

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ АБДОМИНАЛЬНОГО АКТИНОМИКОЗА

В. Е. Граудина¹, Н. П. Дрожжина², И. В. Куцерь²

¹ Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

² Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

Цель – представить сложный с позиций дифференциального диагноза клинический случай абдоминально-го актиномикоза как редкого заболевания с поздней диагностикой. **Материал и методы.** Проведен анализ ведения случая абдоминального актиномикоза, прошедшего по гастроэнтерологическому отделению Сургутской окружной клинической больницы. **Результаты.** Описан клинический случай, представляющий интерес из-за сложности диагностики образований толстой кишки как пример междисциплинарной проблемы.

Ключевые слова: актиномикоз, абсцесс кишечника, инфильтрат брюшной полости, дифференциальная диагностика образования толстой кишки.

Шифр специальности: 14.01.04 – Внутренние болезни.

Автор для переписки: Граудина Виктория Евгеньевна, e-mail: kudryashova-viktoriy@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Все микробы, обитающие в организме человека, одновременно пребывают в двух состояниях: сапрофиты и патогенные микробы. Одними из таких «двойных» агентов нормобиоты человека являются актиномицеты. Их переходу из сапрофитического в паразитическое состояние способствуют снижение иммунорезистентных сил организма, наличие тяжелых инфекционных или соматических заболеваний, воспалительные заболевания слизистых оболочек полости рта, респираторного и желудочно-кишечного тракта, оперативные вмешательства, переохлаждение, травмы и др. Длительность инкубационного периода может колебаться от 2–3 недель до нескольких лет (от времени инфицирования до развития манифестных форм актиномикоза) [1].

Актиномикоз – зооантропонозная бактериальная инфекция, протекающая в виде хронического гранулематозного воспаления с поражением различных орга-

нов и систем, для которого, в свою очередь, характерно наличие абсцессов, гнойных полостей, множественных свищевых ходов с последующим фиброзированием тканей [2]. Выделены четыре основные клинические формы заболевания: челюстно-лицевая, торакальная, абдоминальная (включает поражение внутренних половых органов у женщин), поражение центральной нервной системы (абсцессы головного мозга). Возможно развитие диссеминированной инфекции [3].

Хроническому течению инфекции способствуют морфологические свойства различных видов актиномицетов: способность к аутолизу, аэробные и анаэробные условия существования, протеолитическая и липолитическая активность [3–4].

Спорадический актиномикоз встречается по всему миру, но частота его изменяется от региона к региону, от страны к стране, от континента к континенту,

COMPLEX CASE OF ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS DIAGNOSTICS

V. E. Graudina¹, N. P. Drozhzhina², I. V. Kutsyr²

¹ Surgut State University, Surgut, Russia

² Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia

The aim of the study is to present a complex clinical case of abdominal actinomycosis as a rare disease with late diagnostics in terms of differential diagnosis. **Material and methods.** The analysis of case management of abdominal actinomycosis that has passed on the Gastroenterological Department of the Surgut Regional Clinical Hospital is carried out. **Results.** The presented case is of clinical interest due to the difficulty of colon formation diagnostics as an interdisciplinary problem.

Keywords: actinomycosis, abdominal abscess, infiltration of the abdominal cavity, differential diagnostics of the colon formation.

Code: 14.01.04 – Internal Diseases.

Corresponding Author: Viktoriya E. Graudina, e-mail: kudryashova-viktoriy@mail.ru

возможно, отражая различия в количестве и типах используемых антибиотиков и стандарты личной гигиены [5]. Заболевание изучается уже более ста лет, однако до настоящего времени оно создает трудности в вопросах дифференциального диагноза.

Цель – представить сложный с позиций дифференциального диагноза клинический случай абдоминального актиномикоза как редкого заболевания с поздней диагностикой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ ведения случая абдоминального актиномикоза, прошедшего по гастроэнтерологическому отделению многопрофильной больницы 3-го уровня. На всех этапах оказания медицинской помощи от пациентки были получены письменные согласия на проведение обследований, оперативное и медикаментозное лечение, в том числе согласие на публикацию, одобренную этическим комитетом Сургутского государственного университета.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больная Т., 39 лет, служащая, поступила в гастроэнтерологическое отделение многопрофильной больницы 3-го уровня в плановом порядке для уточнения диагноза.

Из анамнеза заболевания: больна была уже более трех месяцев, когда стала ощущать боли по ходу толстого кишечника, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, похудание за три месяца на 10 кг. Самочувствие постепенно ухудшалось. Спустя три месяца, при появлении тошноты и задержки стула в течение двух суток, пациентка самостоятельно обратилась в приемное отделение хирургического стационара, куда была экстренно госпитализирована. Ранее заболеваниями желудочно-кишечного тракта не болела. В анамнезе жизни установлено, что в молодости перенесла аппендэктомию, в остальном – без особенностей.

При осмотре при поступлении в хирургический стационар общее состояние оценили как средней степени тяжести. Данные общего осмотра, клинических показателей дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем соответствовали норме. При обследовании пищеварительной системы было обнаружено, что язык суховат, обложен белым налетом; живот не вздут и участвует в акте дыхания, пальпаторно – умеренно напряжен, болезненный в правой мезогастральной и подреберной областях. В правом подреберье пальпировалось плотное, овальной формы, без четких границ, умеренно болезненное образование размером до 4 × 5 см. Симптомы раздражения брюшины были отрицательные. Аускультативно выслушивалась вялая перистальтика кишечника. При ректальном исследовании какой-либо патологии не обнаружили.

Срочно выполненное при поступлении лабораторное исследование каких-либо отклонений от нормы не показало.

Методом толстокишечной видеоколоноскопии была обнаружена Blastoma поперечной части ободочной кишки и выставлен диагноз злокачественного новообразования поперечной ободочной кишки, что явилось показанием для оперативного лечения. Интраоперационно при ревизии брюшной

полости в проекции поперечной кишки был обнаружен опухолевый конгломерат с вовлечением сальника, прорастающий в переднюю брюшную стенку справа; опухоль стенозировала просвет средней трети поперечной кишки с формированием абсцесса, прикрытого большим сальником; выявлены множественные увеличенные лимфоузлы брыжейки. Отдаленных метастазов не обнаружено. Другой патологии, требующей хирургической коррекции, выявлено не было.

Макропрепараты поперечной кишки с опухолью, сальником, брыжейкой, клетчатку с лимфоузлами направили на гистологическое исследование.

После операции был сформулирован диагноз: Злокачественное новообразование средней трети поперечной ободочной кишки, T4, N1, M0, 3-я стадия. Прорастание в переднюю брюшную стенку. Параканкротный абсцесс. Субкомпенсированный стеноз.

Методом микрогистологического исследования было установлено, что слизистая оболочка толстой кишки с железистыми криптами обычного вида имела показатели хронического колита; подслизистая основа и собственная пластинка – очаговую лимфоцитарную инфильтрацию без явных признаков лимфоэпителиального повреждения, в некоторых фрагментах с атрофией желез. Был рекомендован пересмотр гистологических препаратов в специализированных отделениях онкоморфологии для уточнения характера процесса, определения необходимости проведения иммуногистохимического (ИГХ) исследования.

С учетом результата микрогистологического исследования диагноз при выписке из хирургического стационара был следующим: Абсцесс кишечника. Хронический абсцесс толстой кишки. Воспалительный инфильтрат брюшной полости. Субкомпенсированный стеноз толстой кишки.

Уже после выписки пациентки получен результат иммуногистохимического (ИГХ) исследования: слизистая оболочка толстой кишки, имеющая макроскопически вид «булыжной мостовой», диффузно-очагово лимфоцитарно инфильтрирована с формированием множественных лимфоидных фолликулов, частью со светлыми центрами; фолликулы, локализирующиеся в собственной пластинке, вызывают атрофические изменения слизистой оболочки; железистые крипты без особенностей. Лимфоидный инфильтрат местами со значительной примесью гранулоцитов, пролиферацией фибробластов, участками рубцового фиброза отмечается во всех слоях стенки толстой кишки, фиброзно-жировой ткани брыжейки. В наружных слоях мышечной оболочки и прилежащих участках жировой клетчатки множественные, сливающиеся между собой очаги хронического гнойно-абсцедирующего воспаления, в центральной части некоторых очагов в гнойном экссудате отмечаются микроколонии лучистого гриба *Actinomyces*. С учетом результатов ИГХ-исследования – морфологическая картина хронического колита с актиномикотическими инфекционными гранулемами (актиномикоз толстой кишки).

По результатам гистологического исследования больная была госпитализирована в плановом порядке в гастроэнтерологическое отделение терапевтического стационара для дифференциального диагноза, в том числе для исключения болезни Крона. Воспалительное заболевание кишечника было исключено.

Был выставлен заключительный диагноз. Основной: Абдоминальный актиномикоз. Состояние после оперативного лечения по поводу удаления абсцесса кишечника, воспалительного инфильтрата брюшной полости. Сопутствующий: Хронический колит, умеренное обострение.

Далее больная прошла лечение в НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина (г. Санкт-Петербург). Диагноз подтвердился. Лечение в микологической клинике проведено бензилпенициллина натриевой солью (10 000 000 МЕ/сут. 13 дней). После выписки рекомендовано принимать Амоксициллин в суточной дозе 2 г в 4 приема внутрь 3 месяца. Рекомендации пациента выполнила.

Через год в условиях терапевтического стационара больной проведена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием с заключением: признаки оперированной толстой кишки; признаков патологии органов забрюшинного пространства на момент исследования не выявлено. Также проведена видеокOLONOSкопия: на осмотренном участке слизистая тонкой кишки розовая, блестящая, бархатистая; Баугиниева заслонка губовидной формы, ориентирована в просвет кишки, функция ее не нарушена. Слизистая оболочка на доступных осмотрах участков розовая, блестящая, с гладкой поверхностью, сосудистый рисунок местами усилен. Складки по форме соответствуют отделам, обычной высоты и ширины, с нормальным расстоянием между ними. Просвет равномерный, соответствует отделам толстой кишки. Петли подвижны и смещаемы. Тонус кишки

нормальный. В дистальной трети восходящей ободочной кишки визуализируется анастомоз. Свободно проходим, область анастомоза без патологических изменений. В прямой кишке определяется умеренная очаговая гиперемия слизистой оболочки. Анальный канал: на 3, 7, 11 часах внутренние геморроидальные узлы до 0,3 см в диаметре, мягкие, синюшного цвета. Заключение: оперированная толстая кишка. Признаки проктита. Внутренний геморрой.

Таким образом, в данном клиническом случае можно сделать вывод об излечении абдоминального актиномикоза.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актиномикоз отличается многообразием локализаций и клинических проявлений, следовательно, сложностью дифференциального диагноза и поздней диагностикой. В практике врачей различных специальностей актиномикоз встречается и составляет от 2,5 % до 10,0 % всех хронических гнойных поражений различной локализации [5].

Висцеральные формы заболевания при поздней диагностике сопровождаются в 70–80 % случаев присоединением бактериальной флоры, нарушением функции пораженных органов, развитием анемии, интоксикации и амилоидоза. Заболевание поражает людей трудоспособного возраста, длится годами и наносит значительный ущерб их здоровью, а также социальный и экономический ущерб [6].

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбатова И. В., Плахотная Г. А. «Нетипичный» актиномикоз – микробиологические аспекты и клинические проявления // Лечащий врач: электрон. науч. журн. 2008. № 5. URL: <https://amp.lvrach.ru/2008/05/5157391/> (дата обращения: 28.10.2019).
2. Бурова С. А. Совершенствование диагностики и лечения актиномикоза : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993. 42 с.
3. Аравийский Р. А., Клишко Н. Н., Васильева Н. В. Диагностика микозов. СПб. : Дом СПб МАПО, 2004. С. 162–165.
4. Шлегель Т. Общая микробиология. М., 1980. 594 с.
5. Журавель Р. В. Комбинированное лечение актиномикоза перианальной и крестцово-копчиковой областей : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2013. 18 с. URL: <https://www.dissercat.com/> (дата обращения: 28.10.2019).
6. Бурова С. А., Курбатова И. В. Диагностика и лечение актиномикоза // Международный журнал медицинской практики : электрон. науч. журн. URL: <https://www.mediasphera.ru/journals/mjimp/2000/6/r6-00-16.htm> (дата обращения: 28.10.2019).

REFERENCES

1. Kurbatova I. V., Plahotnaya G. A. "Netipichnyj" aktinomikoz – mikrobiologicheskie aspekty i klinicheskie proyavleniya // Lechashchij vrach : Electronic Journal. 2008. No. 5. URL: <https://amp.lvrach.ru/2008/05/5157391/> (accessed: 28.10.2019). (In Russian).
2. Burova S. A. Sovershenstvovanie diagnostiki i lecheniya aktinomikoza : Extended Abstract of Can. Sci. Dissertation (Medicine). Moscow, 1993. 42 p. (In Russian).
3. Aravijskij R. A., Klimko N. N., Vasileva N. V. Diagnostika mikozov. Saint Petersburg: Dom SPbMAPO, 2004. P. 162–165. (In Russian).
4. Shlegel T. Obshchaya mikrobiologiya. Moscow, 1980. 594 p. (In Russian).
5. Zhuravel R. V. Kombinirovannoe lechenie aktinomikoza perianal'noj i krestcovo-kopchikovo oblastej : Extended Abstract of Can. Sci. Dissertation (Medicine). Stavropol., 2013. 18 p. URL: <https://www.dissercat.com/> (accessed: 28.10.2019). (In Russian).
6. Burova S. A., Kurbatova I. V. Diagnostika i lechenie aktinomikoza // Mezhdunarodnyj zhurnal medicinskoj praktiki : Electronic Journal. URL: <https://www.mediasphera.ru/> (accessed: 28.10.2019). (In Russian).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Граудина Виктория Евгеньевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней, Медицинский институт, Сургутский государственный университет, Сургут, Россия.

E-mail: kudryashova-viktoriy@mail.ru

Дрожжина Наталья Петровна – заведующая гастроэнтерологическим отделением, врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия.

E-mail: drozhzhinagastro@yandex.ru

Куцирь Инна Васильевна – врач-гастроэнтеролог гастроэнтерологического отделения, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия.

E-mail: Inna.k.v985@mail.ru

ABOUT THE AUTHORS

Viktoriya E. Graudina – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor, Internal Diseases Department, Medical Institute, Surgut State University, Surgut, Russia.

E-mail: kudryashova-viktoriy@mail.ru

Natalya P. Drozhzhina – Gastroenterologist, Head, Gastroenterological Department, Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia.

E-mail: drozhzhinagastro@yandex.ru

Inna V. Kutsyr – Gastroenterologist, Gastroenterological Department, Surgut Regional Clinical Hospital, Surgut, Russia.

E-mail: Inna.k.v985@mail.ru