

Клинический случай актиномикоза брюшной стенки и органов малого таза

В.С. Тарасенко¹, М.А. Кислов², С.К. Свойкин², А.В. Чернов², Е.Н. Радченко²,
Е.А. Шеина², А.Г. Брылев², Х.Ф. Хатамов², Ж.Ж. Шуланова¹

¹Кафедра госпитальной хирургии, урологии ГБОУ ВПО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России; Россия, 460000, Оренбург, ул. Советская, 6;

²ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Оренбурга; Россия, 460040, Оренбург, проспект Гагарина, 23

Контакты: Валерий Семенович Тарасенко k_gpsury@orgma.ru

В статье представлен клинический случай висцерального актиномикоза у пациентки в возрасте 19 лет. Сложность дооперационной и интраоперационной диагностики заключалась в сходстве данной формы актиномикоза с неопластическим процессом и абсцессом брюшной полости и малого таза. Заболевание протекало с поражением брюшной стенки, мочевого пузыря, правой маточной трубы и параметрия. Диагноз установлен на основании данных гистологических исследований препаратов, полученных во время первой операции. На 18-е сутки от момента первого вмешательства возникла необходимость выполнения релапаротомии. В послеоперационном периоде пациентка получала комплексное лечение, длительную антибактериальную терапию, иммуномодуляторы (актинолизат). Проведенное лечение дало положительный эффект.

Ключевые слова: актиномикоз, висцеральный актиномикоз, актиномикотические друзы, ксантомные клетки, инфильтрат брюшной стенки, мочевого пузыря, маточная труба, параметрий, злокачественное новообразование, цистостома, актинолизат

DOI: 10.17 650/2408-9613-2015-2-4-47-51

A clinical case of actinomycosis of the abdominal wall and small pelvic organs

V.S. Tarasenko¹, M.A. Kislov², S.K. Svoykin², A.V. Chernov², E.N. Radchenko²,
E.A. Sheina², A.G. Brylev², Kh.F. Khatamov², Zh.Zh. Shulanova¹

¹Department of Hospital Surgery, Urology, Orenburg State Medical University, Ministry of Health of Russia;
6 Sovetskaya St., Orenburg, 460000, Russia;

²Orenburg City Clinical Hospital No 1; 23 Gagarina Prospect, Orenburg, 460040, Russia

The paper describes a clinical case of visceral actinomycosis in a 19-year-old female patient. The complexity of preoperative and intraoperative diagnosis is the similarity of this form of actinomycosis and the neoplastic process and abscess of the abdominal cavity and small pelvis. The disease ran involving the abdominal wall, bladder, right fallopian tube, and parametrium. The diagnosis was based on the histological findings of specimens obtained during the first surgery. On day 18 after the first surgery, there was a need for relaparotomy. Postoperatively, the patient received combination therapy, long-term antibiotic therapy, and immunomodulators (actinolytate). The performed treatment provided a positive effect.

Key words: actinomycosis, visceral actinomycosis, actinomyces druses, xanthoma cells, abdominal wall infiltration, bladder, fallopian tube, parametrium, malignant neoplasms, cystostome, actinolytate

Актиномикоз является бактериальной инфекцией, которая протекает в виде хронического гранулематозного воспаления с поражением различных органов и систем. Возбудители актиномикоза — условно-патогенные микроаэрофильные бактерии из семейства *Actinomycetaceae* [1].

Актиномицеты входят в состав нормальной микрофлоры ротовой полости, желудочно-кишечного тракта (преимущественно слепая кишка, аппендикс), гениталий и окружающей среды. Наиболее патогенный возбудитель актиномикоза *Actinomyces israelii* входит в состав нормофлоры полости рта [2].

Выделяют 4 основные клинические формы заболевания: челюстно-лицевую, торакальную, абдоми-

нальную и актиномикоз центральной нервной системы [3, 4]. В нашей статье описана редкая форма — висцеральный актиномикоз.

Пациентка Т., 19 лет, поступила в экстренном порядке в ГКБ № 1 г. Оренбурга 14.11.2015 с жалобами на наличие болезненного инфильтрата в правой подвздошной области, повышение температуры тела, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что за 2 нед до госпитализации стали беспокоить периодическая тянущая боль и дискомфорт в правой подвздошной области. Через 3–4 сут в данной области появилось умеренно болезненное уплотнение. Самостоятельно не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. Инфильтрат

увеличивался в размере, усиливалась боль в нем, к концу 2-й недели заболевания стала повышаться температура тела до 38,0–38,5 °С, нарастала общая слабость, ввиду чего 13.11.2015 вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Пациентка была доставлена в Муниципальный перинатальный центр г. Оренбурга и госпитализирована в гинекологическое отделение для обследования и лечения с учетом анамнеза заболевания и недавних родов (в августе 2015 г., первые, естественные, в срок, без интранатальных и постнатальных осложнений).

При обследовании в общем анализе крови гемоглобин 79 г/л, лейкоциты $27,7 \times 10^9$ /л с резким сдвигом лейкоформулы влево (палочкоядерные – 24 %, сегментоядерные – 60 %), показатели биохимического анализа крови в пределах нормы. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, брюшной полости. В брюшной полости обнаружено образование, занимающее справа гипогастрий и мезогастрий. Задняя стенка мочевого пузыря и его дно утолщены до 8–9 мм. Стенка гипоэхогенная, слоистая, структура нарушена. Внутренний контур четкий. Наполнение мочевого пузыря слабое. Из верхней части мочевого пузыря исходит образование размером примерно 110 × 40 мм с неровным контуром, неоднородной солидной структуры, обильно васкуляризованное, имеющее сосудистую связь с мочевым пузырем, касающееся матки, четко дифференцирующееся от нее, окруженное салынником. На уровне средней и верхней частей образования резко утолщена мышца передней брюшной стенки, снижена эхогенность, локально нарушена граница с вышеописанным образованием, имеется сосудистая связь с ним. Выше, в подкожной жировой клетчатке, обнаружено образование размером примерно 130 × 45 мм с неровным, местами нечетким контуром, выражено неоднородной солидной структуры, с расширенными сосудами. Образования формируют единый конгломерат.

С учетом данных лабораторно-инструментального исследования 14.11.2015 пациентка была консультирована хирургом и переведена в отделение гнойной хирургии ГКБ № 1 с предварительным диагнозом: «Новообразование забрюшинного пространства. Абсцедирование?». 14.11.2015 после разбора клинического случая консилиум выставил показания к экстренной операции. Операционная бригада состояла из хирургов и уролога. Доступ был осуществлен прямо над инфильтратом в правой подвздошной области, при этом вскрылся абсцесс, выделилось около 40 мл гноя с колибациллярным запахом. При ревизии была обнаружена опухоль передней брюшной стенки, занимающая правый мезогастрий и распространяющаяся в сторону мочевого пузыря к лону (25 × 15 × 10 см). Ткань опухоли представляла собой детрит черного цвета, фрагментировалась; часть детрита взята на гистологическое исследование (рис. 1).

Выполнена срединная лапаротомия. Вытока в брюшной полости не было. При ревизии явных изменений черве-

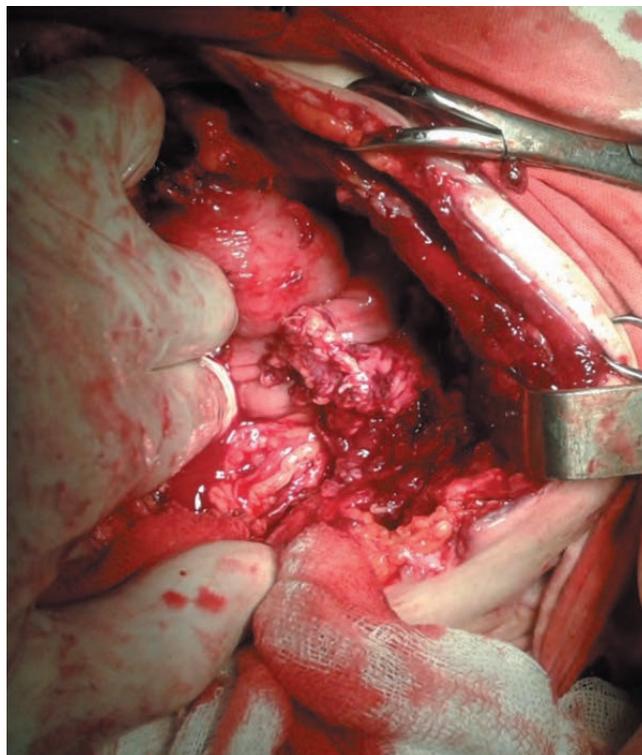


Рис. 1. Интраоперационная картина пораженных актиномикозом тканей брюшной стенки (пояснение в тексте)

образного отростка, правого придатка и других органов брюшной полости и забрюшинного пространства не обнаружено. При пальпации мочевого пузыря отмечены инфильтрация его правой стенки, подтекание мочи из перфорации до 0,5 см в диаметре. Выполнено ушивание перфорации П-образными кетгутowymi швами, в полость мочевого пузыря подведена резиновая трубка. Рана мочевого пузыря ушита кетгутом до трубки. Брюшная полость и малый таз дренированы. Рана ушита до дренажей-тампонов.

Случай был расценен как злокачественная опухоль передней брюшной стенки T4NxMx с прорастанием мочевого пузыря и абсцедированием.

В послеоперационном периоде лечение продолжено в палате интенсивной терапии. Проводили инфузионную, антибактериальную терапию (цефтриаксон), переливание эритроцитарной взвеси, симптоматическое лечение, перевязки. 16.11.2015 пациентка переведена в палату отделения гнойной хирургии. 18.11.2015 получен результат гистологического исследования, наличие онкологического процесса не подтверждено, в исследуемом материале обнаружены друзы актиномикоза (рис. 2).

21.11.2015 получен результат бактериологического посева гноя, выделен *Staphylococcus epidermidis*.

К 3-м суткам после операции нормализовалась температура тела, цистостома функционировала хорошо, раны заживали первичным натяжением, однако отмечали инфильтрацию мягких тканей в проекции раны пра-

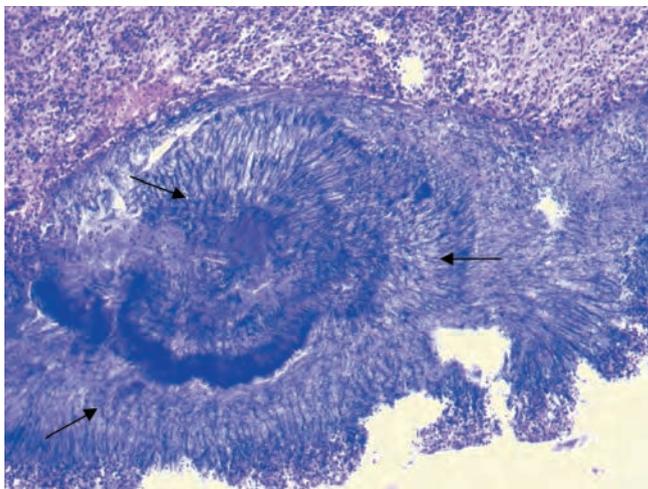


Рис. 2. Друзы актиномикоза (указаны стрелками) в ткани передней брюшной стенки, полученной во время первой операции. Фиксация: спирт-формол. Окраска: гематоксилин и эозин. Ув.: об. 10, ок. 10

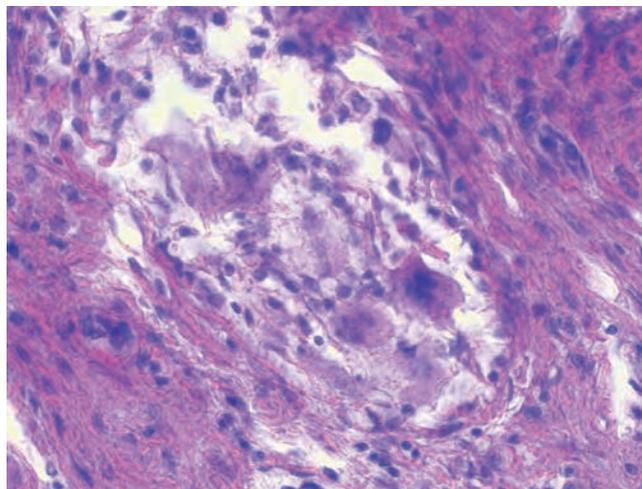


Рис. 3. Ткань передней брюшной стенки, полученная во время второй операции. Фиксация: спирт-формол. Окраска: гематоксилин и эозин. Ув.: об. 40, ок. 10. Участки некроза, лизиса, воспаления с клеточным составом, характерным для актиномикоза

вой подвздошной области. 30.11.2015 выполнено контрольное УЗИ передней брюшной стенки и мочевого пузыря: в околопупочной области справа несколько ниже пупка определяется гипоэхогенный участок размером около 11 × 22 мм с неровным, но довольно четким контуром, с неоднородной структурой — инфильтрат передней брюшной стенки. В подвздошной области справа определяется участок размером 100 × 118 мм с неровным нечетким контуром, с выражено неоднородной структурой без жидкостного компонента с переходом на паховую область — инфильтрат.

С учетом результатов гистологического исследования, УЗИ и объективных данных выставлены показания к операции. 02.12.2015 выполнена операция: релапаротомия, иссечение части мышечно-апоневротических тканей брюшной стенки (апоневроза наружной косой мышцы живота, внутренней косой мышцы, поперечной мышцы, прямой мышцы), резекция мочевого пузыря, тубэктомия справа, паравазальная лимфодиссекция справа, дренирование брюшной полости. При ревизии органов брюшной полости обнаружено прорастание мицелия грибка в правую маточную трубу, в параметрий в области правого угла матки, в мочевой пузырь по задневерхней области, где имела перфорация стенки до 1,0–1,2 см в диаметре. Правая прямая мышца живота была поражена процессом практически до срединной линии живота от уровня пупка до лона. Внутренняя косая и поперечная мышцы наружного края раны также были захвачены процессом, который распространялся на задне-боковую стенку и вовлекал в инфильтрат подвздошные сосуды. Левые придатки матки без особенностей, правый яичник размером до 3,5 × 2,5 × 2,5 см, в процесс не вовлечен. Было принято решение попытаться максимально иссечь ткани, пораженные грибковым процессом. Мышечно-апоневротический участок медиального края раны, пред-

ставленный частично апоневрозом наружной косой мышцы живота и правой прямой мышцей живота, иссечен визуально в пределах здоровых тканей. Правая маточная труба удалена. Проведена резекция участка мочевого пузыря в пределах здоровых тканей, дефект стенки ушит 2 рядами кетгутовых швов. Иссечены мышцы наружного края раны — часть внутренней косой мышцы и часть поперечной мышцы, кроме участка размером 6 × 5 см, распространяющегося и плотно прилегающего к подвздошным сосудам. Ввиду высокого риска травматизации артериальных и венозных сосудов в данной области было решено ограничиться максимальным удалением паравазальной клетчатки. После санации брюшной полости рана ушита до дренажей и тампона. На гистологическое исследование направлены иссеченные участки мышц брюшной стенки, участок стенки мочевого пузыря, правая маточная труба.

В материале резецированного участка мышц передней брюшной стенки получена фиброзно-мышечная ткань с полосами воспалительной инфильтрации. Важно отметить, что данная морфологическая картина характерна не только для актиномикоза, но и для воспалительного процесса любой этиологии. Однако, учитывая данные предшествующих гистологических исследований, мы связываем диагностированные морфологами изменения с проявлениями актиномикоза (рис. 3). В резецированном участке мочевого пузыря наблюдали картину подострого воспаления, в воспалительном инфильтрате — обилие ксантомных клеток, свойственных актиномикозу (рис. 4). В препарате правой маточной трубы снаружи от ее просвета — воспалительный инфильтрат с большим количеством ксантомных клеток и макрофагов, его клеточный состав патогномоничен для актиномикотического воспаления (рис. 5).

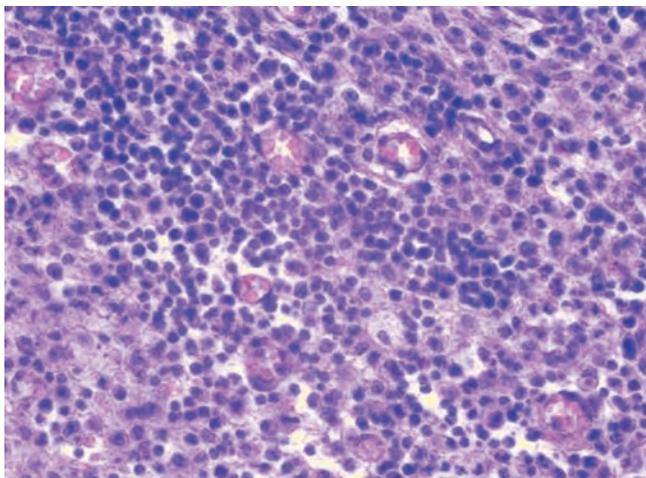


Рис. 4. Ткань мочевого пузыря, полученная во время второй операции. Фиксация: спирт-формол. Окраска: гематоксилин и эозин. Ув.: об. 40, ок. 10. Преимущественно лимфоцитарная инфильтрация ткани с ксантомными клетками

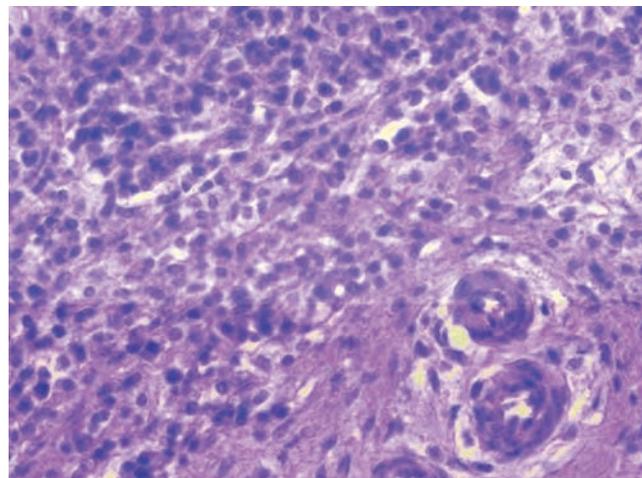


Рис. 5. Ткань правого яичника, полученная во время второй операции. Фиксация: спирт-формол. Окраска: гематоксилин и эозин. Ув.: об. 40, ок. 10. Нейтрофильная и лимфоцитарная инфильтрация ткани с ксантомными клетками. Формирование соединительнотканых структур на границе со здоровыми тканями

Таблица 1. Дооперационные и послеоперационные показатели клинического анализа крови

Показатель	Дата									
	14.11	15.11	16.11	30.11	02.12	03.12	08.12	16.12	21.12	
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	2,63	3,48	3,43	3,92	3,27	3,24	3,29	3,72	3,98	
Гемоглобин, г/л	65	89	87	101	83	85	84	98	102	
Гематокрит, %	19,4	26,0	26,0	31,4	25,0	24,0	27,3	31,6	33,9	
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	456	479	484	418	431	442	426	378	326	
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	29,1	24,6	19,9	10,1	32,9	17,9	8,1	5,9	4,5	
Нейтрофилы, %	84	89	90	56	60	55	70	52	48	
Лимфоциты, %	10	7	7	37	35	37	22	36	41	
Моноциты, %	5	3	3	5	5	8	8	10	9	
Эозинофилы, %	0	1	0	2	0	0	0	2	2	
Базофилы, %	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
Скорость оседания эритроцитов, мм/ч	53	57	67	55	60	55	74	41	36	

К лечению добавлены флуконазол (200 мг/сут внутривенно (в/в) капельно), хемомицин (500 мг 2 раза в сутки в/в капельно), метрогил (100 мг 3 раза в сутки в/в капельно). После окончания курса антибактериальной терапии начато лечение актинолизатом, которое пациентка продолжила после выписки в амбулаторных условиях (было назначено 4 курса по схеме: 1-й курс – № 25, 2-й – № 15, 3-й – № 10, 4-й – № 5, интервал между курсами 1 мес) [5].

На фоне проводимого лечения клинически и по данным лабораторных исследований отмечали положительную динамику (табл. 1–3). В ходе лечебного процесса пациентку ежедневно наблюдал уролог. Цистостома удалена 23.12.2015 (на 39-е сутки после операции),

Таблица 2. Дооперационные и послеоперационные показатели биохимического анализа крови

Показатель	Дата				
	14.11	16.11	03.12	08.12	16.12
Билирубин, мкмоль/л	14,7	15,9	17,7	3,6	3,1
Белок, г/л	64,9	60,2	69,5	85	76
Креатинин, мкмоль/л	75	62	73	72	63
Мочевина, мкмоль/л	2,8	3,2	4,5	3,4	4,9
Глюкоза, ммоль/л	5,7	3,64	5,2	4,7	5,0

Таблица 3. Послеоперационные показатели клинического анализа мочи

Показатель	Дата			
	15.11	16.11	03.12	21.12
Плотность	1020	1006	1010	1021
pH	Кислый	Кислый	Кислый	Кислый
Лейкоциты (в поле зрения)	8–10	20–25	6–8	Большое количество
Белок, г/л	0,66	0,33	0,066	0,066
Глюкоза, ммоль/л	2,8	–	–	–
Кетоновые тела	–	–	–	–
Уробилиноген	–	–	–	–
Эритроциты (в поле зрения)	1–2	20–30	Большое количество	2–3

функция мочеиспускания восстановилась полностью, каких-либо жалоб на дизурию не было. Раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 23–25-е сутки после второй операции. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 44-е сутки после первой операции.

На данном клиническом примере показана сложность диагностики и лечения висцерального актино-

микоза. Клиника его неспецифична и зачастую приводит врача к постановке неверного диагноза онкологического процесса или неспецифического гнойного процесса в брюшной полости. Диагноз актиномикоза устанавливают только на основании результатов гистологического исследования материала, полученного из очага воспаления, а лечение должно носить комплексный характер.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Козлова О.П., Мирзабалаева А.К., Клишко Н.Н. Актиномикоз органов брюшной полости и малого таза. Проблемы медицинской микологии 2014;16(3):44–9. [Kozlova O.P., Mirzabalaeva A.K., Klimko N.N. Actinomycosis of abdominal and pelvic organs. *Problemy meditsinskoj mikologii = Medical Micology Problems* 2014;16(3):44–9. (In Russ.)].
2. Мирзабалаева А.К. Актиномикоз гениталий у женщин: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Журнал акушерства и женских болезней 2006;LV(2):86–94. [Mirzabalaeva A.K. Genital actinomycosis at women: etiology, pathogenesis, clinics, diagnostics, treatment. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney = Journal of Obstetrics and Women Diseases* 2006;LV(2):86–94. (In Russ.)].
3. Мирзабалаева А.К., Долго-Сабурова Ю.В., Клишко Н.Н. Распространенная форма абдоминального актиномикоза (случай клинического наблюдения). Проблемы медицинской микологии 2003;5(4):8–12. [Mirzabalaeva A.K., Dolgo-Saburova Yu.V., Klimko N.N. Spread form of the abdominal actinomycosis (clinical monitoring case). *Problemy meditsinskoj mikologii = Medical Micology Problems* 2003;5(4):8–12. (In Russ.)].
4. Louerat C., Depagne C., Nesme P. et al. Disseminated actinomycosis. *Rev Mal Respir* 2005;22(3):473–6.
5. Сидорова М.В., Белоглазов В.Г., Атькова Е.М. Применение препарата «Актинолизат» в комплексном лечении актиномикотических заболеваний слезоотводящих путей. Иммунопатология, аллергология, инфектология 2010;(4):28–32. [Sidorova M.V., Beloglazov V.G., Atkova E.M. Application of the Actinolysate substance in the comprehensive treatment of actinomycotic diseases of lacrimal passages. *Immunopatologiya, allergologiya, infektologiya = Immunopathology, Allergology, Infectology* 2010;(4):28–32. (In Russ.)].