

АКТИНОМИКОЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

М.Е.Миракян

*/Ереванский государственный медицинский университет им. М.Гераци,
кафедра дерматовенерологии/
375108 Ереван, ул. Фучика, 32*

Ключевые слова: актиномикоз, гнойно-свищевой процесс, челюстно-лицевая область

Среди дерматологических больных с поражением области лица значительный удельный вес составляют больные с гнойно-инфильтративными процессами различной этиологии: пиококковой, клещевой, туберкулезной, а также актиномикотической природы. Клиника актиномикоза челюстно-лицевой области имеет значительное сходство с клиникой хронических гнойных процессов, и дифференциальная диагностика подчас затруднительна. Актиномикоз — хроническое гнойно-инфильтративное заболевание. Возбудителями являются различные представители рода актиномицетов — лучистых грибов, в настоящее время причисляемых к псевдомицетам. Эти микроорганизмы выделяются из почвы, стеблей и листьев злаковых и других растений. Они являются сапрофитами человека и животных. Актиномицеты обнаруживаются в слоне, зубном налете, полости кариозных зубов, зубных камнях, а также слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, дыхательных и мочеполовых органов. Патогенными свойствами обладают как аэробные, так и анаэробные актиномицеты, однако наиболее часто встречаются *Actinomyces israeli* и *Ac. bovis*. Многочисленные исследования показали, что нарушение соотношения актиномицетов с другой микрофлорой, а также иммунобиологическое состояние организма обуславливают переход сапрофитных форм актиномицетов в патогенные. Травмы слизистой оболочки кожи способствуют проникновению актиномицетов в глубь тканей и развитию патологического процесса. В большинстве случаев имеет место эндогенное аутоинфицирование. Актиномикотическим процессом практически могут поражаться все органы и ткани человека. Различают челюстно-лицевую, торакальный, абдоминальный и кожный актиномикоз. Среди гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области актиномикоз составляет от 6 до 20 %.

Применение комплекса клинического, бактериологического и иммунологического обследования больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области позволило выявить актиномикоз у 80 % больных.

Обследовано 80 больных. Больные поступили с диагнозом: инфильтративно-нагноительная трихофития, конглобатные угри, хроническая пиодермия, сикоз, фурункул, абсцесс. Некоторые обратились после хирургического рассечения абсцесса, одонтогенной грануломы. Лишь единичные больные были направлены с подозрением на актиномикоз. Вследствие несвоевременной диагностики и нерациональной терапии у ряда больных наблюдались осложнения: абсцедирование, распространение очага, тризм и др.

У 30 больных заболеванию предшествовало удаление зуба. Почти у всех больных были обнаружены кариозные зубы, зубные камни, гингивит. У этих больных имело место эндогенное аутоинфицирование. У 4 больных произошло экзогенное инфицирование (укус комара, осколочное ранение, выдавливание комедонов, ранение слизистой оболочки рта стеблем злакового растения). У ребенка 9 лет актиномикоз околоушно-жевательной области развился на месте околоушной дермоидной кисты. У остальных больных связать заболевание с каким-либо предшествующим фактором не удалось.

Актиномикотические очаги локализовались в области угла и ветви нижней челюсти, околоушно-жевательной, подчелюстной, подбородочной, щек и шеи. Наблюдались следующие клинические формы заболевания: кожная, подкожная и мышечная, однако в большинстве случаев наблюдалось сочетание этих форм.

Кожная узловая форма актиномикоза, как первичное заболевание, встречается редко. У одной больной на лице, щеках, подбородке, на лбу и шее появились воспалительные узелки, местами сливающиеся и образующие конгломераты темно-фиолетового цвета, в центре которых были заметны точечные свищевые отверстия, из которых при надавливании выделялось незначительное количество гноя. До установления актиномикотической природы заболевания больная длительно и безуспешно лечилась с диагнозом конглобатные угри. У двух больных малоподвижные инфильтраты размером от вишневой косточки до орешка локализовались на боковой и задней поверхности шеи, имели плотную, но не деревянистую консистенцию. В центре узлов были заметны точечные свищевые отверстия.

Подкожная и мышечная формы челюстно-лицевого актиномикоза и их сочетание было установлено у 77 больных. В подкожной клетчатке определялся бугристый плотный почти безболезненный, неподвижный инфильтрат с четкими границами, абсцедирующий, пронизанный свищевыми ходами, из которых при надавливании выделялся гной с примесью крови без запаха. Кожа над инфильтратом, вторично вовлеченная в воспалительный процесс, имела розово-цианотическую окраску. Ин-

фильтрат, выдаваясь над уровнем кожи, придавал лицу асимметричность. У 25 больных с начальным процессом очаг был закрытым: не было абсцедирования и свищей. При вовлечении в патологический процесс жевательных мышц у 30 больных наблюдался выраженный тризм: затруднение и ограничение открывания рта (рис. 1, 2).



Рис. 1. Челюстно-лицевой актиномикоз



Рис. 2. Та же больная после лечения

Давность заболевания у наблюдаемых больных до установления диагноза актиномикоза составляла от месяца до пяти лет. При исследовании нативного гноя были обнаружены актиномикотические друзы, при окрашке мазков гноя по Граму — актиномикотические мицелии. При посеве гноя на питательные среды в преобладающем большинстве были выявлены анаэробные актиномицеты.

Иммунологическое исследование является ценным дополнительным методом, расширяющим возможности диагностики при закрытых очагах, когда исследование гноя невозможно. Иммунологическое исследование включало кожно-аллергическую пробу и серологическую реакцию связывания комплемента с актинолизатом. Эти реакции, обладающие высокой специфичностью, оказались положительными у 88 % больных. Однако надо учитывать возможность неспецифической положительной реакции, а в случаях анергического состояния больного — отрицательных реакций при наличии актиномикоза.

Больным челюстно-лицевым и шейным актиномикозом было проведено 2–5 курсов комплексной терапии актинолизатом в сочетании с антибиотиками или сульфаниламидными препаратами и стимулирующей терапией. У 20 больных, помимо консервативной терапии, было проведено хирургическое лечение: вскрытие абсцесса, выскабливание грану-

ляции и пр. У всех больных наступило клиническое выздоровление. Рецидивов при длительном наблюдении не отмечалось.

Таким образом, проведение комплексного клинического, бактериологического, иммунологического обследований и адекватной терапии актинолизатом в сочетании с антибиотиками при хронических гнойно-свищевых процессах челюстно-лицевой и шейной области дает стойкий терапевтический эффект.

Поступила 15.03.99

ԴԻՄԱԾՆՈՏԱՅԻՆ ԱԿՏԻՆՈՄԻԿՈԶ

Մ.Ե.Միրաքյան

Հոդվածում ներկայացված են դիմաձնոտային ակտինոմիկոզով տառապող հիվանդների (80) կլինիկական առանձնահատկությունները: Ակտինոմիկոզը ախտորոշվել է դիմաձնոտային շրջանի բորբոքային քարախային-ներսինաքային պրոցեսներով հիվանդների մանրակրկիտ կլինիկական, սնկաբանական, իմունաբանական համալիր հետազոտությունների օգնությամբ:

Բուժական լավ արդյունք է ստացվել 2-5 կուրս ակտինոլիզատով իմունաբերալիայի և հակաբիոտիկների, կամ սուլֆանիլամիդային դեղամիջոցների զուգորդումից: Որոշ դեպքերում անհրաժեշտ է եղել նաև վիրաբուժական միջամտություն: Երկարատև հսկողության ընթացքում հիվանդության կրկնումներ չեն դիտվել:

MANDIBULOFACIAL ACTINOMYCOSIS

M.Ye.Mirakian

The article reflects the clinical peculiarities in patients (80) with mandibulofacial actinomycosis. The diagnosis of the latter was based on detailed clinical, mycological, immunological complex analyses performed in inflammatory purulent – infiltrative processes of the mandibulofacial region.

A good curative result was achieved upon administration of 2-5 courses of immunotherapy with actinolysat and antibiotics or sulfonamides.