

УДК 616.992

М. Е. МИРАҚЯՆ

## СОЧЕТАНИЕ АКТИНОМИКОЗА С ДРУГИМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Изучены клинические особенности актиномикоза в сочетании с другими инфекциями. Клиника сочетанной инфекции характеризуется распространенностью процесса, множественностью очагов, значительными сдвигами во внутренней среде организма.

О сочетании актиномикоза с другими инфекциями имеются лишь единичные сообщения [1—3], между тем клиника актиномикоза, сочетающегося с глубокими грибковыми заболеваниями и другими инфекциями, представляет значительные трудности для диагностики.

Под нашим наблюдением находилось 9 больных актиномикозом, у которых в процессе тщательного наблюдения удалось обнаружить сочетанную инфекцию. У 8 из них в мазках гноя из очагов поражения был обнаружен актиномикотический мицелий, у 5 выделена культура анаэробного проактиномицета, у одного больного—аэробного и анаэробного актиномицетов. Внутрикожные реакции с актинолизатом оказались положительными у 8 больных, реакция связывания комплемента с тем же антигеном была положительной у 4 в титрах 1:5, 1:10(2+).

У всех больных была поражена область ягодиц и промежности. Инфильтраты представлялись в виде крупных конгломератов синюшно-фиолетового цвета, захватывающих почти всю сферическую часть ягодиц. При пальпации определялись границы, выраженная плотность и незначительная болезненность инфильтрата. На его поверхности были видны свищевые отверстия, располагающиеся на верхушке узелков величиной с чечевицу и больше. При надавливании на очаг из свищевого отверстия вытекал гной с примесью крови, гной выделялся также из очень мелких, едва заметных, неразличимых простым глазом свищевых точечных отверстий. Инфильтраты распространялись в пахово-мошоночную область, были обнаружены свищи на мошонке, пахово-мошоночной складке, на промежности, задней и внутренней поверхности прилежащих участков бедер. У 4 больных очаги поражения были обнаружены в отдаленных областях—подмышечных впадинах, при этом у двух больных первые очаги поражения возникли сначала в одной, а затем и в другой впадине и лишь спустя несколько лет в ягодичной области. У остальных больных первый очаг поражения локализовался на ягодицах. У пяти больных на лице, задней поверхности шеи, спине, в области груди были акнеподобные инфильтраты, гнойнички различной величины, инфильтраты типа холодных абс-

цессов, местами вдавленные рубцы и рубчики. У одной больной инфильтрат, возникший в ягодичной и перианальной областях, постепенно распространился на большие и малые половые губы.

Для всех больных этой группы была характерна картина распространенного диссеминированного процесса—множественность очагов поражения, отдаленных один от другого, значительная длительность заболевания (от 9 до 50 лет), наличие гнойничков на коже туловища. Начавшись, заболевание неуклонно прогрессировало, хотя временами наблюдались периоды затишья. В процессе прогрессирования заболевания вовлекались все новые участки, появлялись новые свищи. У этих больных актиномицеты были выделены из гноя различных участков, а также из инфильтратов подмышечных областей, что противоречит существующему мнению о том, что эта локализация нехарактерна для актиномикоза. Наличие распространенного актиномикоза у этих больных было очевидным. Однако множественность очагов, локализация их в отдаленных топографических участках, наличие свищей с мелко-точечными отверстиями, деформирующих инфильтраты в подмышечных областях с переходом на грудную клетку, предплечье и примыкающие участки, множество старых рубцов, рассеянные гнойнички и инфильтраты типа холодных абсцессов, акнеподобные элементы—все это наводило на мысль о возможности сочетанной инфекции.

У 2 больных в гное были обнаружены сферулы: двуконтурные округлые элементы, содержащие эндоспоры. У одного из них реакция связывания комплемента с кокцидиоидином оказалась положительной (2+), внутрикожная проба с тем же антигеном была также положительной. Характерная клиника, наличие сферул в гное, положительная реакция с антигеном-кокцидиоидином позволяют предполагать о наличии у этих больных заболевания, сходного с кокцидиоидомикозом сунгенерис. У четырех больных при патоморфологическом исследовании обнаружены сферические образования с включениями, у двух больных были обнаружены скопления почкующихся клеток размером  $3 \times 8 \times 10$  мкм, скопившихся в микроабсцессах глубоких слоев дермы. У этих больных актиномикоз сочетался с недифференцированным глубоким микозом.

Представляет практический интерес наблюдение больного, у которого актиномикоз параректальной области сочетался с вторичным свежим сифилисом. Больной был направлен хирургом для обследования по поводу свищей параректальной области восьмилетней давности. При осмотре в параректальной области был обнаружен несколько уплотненный синюшно-коричневый инфильтрат, на поверхности которого из свищевых отверстий выделялся гной. По краю инфильтрата, окаймляя его, располагались плотные безболезненные величиной с чечевицу сифилитические папулы; при дальнейшем обследовании были обнаружены и другие признаки вторичного свежего сифилиса. При исследовании гноя был обнаружен грам-положительный тонкий мицелий, а при посеве получена культура анаэробного проактиномицета. В ре-

зультате исследования папул и остатков шанкра на половом члене обнаружены бледные спирохеты. Реакция Вассермана и осадочные реакции оказались резко положительными. Реакция связывания комплемента с актинолизатом—положительная в титре 1:20, внутрикожная проба с тем же антигеном была также положительной.

Клиническое исследование крови наблюдаемых больных обнаружило умеренный лейкоцитоз (до 13000), значительное ускорение РОЭ (от 35 до 57 мм/ч). Исследование белковых фракций крови у 6 больных установило следующие отклонения: уменьшение альбуминов (от 52 до 37 г), возрастание глобулиновых фракций, особенно гамма-глобулина, и, в результате, значительное уменьшение альбумино-глобулинового коэффициента (1,0—0,9—0,5 ед). У 7 больных в крови появился С-реактивный белок (от +1 до +3). Ускоренная РОЭ, уменьшение альбумино-глобулинового коэффициента и наличие С-реактивного белка отражают значительные изменения во внутренней среде организма, белковообразовательной функции печени, иммунологической реакции организма.

Длительное ритмическое лечение препаратами, эффективными при обоих инфекциях, а также применение хирургического лечения позволило достигнуть значительного улучшения состояния наблюдаемых больных.

При заболевании актиномикозом с наличием множественных очагов поражения, локализующихся в отдаленных топографических участках, пронизанных свищевыми ходами с мелкоточечными отверстиями, необходимо иметь в виду возможность сочетания актиномикоза с глубокими грибковыми заболеваниями и другими инфекциями. Своевременность выявления этого сочетания способствует избранию эффективного метода лечения.

Кафедра кожных и венерических болезней  
Ереванского медицинского института,

Республиканский кожно-венерологический диспансер

Поступила 12/V 1977 г.

Մ. Ե. ՄԻՐԱՔՅԱՆ

ԱԿՏԻՆՈՄԻԿՈԶԻ ԶՈՒԳՈՐԿՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ ԽՈՐԸ ՍՆԿԱՅԻՆ  
ՀԻՎԱՆԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ԱՅՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐԻ ՀԵՏ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ակտինոմիկոզի և սնկային ու ոչ սնկային ախտաբանական պրոցեսի զուգորդման վերաբերյալ հաղորդումները եզակի են:

Հեղինակը դիտել է 9 հիվանդ զուգորդված ինֆեկցիայով: Նրանցից վեցի մոտ ակտինոմիկոզը զուգորդվել է կոկցիդիոզի միկոզի (sui generis), երկուսի մոտ՝ չդիֆերենցված խորը միկոզի և մեկի մոտ՝ թարմ երկրորդային սիֆիլիսի հետ: Զուգորդված ինֆեկցիաների կլինիկան բնորոշվել է ախտա-

բանական պրոցեսի տարածվածութիւնը, օջախների բազմաթիւութիւնը, օր-  
գանիզմի ներքին միջավայրի զգալի տեղաշարժերով:

Զուգորդված ինֆեկցիաների ժամանակին հայտնաբերումը թույլ է տա-  
լիս ճիշտ ընտրելու պատճառաբանական բուժման միջոցներ:

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ариевич А. М., Минскер О. Б., Пинзур Г. С., Федорченко Т. С. Проблемы глубоких микозов. М., 1969, стр. 29.
2. Минскер О. Б. Автореферат докт. дисс. М., 1971.
3. Минскер О. Б. Проблемы глубоких микозов. М., 1974, стр. 80.