание локализованного лимфатического споротрихоза левой кисти, впервые диагностированного в Армянской республике.

Диагноз споротрихоза установлен на основании комплекса данных клинической картины, положительной внутрикожной реакции и РСК с споротрихином, наличия сигарообразных элементов в гное. Лечение длительным применением нистатина, йодистого калия оказалось эффективным.

Споротрихоз относится к группе глубоких микозов. Возбудители — плесневые грибки рода *Sporotrichum* — вызывают поражение кожи, подкожной клетчатки, распространяющееся по лимфатическим путям; иногда в процесс вовлекаются кости, слизистые оболочки; изредка наблюдаются системные поражения с вовлечением в процесс легких и других органов.

Клиническая картина споротрихозных поражений разнообразна. Различают локализованную лимфатическую, диссеминированную кожную (подкожную) и эпидермальную форму споротрихоза кожи.

Споротрихоз принято считать заболеванием стран с тропическим и субтропическим климатом, однако данные литературы показывают, что споротрихоз встречается во всех странах и во всех климатических зонах.

В отечественной литературе описано около 90 больных различными формами споротрихоза. Сообщений о споротрихозе в Армянской ССР до сих пор не было, поэтому первое наблюдение споротрихоза в нашей республике представляет интерес.

Больной М. С., 42 лет (ист. бол. № 429), житель г. Ленинакана, рабочий мясокомбината; обратился в клинику 30/VI 1969 г. (тогда нази был заподозрен споротрихоз); был госпитализирован при повторном обращении 20/IV 1971 г. Заболел в 1964 г. через несколько дней после того, как во время работы в цехе разделки мяса под ноготь II пальца левой кисти вошла металлическая заноза, и развился панариций.

Несмотря на хирургическое удаление ногтя и занозы, консервативное лечение большими дозами антибиотиков в течение месяца, выделение гноя не прекращалось, и поэтому была ампутирована ногтевая фаланга пораженного пальца. Больной был выписан из стационара после заживления послеоперационной раны.

Однако вскоре в области культи II пальца появились узелки, которые нагноились с образованием корок. Через 20—25 дней после ампутации в области предплечья у локтя появился узел величиной с орех, вскрывшийся после лечения домашними средствами, но выделение гноя продолжалось долго. Вскоре один за другим появились такие же узлы несколько меньших размеров, расположенные по одной линии в области

предплечья; узлы вскрывались, затем рубцевались. На боковой и тыльной поверхностях II пальца и на тыльной поверхности кисти появились припухлости синюшного цвета, которые затем размягчились с выделением гноя и образованием желтых корок. Позже на тыльной поверхности кисти образовалась язва с гнойным отделяемым.

За 3 месяца до поступления в стационар у основания фаланги V пальца и на прилежащих участках кисти развились бородавчатые разрастания. Больной многократно обращался к дерматологу, хирургу, лечился антибиотиками, подвергался рентгенотерапии. Несмотря на произведенную биопсию истинная природа заболевания не была установлена, лечение оказалось безуспешным. Заболевание прогрессировало и распространялось на новые участки кисти по ходу лимфатических сосудов, выше места первичной локализации процесса, при хорошем общем состоянии больного.

При поступлении в стационар: левая кисть несколько деформирована, на тыльной поверхности — подушкообразная припухлость; II палец утолщен, ногтевой фаланги нет; на боковой и тыльной поверхностях кожа инфильтрирована, синюшна, покрыта желто-коричневыми корками, по удалении которых обнажается дно язв и эрозий с гнойным отделяемым. Кожа тыльной поверхности кисти инфильтрирована, синюшной окраски, покрыта серыми, желто-коричневыми корками. На этом фоне — язвы размером 0,5—1 см с дном, покрытым желтым налетом. По наружному краю кисти и у основания V пальца — бородавчатые разрастания, покрытые бело-желтыми чешуйками, и язва размером 0,3—0,2 см, покрытая коричневой коркой. При надавливании из-под корки выделяется небольшое количество гноя. В подкожной клетчатке кисти определяются узлы округлой и продолговатой формы величиной с горошину, слегка болезненные, и утолщенный в виде шнура лимфатический сосуд на тыльной поверхности II пальца. В области наружной поверхности предплечья 4 рубца звездчатой формы, окруженные зоной гиперемизированной кожи. На внутренней поверхности у локтя еще 3 подобных рубца величиной от однокопеечной до пятикопеечной монеты. Пальпируется локтевой лимфатический узел плотной консистенции, величиной с фасоль.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Рентгенография легких — без патологических изменений; на рентгенограмме кисти патологических изменений костей не обнаружено. Исследование крови: НВ 15 г%, эр. 4640000, ц. п. 0,9, л. 6600, эоз. 1%, с. 60%, лимф. 35%, м. 4%, РОЭ 6 мм/ч. Сахар крови 86мг%. С-реактивный белок 1+. Исследование мочи — без патологических отклонений. Реакция Вассермана отрицательная, реакция связывания комплемента с споротрихином положительная. Внутрикожная проба с споротрихином положительная. Электрокожная сопротивляемость и кожная температура без отклонений от нормы.

Отделяемое язвы многократно подвергалось микроскопическому исследованию, и в некоторых препаратах, окрашенных по Граму, были обнаружены единичные сигарообразные клетки, расположенные внеклеточно. Сделаны многократные посевы гноя и кусочков биопсированной ткани на среду Сабуро, но выделить культуру споротрихума не удалось (микробиологические исследования производились совместно с микробиологом Республиканского кож.-вен. диспансера А. С. Багдасарян).

При окраске ткани, биопсированной на участке бородавчатых разрастаний, гематоксилин-эозином: акантоз с неравномерно выраженными эпидермальными отростками; граница базального слоя в большей части четкая. В дерме почти на всем протяжении отмечается мощное разрастание волокнистой соединительной ткани, в которой видны участки инфильтратов, состоящих преимущественно из лимфоидных и фибробластических с примесью плазматических клеток. Некоторые потовые железы с явлениями атрофии. Найденные изменения не противоречат клиническому диагнозу споротрихоза.

Диагноз лимфатической формы споротрихоза левой кисти поставлен нами на основании характерной клинической картины поражения (наличие первичного споротрихозного шанкра, линейного расположения узлов по ходу лимфатических сосудов, отходящих от первичного споротрихозного очага), положительной внутрикожной пробы и реакции свя-

звания комплемента со споротрихином, обнаружения характерных сигарообразных элементов при микроскопическом исследовании гнойного отделяемого язв, а также на основании успешного результата лечения больного. Больной получал 50%-ный раствор йодистого калия от 3 до 50 капель 3 раза в день в молоке, прибавляя по две капли на прием ежедневно. Одновременно получил нистатин ежедневно по 5 000 000 ед в течение 3 недель, аутогемотерапию, поливитамины. Местно: повязки с раствором йодиола, смазывание жидкостью Кастеллани.

В результате полностью рассосались бородавчатые разрастания. Язва на кисти значительно уменьшилась в размерах, но узлы в подкожной клетчатке рассосались неполностью. Больной был выписан из стационара для продолжения лечения по месту жительства. Наблюдение продолжается.

При лечении хронических гнойных язвенных процессов необходимо иметь в виду возможность грибковой инфекции и проводить тщательное обследование в аспекте возможной грибковой этиологии.

Кафедра кожных и венерических болезней
Ереванского Гос. медицинского института,
Республиканский клинический кожно-
венерологический диспансер

Поступила 13/III 1972 г.

Մ. Ե. ՄԻՐԱՔՅԱՆ

ՄԱՇԿԻ ՍՊՈՐՏՐԻԽՈՋԻ ՄԵԿ ԴԵՊՔԻ ԴԻՏՈՒՄ

Ա. մ փ ո փ ու մ

Նկարագրվում է հանրապետությունում առաջին անգամ հայտնաբերված մաշկի սպորոտրիխոզի մեկ դեպք:

Հիվանդությունն սկսվել է երկրորդ մատի եղունգի տակ մետաղյա տաշեղ մտնելուց հետո, իսկ հետագայում տարածվել է ձեռնաթաթի ու նախաբազկի շրջանում, ավշային անոթների ուղղությամբ: Հիվանդը 5 տարի բուժվել է հակաբիոտիկներով և այլ դեղամիջոցներով, կատարվել է նաև վիրաբուժական միջամտություն (ձախ ձեռքի երկրորդ մատի եղունգային մատուկրի անդամատում): Սակայն բուժումն արդյունավետ չի եղել:

Հիվանդն ստացել է կալի յոդի 50%-անոց լուծույթ, ներքին ընդունման համար (3—50 կաթիլ), նիստատին (օրեկան 5 միլիոն, երեք շաբաթվա ընթացքում), աուտոհեմոթերապիա, վիտամիններ: Տեղական բուժումը կատարվել է յոդային պրեպարատներով: Այսպիսի բուժման ազդեցության տակ նկատվել է ախտաբանական երևույթների ներժծում:

Խրոնիկական խոցային հիվանդությունների դեպքում, երբ հակամիկրոբային բուժումն արդյունք չի տալիս, պետք է ենթադրել սնկային էթիոլոգիա և հետազոտությունները տանել այդ ուղղությամբ: