**БЛАСТОМИКОЗ ГИЛКРИСТА (BLASTOMYCOSIS PROFUNDA GILCHRJST)**

Бластомикоз Гилкриста, или северо-американский бластомикоз *(Gilchristdisease, Chicago disease— Blastomykose* — нем.; *blastomycose—* франц.; *blastomicosis —* исп.) — хроническое заболевание, относящееся к глубоким микозам, характеризуется образованием гранулем и гнойных процессов в легких, коже, подкожной клетчатке, а при диссеминации — во многих внутренних органах.

Этиология. Возбудитель — *Blastomyces dermatitidis* относится к числу двухфазных грибов. В тканях он имеет вид круглых дрожжевидных клеток диаметром 8—15 мкм, на питательной среде Сабуро образуются колонии белой, позднее коричневатой окраски, состоящие в основном из нитей мицелия.

В тканях наблюдается только дрожжевая фаза гриба. При культивировании на свежей среде при температуре 37 °С мицелиальная фаза может переходить в дрожжевую, а при температуре ниже 30 °С она снова переходит в мицелиальную. В естественных условиях этот вид гриба обнаружен у собак и лошадей. Из лабораторных животных к бластомикозу чувствительны белые мыши.

Эпидемиология. Источники и пути передачи инфекции изучены недостаточно. Возбудитель обнаруживался в почве, в иле. Описаны эпидемические вспышки среди людей и животных (собак), связанные с пребыванием на берегах небольших рек в лесистой местности. Достоверных случаев передачи инфекции от человека к человеку или от животного к человеку не описано. Во время эпидемических вспышек заболевали преимущественно дети. Нет данных о повышенной заболеваемости лиц с иммунодефицитами. Заболевали обычно лица с нормальной иммунной системой. Болезнь чаще наблюдалась в США, регистрировались спорадические случаи в Канаде, Австралии, Индии, Франции, Италии, Венгрии, единичные случаи наблюдались и в России.

Патогенез. Воротами инфекции, вероятно, является респираторный тракт, о чем свидетельствуют преимущественные поражения органов дыхания. Поражения кожи, которые также нередко отмечаются у больных, являются вторичными в результате заноса инфекции из легких (локализации преимущественно на закрытых участках кожи). При генерализации инфекции возбудитель из легких попадает в различные органы (кости, печень, селезенка, центральная нервная система). В результате инфекции развивается аллергическая перестройка. Перенесенный бластомикоз оставляет длительный и стойкий иммунитет. У части инфицированных (около 50%) бластомикоз протекает бессимптомно.

Симптомы и течение. Инкубационный период колеблется от 1 нед до 4 мес. В клинической картине бластомикоза основными проявлениями считаются поражение легких и папилломатозно-язвенный бластомикоз кожи. Поражения кожи развиваются обычно на фоне легочных изменений, последние наблюдаются почти у всех больных, тогда как изменения кожи могут отсутствовать. Легочная форма бластомикоза может начаться исподволь как первично-хроническая, без выраженной острой фазы болезни. Появляется общая слабость, кашель, повышается температура тела, но лишь у некоторых (около 20%) она превышает 38 °С, снижается масса тела (у 40%), нередки боли в груди, одышка. Примесь крови в мокроте отмечается у 30% больных. Выслушиваются сухие и влажные хрипы. Шум трения плевры отмечается лишь у отдельных больных (10%). У некоторых больных может быть генерализованная лимфаденопатия, увеличение печени и селезенки. Характерные поражения кожи отмечаются у 30—80% больных.

Значительно реже (у 20—25% больных) легочная форма бластомикоза начинается остро, протекает с выраженной лихорадкой у всех больных, причем у 80—85% она поднимается выше 38 °С. Почти у всех больных сильный кашель, боли в груди, выслушиваются сухие и влажные хрипы. Нередко примесь крови в мокроте. Для этой формы нехарактерны увеличение печении селезенки, поражения кожи, не выслушивается шум трения плевры. Процесс ограничивается в этой стадии легкими.

Рентгенологически отмечаются выраженные изменения лимфатических узлов средостения, очаговые инфильтраты, в некоторых из них развиваются каверны с неправильными контурами. При диссеминации процесс захватывает многие органы, эти формы часто заканчиваются гибелью больного.

Поражение кожи начинается с появления подкожного узелка, на месте которого образуется папула, затем везикула, пустула, превращающаяся в язву. На язвенной поверхности образуются папилломатозные разрастания с мелкими пустулами и корочками. Размеры поражения кожи постепенно увеличиваются, достигая 2—3 см в диаметре. Локализоваться могут на любом участке кожи (чаще на руках, ногах, лице, ягодицах). На месте поражения при заживлении образуется тонкий мягкий рубец.

Осложнения; артриты, остеомиелиты, поражение головного мозга(менингиты, абсцессы мозга).

Диагноз и дифференциальный диагноз. Дифференцировать нужно от других длительно протекающих заболеваний легких (туберкулез, легочные формы аспергиллеза, нокардиоза, гистоплазмоза, абсцессы легких, новообразования). Большое диагностическое значение имеет характерное поражение кожи. Для подтверждения диагноза используют лабораторные методы, позволяющие обнаружить возбудителя или антитела к нему. Возбудитель можно выделить из гноя кожных поражений, кусочков биопсированной ткани, мокроты. Для получения культуры делают посевы на кровяной агар и среду Сабуро. Для выявления антител используются различные реакции (РСК, РЭМА, реакция бласттрансформации со специфическим антигеном и др.).

Лечение. Острые формы легочного бластомикоза могут закончиться выздоровлением и без применения противомикозных препаратов. Хронические легочные формы, и особенно диссеминированные, требуют длительного лечения. В этих случаях назначается амфотерицин В, как и при аспергиллезе. В последние годы рекомендуется использовать зарубежный препарат — кетоконазол *(Ketoconazole)*, который назначается длительными курсами. При использовании относительно небольшой дозы (400 мг в сутки) редко наблюдались побочные реакции, получены хорошие результаты, но у части больных (около 10%)наблюдались рецидивы болезни. При дозе 800 мг/сутки часто отмечаются побочные реакции, но наступало полное выздоровление. При поражении мозга препарат малоэффективен.

Прогноз. При диссеминированных формах без лечения погибают почти все больные. При других формах прогноз благоприятнее.

Профилактика и мероприятия в очаге. Не разработаны.