

АКТИНОМИКОЗ ПЕРИАНАЛЬНОЙ И КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТЕЙ В ХИРУРГИИ

Муравьев А.В.¹, Журavelь Р.В.*², Муравьев К.А.²,
Жерносенко А.О.³, Жерносенко С.О.³

DOI: 10.25881/20728255_2022_17_2_61

¹ ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», Ставрополь² ГБУЗ СК «ГКБ №3», Ставрополь³ ГБУЗ КК «Туапсинская районная больница №3», Туапсе

Резюме. Актиномикоз — хроническое специфическое инфекционное заболевание, вызываемое гетерогенной группой бактерий, принадлежащих к порядкам Actinomycetales и Bifidobacteriales, характеризующееся поражением различных органов и тканей с образованием плотных инфильтратов и свищей. В последние годы отмечен рост числа больных с данной патологией, а лечение вне специализированных учреждений ведет к почти 100% рецидиву заболевания. До сих пор так и не удалось прийти к единому мнению в подходах к лечению как актиномикоза в общем, так и актиномикоза периаанальной и крестцово-копчиковой областей в частности.

Цель: улучшить результаты лечения пациентов с актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей.

Материалы и методы. В исследование включено 74 больных актиномикозом крестцово-копчиковой и периаанальной областей. Средний возраст наблюдаемых больных составил 40–50 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 10:1. Отмечено преобладание пациентов из сельской местности — 63% больных. Все больные были разделены на три группы. Пациенты каждой группы получали различные методы лечения. I группа (n = 20) — проводилось исключительно хирургическое лечение. II групп (n = 19) — пациенты получали консервативное лечение препаратом актинолизат. III группа (n = 35) — комбинированное лечение, которое заключалось в иммунотерапии полиоксидонием и радикальное оперативное вмешательство. Оценивалась клиническая картина, проводилось бактериологические, гистологическое исследования, кожно-аллергическая проба с актинолизатом.

Результаты. В I группе выявлен рецидив заболевания у 3 (16,7%) больных, у 4 (22,2%) пациентов беспокоили боли или дискомфорт в зоне операции вследствие образования грубых рубцов, или была недостаточность анального сфинктера. Во II группе отмечалось некоторое улучшение в виде уменьшения инфильтратов и количества отделяемого из свищевых ходов, однако рубцевания и выздоровления не произошло, потребовалось хирургическое вмешательство. В III группе у 25 (89,3%) пациентов не было боли в зоне операции, не страдала функция анального сфинктера, лишь у 1 (3,6%) отмечался дискомфорт в зоне хирургического лечения. Двое больных (7,1%) спустя несколько месяцев обратились по поводу острого парапроктита, что было расценено как рецидив заболевания.

Заключение. Предлагаемый нами метод лечения позволяет добиться выздоровления в 92,9% случаев, получить хорошие функциональные результаты, сокращает общее пребывание больных в стационаре и снижает общие затраты на их лечение.

Ключевые слова: актиномикоз, периаанальная область, крестцово-копчиковая область, лечение, иммунотерапия.

Введение

Актиномикоз — хроническое специфическое инфекционное заболевание, вызываемое гетерогенной группой бактерий, принадлежащих к порядкам Actinomycetales и Bifidobacteriales, характеризующееся поражением различных органов и тканей с образованием плотных инфильтратов и свищей [1–4]. Врачи различных

THE ACTINOMYCOSIS OF THE PERIANAL AND SACROCOCYGEAL REGIONS IN SURGERYMuravyov A.V.¹, Zhuravel R.V.*², Muravyov K.A.², Zhenosenko A.O.³,
Zhenosenko S.O.³¹ The Stavropol State Medical University, Stavropol² The Stavropol clinical hospital №3, Stavropol³ The Tuapse district hospital №3, Tuapse

Abstract. The actinomycosis is a chronic specific infectious disease caused by a heterogeneous group of bacteria belonging to the orders Actinomycetales and Bifidobacteriales, characterized by damage to various organs and tissues with the formation of dense infiltrates and fistulas. In recent years, there has been an increase in the number of patients with this pathology, and treatment outside specialized institutions leads to almost 100% relapse of the disease. So far, it has not been possible to come to a consensus in approaches to the treatment of both actinomycosis in general and actinomycosis of the perianal and sacrococcygeal regions in particular.

Objective: to improve the results of treatment of patients with actinomycosis of the perianal and sacrococcygeal regions.

Materials and methods. The study included 74 patients with actinomycosis of the sacrococcygeal and perianal regions. The average age of the observed patients was 40–50 years. The ratio of men and women was approximately 10:1. There was a predominance of patients from rural areas — 63% of patients. All patients were divided into three groups. Patients of each group received different methods of treatment. Group I (n = 20) — exclusively surgical treatment was performed. Group II (n = 19) — patients received conservative treatment with actinolysate. Group III (n = 35) — combined treatment, which consisted of immunotherapy with polyoxidonium and radical surgical intervention. The clinical picture was evaluated, bacteriological, histological studies, a skin-allergic test with actinolysate were carried out.

Results. In group I, a relapse of the disease was detected in 3 (16.7%) patients, 4 (22.2%) patients were concerned about pain or discomfort in the area of surgery due to the formation of rough scars, or there was an insufficiency of the anal sphincter. In group II, there was some improvement in the form of a decrease in infiltrates and the amount of discharge from the fistula passages, but scarring and recovery did not occur, surgical intervention was required. In group III, 25 (89.3%) patients had no pain in the area of surgery, anal sphincter function did not suffer, only 1 (3.6%) had discomfort in the area of surgical treatment. Two patients (7.1%) reported acute paraproctitis a few months later, which was regarded as a relapse of the disease.

Conclusion. The proposed method of treatment allows us to achieve recovery in 92.9% of cases, get good functional results, reduces the total stay of patients in the hospital and reduces the total cost of their treatment.

Keywords: actinomycosis, perianal area, sacrococcygeal region, treatment, immunotherapy.

специальностей в практике повсеместно встречаются с актиномикозом.

Актиномикоз в настоящее время составляет около 6,0–7,5% среди больных с воспалительными заболеваниями ягодичной и параректальной областей [5–6]. Основная масса хронически протекающих поражений периаанальной и крестцово-копчиковой областей обычно

* e-mail: roman-zhuravel2013@yandex.ru

диагностируются как хронический парапроктит пиококковой этиологии, туберкулез, рецидивы пилонидальной кисты. Довольно часто это заболевание приводит к формированию стриктуры прямой кишки, множественных свищевых ходов, также возможно недержание кала и малигнизация [7–9].

Несмотря на то, что история изучения актиномикоза как заболевания насчитывает уже более ста лет, до сих пор так и не удалось прийти к единому мнению в подходах к лечению как актиномикоза в общем, так и актиномикоза перианальной и крестцово-копчиковой областей в частности. Имеющаяся литература не освещает всех сторон данной проблемы. Большинство работ по клинике, диагностике и лечению больных актиномикозом были написаны и опубликованы до 1960–1980-х годов, и являются малоинформативными в условиях современного здравоохранения [1; 4; 10].

В современной же как отечественной так и иностранной литературе имеются лишь единичные статьи с описанием отдельных клинических случаев актиномикоза с поражением внутренних органов. Описания же актиномикоза крестцово-копчиковой и перианальной областей как в отечественной так и в иностранной литературе почти не встречается.

В последние годы отмечен рост числа больных с данной патологией, а лечение вне специализированных учреждений ведет к почти 100% рецидиву заболевания [2; 3].

Все вышеизложенное указывает на то, что проблема диагностики и лечения больных актиномикозом вообще и в частности в проктологии еще не изучена до конца, и поэтому любые новые исследования в данном направлении являются актуальными и имеют большую практическую ценность.

Материал и методы

За период с 1996 по 2021 годы в краевом колопроктологическом отделении г. Ставрополя находились на лечении 74 больных актиномикозом крестцово-копчиковой и перианальной областей. Давность заболевания варьирует от 5 до 20 лет и выше. Наиболее часто актиномикоз встречается в трудоспособном возрасте — от 24 до 60 лет. Таких пациентов оказалось около 90%. Средний же возраст наблюдаемых больных составил 40–50 лет. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 10:1. Отмечено преобладание пациентов из сельской местности — 63% больных.

По распространенности заболевание бывает ограниченным (в пределах одной анатомической зоны) или распространенным (две и более зон). У большинства наблюдаемых больных процесс был ограниченным. Их доля составила 76% от общего количества больных. На 2 и более зон воспалительный процесс распространялся у 24% больных.

В подавляющем числе случаев актиномикотическое поражение крестцово-копчиковой и перианальной об-



Рис. 1. Актиномикоз крестцово-копчиковой и перианальной области.

ластей дает довольно яркую и характерную клиническую картину. Можно отметить триаду симптомов, наиболее типичных для актиномикоза данных областей — синюшное окрашивание кожи с коричневатым оттенком, деревянистая плотность инфильтратов и скудное отделяемое молочно-розового цвета из свищей (Рис. 1).

Несмотря на столь характерную и ярко выраженную клиническую картину подтвердить диагноз актиномикоза лабораторными методами достаточно трудно.

По нашим данным, бактериологически удалось подтвердить диагноз у 39% больных, кожно-аллергическая проба с актинолизатом оказалась положительной у 30%, а гистологически диагноз актиномикоза подтвержден только у 31% больных. Нужно отметить, что обнаружить мицелий или друзы актиномицет удается далеко не всегда даже при многократных исследованиях. Нужно иметь в виду способность друз подвергаться в тканях различным биологическим и дегенеративным процессам — они могут частично или полностью лизироваться, подвергаться гомогенизации или обызвествлению.

Иначе говоря, на данный момент не существует такого одного метода диагностики, с помощью которого возможно точно подтвердить или снять диагноз актиномикоза. Исходя из этого необходимо использовать различные методы диагностики в комплексе для верификации окончательного диагноза, но на дооперационном этапе ведущим остается клинический.

Всего радикально пролечено 74 больных. Все больные были разделены на три группы. Пациенты каждой группы получали различные методы лечения. В I группу вошло 20 больных, которым проводилось исключительно хирургическое лечение. Во II группу вошли 19 больных. В этой группе пациенты получали консервативное лечение препаратом актинолизат. Препарат вводился внутримышечно по 3 мл 2 раза в неделю. Количество курсов от 1 до 3 в зависимости от формы и тяжести заболевания. Курс 20–25 инъекций. Интервал между курсами 1 месяц. В III группу вошло 35 больных. Пациенты данной группы получали комбинированное лечение, которое заключа-

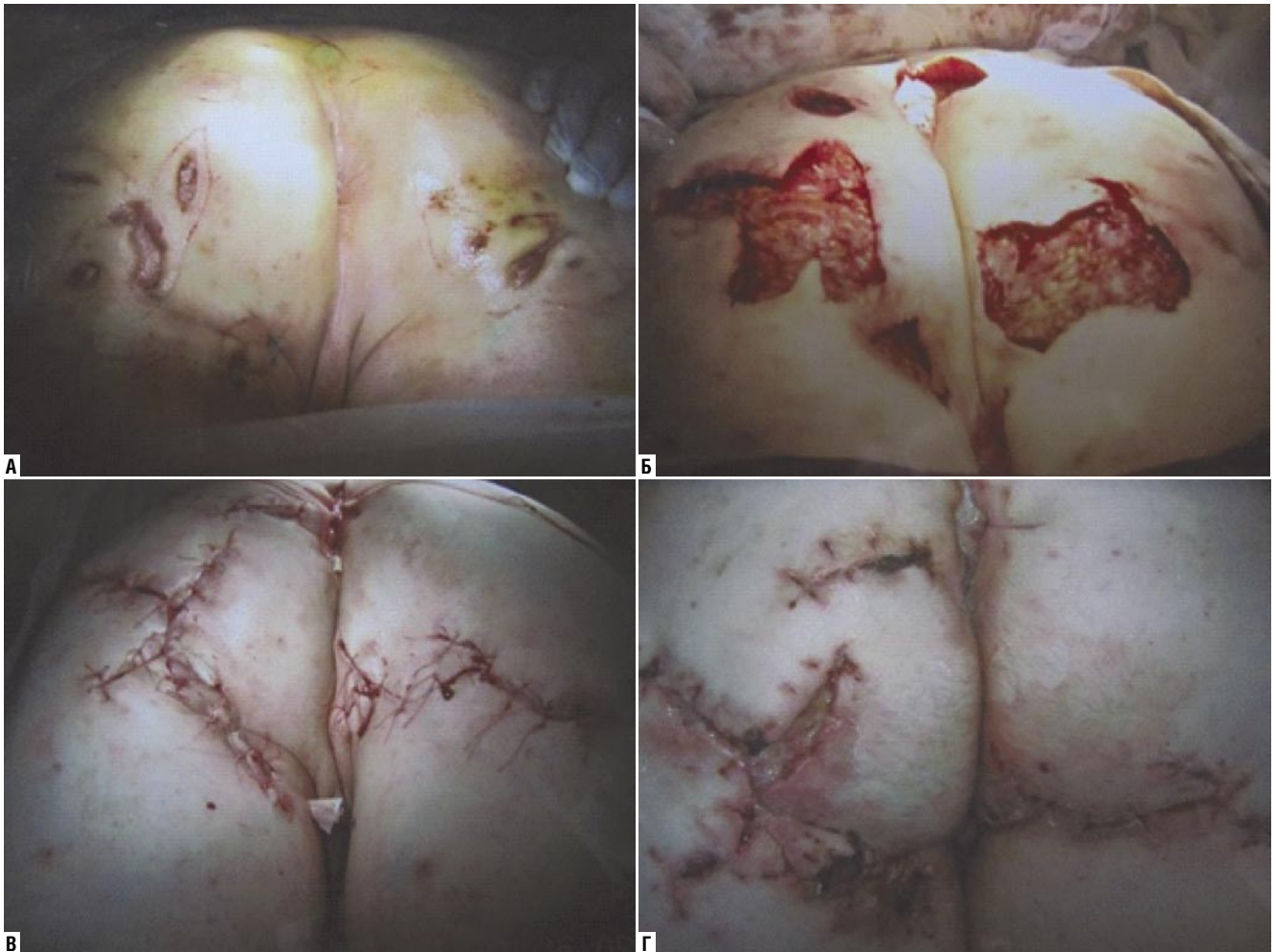


Рис. 2. А — актиномикоз крестцово-копчиковой области; Б — иссечение свищей и инфильтратов с удалением всех; В, Г — пластика перемещенными кожными лоскутами.

лось в иммунотерапии полиоксидонием и радикальное оперативное вмешательство. Комплекс лечебных мероприятий у пациентов этой группы можно представить в виде следующей схемы:

1. Предоперационная химиотерапия (антибактериальная, иммунотерапия);
2. Радикальная операция (с удалением всех пораженных тканей);
3. Послеоперационная химиотерапия (антибактериальная, иммунотерапия).

В предоперационном периоде выполнялись посевы отделяемого из свищевых ходов на идентификацию возбудителя и назначалась антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам. При наличии нагноившихся инфильтратов производилось их вскрытие и дренирование, перевязки с раствором йодиола или бетадина. Также проводилось промывание свищевых ходов растворами йодиола или бетадина. Промывания выполнялись в условиях перевязочной 2–3 раза в сутки в течение 7–10 дней. У пациентов с актиномикозом перианальной области, осложненном стриктурой прямой

кишки, обязательным пунктом предоперационной подготовки являлось бужирование стриктуры прямой кишки.

Для проведения иммунотерапии мы применяли неспецифический отечественный иммуномодулятор — полиоксидоний. Курс иммунотерапии составлял 5–7 инъекций и проводился с момента поступления больного в стационар. Препарат вводился в дозе 6мг в сутки два раза в неделю внутримышечно или внутривенно.

После проведенной предоперационной подготовки уменьшалось или полностью прекращалось гнойное отделяемое из свищевых ходов, инфильтраты становились более подвижными, что позволяло выполнить радикальное оперативное вмешательство.

Выбор способа операции зависел от локализации и распространенности патологического процесса, наличия или отсутствия связи свищевых ходов с прямой кишкой, наличия или отсутствия стриктуры прямой кишки, ее степени и протяженности.

При актиномикозе крестцово-копчиковой и перианальной областей с вовлечением в патологический

процесс прямой кишки, выполнялись следующие виды операций: иссечение свищевых ходов и инфильтратов со свободной кожной пластикой расщепленным кожным лоскутом, с пластикой кожи по Лимбергу, и с подшиванием краев раны к ее дну.

У пациентов с актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей, у которых была выявлена связь свищевых ходов с прямой кишкой или имелся ректовагинальный свищ, выполнялись следующие виды операций: иссечение инфильтратов и свищевых ходов с операцией Джад-Робле, иссечение инфильтратов с закрытием ректовагинального свища в модификации клиники и иссечение инфильтратов и свищевых ходов в сочетании с операцией Габриэля.

Пациентам с актиномикозом периаанальной области, осложненным стриктурой прямой кишки II–III степени, выполнялось высвобождение прямой кишки из рубцовых инфильтратов с пластикой кожи промежности.

В послеоперационном периоде больным продолжалась антибактериальная и иммунотерапия. Назначались антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры продолжительностью 5–7 дней. После обширных операций с применением кожной пластики это особенно важно. Иммуномодулятор полиоксидоний назначался в той же дозировке, что и до операции, всего 3–4 инъекции.

Результаты

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 7 (35%) пациентов I группы. Раннее послеоперационное кровотечение возникло у 2 (10%) больных и нагноение послеоперационной раны у 5 (25%) больных. Как правило, нагноение возникало вследствие образования гематом в подкожно-жировой клетчатке в области перемещенных лоскутов после пластики кожи по Лимбергу. При возникновении осложнений заживление ран происходит вторичным натяжением и приводит к образованию грубых обширных рубцов, что нередко является причиной возникновения болей или дискомфорта в зоне операции.

Отдаленные результаты удалось отследить у 65 больных. Хорошим считали результат при отсутствии рецидива заболевания, пациента не беспокоили боли или дискомфорт в зоне операции, не страдала функция анального сфинктера. Удовлетворительным считали результат, если пациента беспокоили боли или дискомфорт в зоне операции вследствие образования грубых рубцов, или была недостаточность анального сфинктера, но не было рецидива заболевания. Если же у пациента выявлялся рецидив заболевания, результат лечения признавали неудовлетворительным. Сроки наблюдения составили до 5 лет.

Среди 18 пациентов I группы неудовлетворительные результаты получены у 3 (16,7%) больных и у 4 (22,2%) пациентов были получены удовлетворительные результаты, причем у 3 из них возникли жалобы на дискомфорт вследствие формирования грубых рубцов при заживле-

нии ран вторичным натяжением в результате нагноения послеоперационных ран.

Из 19 пациентов II группы после терапии препаратом актинолизат отмечалось некоторое улучшение в виде уменьшения инфильтратов и количества отделяемого из свищевых ходов, однако рубцевания и выздоровления не произошло. В результате этого всем больным II группы в последующем потребовалось хирургическое вмешательство.

Из 28 пациентов III группы у 25 (89,3%) были получены хорошие результаты и у 1 (3,6%) удовлетворительный результат. Двое больных (7,1%) спустя несколько месяцев обратились по поводу острого парапроктита, что было расценено как рецидив заболевания и признано неудовлетворительным результатом.

Таким образом, разработанный метод комбинированного лечения позволил добиться выздоровления у 92,9% пациентов, сократить общее пребывание больных в стационаре и снизить расходы на их лечение.

Заключение

1. Применение препарата актинолизат при актиномикозе периаанальной и крестцово-копчиковой областей как самостоятельного метода лечения недостаточно эффективно, длительно, дорогостояще. Но его применение в качестве иммуномодулятора для предоперационной подготовки целесообразно.
2. Исключительно хирургический метод лечения больных актиномикозом данных областей недостаточно эффективен, приводит к большому количеству ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.
3. Сочетание иммунотерапии препаратом полиоксидоний с радикальным хирургическим вмешательством является наиболее эффективным методом лечения больных актиномикозом периаанальной и крестцово-копчиковой областей.
4. Предлагаемый нами метод лечения позволяет добиться выздоровления в 92,9% случаев, получить хорошие функциональные результаты, сокращает общее пребывание больных в стационаре и снижает общие затраты на их лечение.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Аснин Д.И. Распространение и клинические формы актиномикоза // Советская медицина. — 1953. — №3. — С.95–96. [Asnin DI. Rasprostranenie i klinicheskie formy aktinomikoz. Sovetskaya medicina. 1953; 3: 95–96. (In Russ).]
2. Беннетт Д.Е. Актиномикоз. Внутренние болезни / Под ред. Харрисона. — Москва, 1994. [Bennett DE. Aktinomikoz. Vnutrennie bolezni. Harrison, editor. Moskva; 1994. (In Russ).]
3. Мирзабалаева А.К., Котрехова Л.П., Аравийский Р.А. и др. Клинические варианты осложненного течения актиномикоза // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. — Москва, 2004. — С.250–252. [Mirzabalaeva AK, Kotrekhova LP, Aravijskij RA, et al. Klinicheskie varianty

- oslozhnennogo techeniya aktinomikoza. Uspekhi medicinskoj mikologii: sb. nauch. tr. Moskva; 2004: 250-252. (In Russ).]
4. Сутеев Г.О. Актиномикоз. — Москва, 1951. [Suteev GO. Aktinomikoz. Moskva; 1951. (In Russ).]
 5. Муравьев А.В., Журавель Р.В., Халин Д.А., и др. Актиномикоз крестцово-копчиковой и периаанальной областей // Колопроктология (научно-практический медицинский журнал). — 2008. — Т.23. — №1. — С.19-23. [Murav'ov AV, Zhuravel' RV, Halin DA, et al. Aktinomikoz krestcovo-kopchikovoј i perianal'noj oblasti. Koloproktologiya (nauchno-praktičeskij medicinskij zhurnal). 2008; 23(1): 19-23 (In Russ).]
 6. Acevedo F, Baudrand R, Letelier LM. Actinomycosis: a great pretender. Case reports of unusual presentations and a review of the literature. Int J. Infect Dis. 2007; 12: 43-48.
 7. Багдасарян Л.К. Параректальный актиномикоз // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. — Москва, 2004. — С.244-245. [Bagdasaryan LK. Pararektal'nyj aktinomikoz. Uspekhi medicinskoj mikologii: sb. nauch. tr. Moskva; 2004: 244-245. (In Russ).]
 8. Муравьев А.В., Журавель Р.В., Муравьева А.А. и др. Комплексное лечение актиномикоза крестцово-копчиковой и периаанальной областей // Медицинский вестник Северного Кавказа. — 2012. — Т.25. — №1. — С.35-38. [Murav'ov AV, Zhuravel' RV, Murav'eva AA, et al. Kompleksnoe lechenie aktinomikoza krestcovo-kopchikovoј i perianal'noj oblasti. Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2012; 25(1): 35-38. (In Russ).]
 9. Бурова С.А., Якобишвили Я.И., Сакунова Т.И. и др. Хирургическое лечение актиномикоза // Успехи медицинской микологии: сб. науч. тр. — Москва, 2004. — С.246-247. [Burova SA, Yakobishvili YaI, Sakunova TI, et al. Hirurgicheskoe lechenie aktinomikoza. Uspekhi medicinskoj mikologii: sb. nauch. tr. Moskva. 2004: 246-247. (In Russ).]
 10. Халин Д.А. Актиномикоз крестцово-копчиковой и периаанальной областей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ставрополь; 2007. [Halin DA. Aktinomikoz krestcovo-kopchikovoј i perianal'noj oblasti. [Avtoreferat dissertation] Stavropol'; 2007. (In Russ).]