

Актиномикоз женских половых органов

Немецкий ученый D. Bollinger в 1877 г. ввел в реестр заболеваний новую нозологическую форму — «Актиномикоз», основываясь на выделении ботаниками одних и тех же «лучистых грибов» *Actinomyces bovis* из сходных по клиническим признакам гнойных очагов у животных. Первое упоминание об актиномикозе гениталий у человека появились уже к 1883 г.

Ученые длительное время обсуждали признаки истинного возбудителя актиномикоза, отдавая приоритеты то аэробным, то анаэробным актиномицетам. В настоящее время установлено, что возбудителями актиномикоза являются грамположительные бактерии — микроаэрофильные, аэробные и анаэробные актиномицеты, которые широко распространены в природе. Они составляют 65% общего числа микроорганизмов почвы, обнаруживаются в воде, в том числе в водопроводной и ключевой, в горячих (до 65°C) минеральных источниках, на растениях, на каменных породах и даже в песках Сахары. В организме человека актиномицеты также являются постоянными обитателями, контаминируют полость рта, бронхи, желудочно-кишечный тракт, влагалище.

Актиномицеты, как правило, ведут сапрофитический образ жизни, однако некоторые штаммы при определенных условиях способны вызывать болезнь. Известно, что через здоровую кожу и слизистые оболочки актиномицеты не проникают, поэтому основным предрасполагающим фактором, наряду со снижением иммунозащитных сил организма, является травма барьерных покровов.

При генитальной локализации это: травматичное введение и длительное использование внутриматочных спиралей, аборты, и особенно криминальные, в поздние сроки, разрыв промежности и шейки матки при родах или травмах, внедрение инородных тел во влагалище и матку (в том числе при «патологическом» сексе), ношение «грубой», травмирующей гениталии одежды, длительная езда на велосипеде и др.

Развитию актиномикоза могут способствовать также эрозии шейки матки, перенесенные инфекции, переохлаждение, хронический аппендицит, аппендикостомия, хронический аднексит, парапроктит и др.

В практике гинеколога актиномикоз ошибочно считается редким заболеванием, а некоторые клиницисты называют его казуистическим. Но достаточно обратиться к публикациям, чтобы убедиться в обратном. Так, к 1967 г. в мире опубликованы сведения о более чем 300 случаях актиномикоза гениталий, к 1971 г. только в нашей стране дополнительно описано 74 случая [5], с 1975 по 1980 г. в Институте медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского обследованы и излечены 28 женщин с генитальным актиномикозом [6], к 1988 г. в монографии опытных исследователей на материале нескольких гинекологических клиник и родильных домов г. Москвы обобщены данные о 55 больных актиномикозом [3], к 1993 г. — о 58 новых случаях заболевания [1]; в 2000 г. в Санкт-Петербурге ученые, обращаясь к этой проблеме, приводят опыт лечения 61 пациентки, больных актиномикозом внутренних гениталий [7]. Доказано, что среди многочисленных хронических гнойных заболеваний генитальной сферы актиномикоз составляет 7,6 — 8,4% [3].

Таким образом, из приведенных данных следует, что актиномикоз женских половых органов встречается не так уж редко, при этом особую важность приобретает адекватная своевременная

диагностика. Важное значение для верификации актиномикоза любых локализаций имеет микробиологическое исследование, которое включает микроскопию и посев на питательные среды отделяемого из влагалища, гноя из свищей, пунктатов из поверхностных абсцессов и более глубоких очагов, полученных через задний свод, при пиосальпинксах, пельвеоперитонитах, параметритах. Кроме того, на наш взгляд, во время операций по поводу любых гнойно-воспалительных процессов в малом тазу следует проводить культуральное исследование удаленных тканей, грануляций, гноя, детрита и др., делая посев на 2% мясопептонный агар, тиогликолевую среду, 1% сахарный агар [8].

В нативном (не окрашенном) препарате друзы актиномицет, макроскопически представляющие собой желтоватые зерна диаметром до 1 мм, за счет способности преломлять свет хорошо видны на фоне гнойного детрита в виде лучистых образований с более плотным гомогенно-зернистым центром. За способность образовывать радиально расположенные нити мицелия с «колбочками» на концах актиномицеты и были названы в свое время «лучистыми грибами». К сожалению, обнаружение друз возможно только у 25 — 60% больных актиномикозом, так как эти образования способны спонтанно лизироваться, обызвествляться, деформироваться, кальцинироваться и подвергаться другим дегенеративным изменениям.

В окрашенных препаратах по Грамму аэробные актиномицеты выглядят как ветвистые нити, анаэробные как короткие в форме «забора» и/или «птички» палочки. Гистологическое исследование биопсийного или послеоперационного материала достаточно информативно и важно для дифференциальной диагностики. Материал можно окрашивать гематоксилин-эозином, по Циль–Нильсену, Гомори–Гроккоту, Романовскому–Гимза, Грам–Вейгерту, Мак-Манусу.

Обнаружение характерных актиномикотических друз в препаратах, как было отмечено ранее, — достоверный признак актиномикоза, однако их отсутствие не отрицает это заболевание. Для диагноза важно также обнаружить гранулематозное продуктивное воспаление, лейкоцитарную инфильтрацию, микроабсцессы, «ячеистую» структуру тканей, специфическую гранулему, окруженную полинуклеарами, гигантскими и плазматическими клетками, лимфоцитами и гистиоцитами [10].

Во время операции можно увидеть типичные актиномикотические гранулемы 7–15 мм в диаметре, которые отличаются от окружающих тканей большей плотностью и синюшным цветом, а также извитые, предварительно окрашенные, свищевые ходы. Эти признаки особенно хорошо определялись у наших больных при поражении наружных половых органов, промежности, паховых областей, параректальных зон. Маточные трубы при актиномикозе выглядят утолщенными, наполнены гноем и рыхлой грануляционной тканью. Очаги в стенке матки белесоватого цвета, плотноэластичные с микроабсцессами и свищевыми ходами, иногда «сотообразные». Параметрий — гнойно-воспалительный. Яичники увеличены, бугристы, с множественными мелкими абсцессами, утолщенным корковым слоем, иногда выглядят как нафаршированные «просовидными» зернами образования. Из свищей и гнойников выделяется крошковидный гной [1, 3, 7].

Рентгенологическое исследование является важным методом диагностики актиномикоза гениталий. Нами усовершенствована методика одновременной уро-, фистуло- и ирригоскопии при генитальных и генитально-абдоминальных локализациях актиномикоза, которая высоко информативна при определении топографической локализации очагов, разветвления свищевых ходов и глубины поражения. Для актиномикоза характерно то, что даже на фоне имеющегося дефекта наполнения в кишечнике слизистая оболочка кишки остается интактной. Это отличает актиномикоз от опухоли.

Ультразвуковое исследование на современном уровне при актиномикозе гениталий широко используется в нашей и других клиниках, при этом определяются расположение, размеры и плотность очага.

Дифференциальная диагностика актиномикоза

Дифференцируемые с актиномикозом заболевания определяются в зависимости от формы, стадии и локального расположения патологического процесса в наружных и/или внутренних гениталиях. К ним можно отнести: неспецифический воспалительный процесс, флегмона забрюшинной клетчатки, туберкулез, хронический аднексит, миома матки, tuboовариальная опухоль, рак матки, придатков, внематочная беременность, острый и хронический аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, пиосальпинкс, хронический гнойный гидраденит, фурункулез, влагалищные и ректо-влагалищные свищи, хроническая пиодермия наружных половых органов и др.

С 1996 по 2004 г. мы наблюдали 106 женщин репродуктивного возраста, больных генитальным актиномикозом, из них: 34 — актиномикозом матки и придатков (чаще одностороннее поражение), 10 — клетчатки малого таза, 51 — наружных половых органов и с распространением на промежность, надлобковую, паховые, параректальные области, 11 — генитально-абдоминальной локализации. При воспалении клетчатки малого таза выделяли локализованную форму с распространением на забрюшинную, предпузырную, параректальную клетчатку, бедро. Одновременно выделяли больных с вовлечением лонных и седалищных костей и без их поражения. В соответствии с единой клинической классификацией актиномикоза мы учитывали также период (начальный, хронический), форму и стадию заболевания (инфильтративная, абсцедированная, свищевая, рубцевания) [5].

Из представленных локализаций и стадийной динамики актиномикотического процесса следует, что клиническая картина этого заболевания многообразна и изменчива, и дать типичную характеристику каждой из этих форм затруднительно. Однако на некоторых клинических особенностях актиномикоза гениталий следует остановиться.

Большинство женщин указывали на острое начало заболевания, хотя при изучении анамнеза мы устанавливали одну или несколько предрасполагающих причин и предшествующие жалобы. Выраженный болевой синдром, также как и подъем температуры, характерен для стадии абсцедирования. В инфильтративной и свищевой стадиях боль всегда умеренная, ноющая. Иррадиация болей разнообразна и зависит от распространения актиномикотического воспаления из малого таза на прямую кишку, забрюшинную клетчатку, мочевого пузыря, бедро и др.

Образование разветвленных, извитых свищей с гнойным отделяемым без запаха — характерный признак актиномикоза внутренних гениталий, наружных половых органов и окружающих мягких тканей. Менструальная функция при поражении наружных половых органов не нарушалась, а у 37 из 44 женщин с воспалением в области матки, придатков и клетчатки малого таза была отмечена дисфункция: аменорея, дисменорея, нарушение цикла.

При влагалищном исследовании у всех больных определяли плотный, плотноэластичный или плотносткообразный инфильтрат. Иногда из-за спаечного процесса проведение исследования было невозможно. Вовлечение в процесс прямой кишки и параректальной клетчатки при ректороманоскопии подтверждалось гиперемией слизистой оболочки, проктитом, проктосигмоидитом вплоть до деформации и стенозирования прямой кишки; у 7 больных обнаружили прямокишечные свищи.

Актиномикоз наружных половых органов характеризовался плотными тяжистыми инфильтратами, валикообразными складками кожи, превалированием нагноения и, как правило, множеством часто соединяющихся между собой свищевых ходов. Медленное, постепенное развитие актиномикотической гранулемы внутренних гениталий женщин протекает, как правило, бессимптомно или с минимальными жалобами, болезнь «бурно» проявляется на стадии абсцедирования и вскрытия свищей, поэтому в большинстве случаев диагностика актиномикоза

запаздывает. Кроме того, отсутствие надлежащей «бдительности» у врачей в отношении актиномикоза также становится причиной несвоевременного начала лечения. Закрытые и глубоко расположенные очаги актиномикоза, вялотекущий хронический воспалительный процесс, минимальные субъективные ощущения далеко не всегда позволяют диагностировать актиномикоз на ранних, оптимальных для лечения стадиях заболевания.

Лечение

Для успешной терапии актиномикоза внутренних гениталий важно в первую очередь произвести удаление внутриматочной спирали, которая не только травмировала слизистую матки, но и могла быть источником инфекции. У всех 44 женщин с поражением матки, придатков и клетчатки малого таза одной из причин актиномикоза была введенная с контрацептивной целью ВМС. Параллельно следует определять топографическую локализацию гнойного очага, состояние иммунозащитных сил организма, наличие сопутствующих заболеваний и т. д. В остром периоде радикальное удаление очага актиномикоза противопоказано, так как без специальной подготовки, в которую входят дренирование гнойного очага, противовоспалительное лечение, специфическая иммунотерапия актинолизатом, общеукрепляющие средства и др., в большинстве случаев процесс прогрессирует и приобретает распространенные формы.

Антибиотикотерапия актиномикоза гениталий оправдана высокой чувствительностью актиномицет к антибиотикам и частым присутствием в очаге другой бактериальной неспецифической флоры (> 60% случаев). В подтверждение эффективности антибиотикотерапии достаточно указать на тот факт, что до эры антибиотиков смертность от генитального актиномикоза составляла 72%, тогда как впоследствии этот показатель сократился до 21%. В соответствии с чувствительностью к антибиотикам мы использовали препараты пенициллинового ряда, а также тетрациклины (тетрациклин), аминогликозиды (амикацин, гентамицин, тобрамицин), цефалоспорины (цефаклор, цефалексин) в максимальных суточных дозах, курсами по 10–14 дней, причем преимущественно в период обострения процесса.

Длительное применение антибиотиков при хроническом течении актиномикоза вызывает резистентность, чем и объясняется отсутствие лечебного эффекта. С целью воздействия на анаэробы применяли метронидазол (метрогил, трихопол, эфлоран) и клиндамицин (далацин, климицин, клиндамицин). Хороший противовоспалительный эффект получали от сульфаниламидных препаратов (ко-тримоксазол, сульфадиметоксин, сульфакарбамид) [2, 9].

Специфическая терапия актинолизатом, на необходимость которой указывали ученые еще в 1938 г., широко применяется в нашей стране с начала 1950-х годов. За изобретение актинолизата отечественные ученые получили Государственную премию. К настоящему времени пролечено более 4 тыс. больных. Препарат готовят из самопроизвольно лизирующихся актиномицет в условиях фармацевтического производства по унифицированной запатентованной методике.

При экспериментальном актиномикозе было обстоятельно доказано, что после 2-недельного лечения актинолизатом вокруг актиномикотических гранул животных происходило скопление гигантских клеток, резко активизировались макрофаги и усиливался фагоцитарный процесс, затем последовательно разрушалась гранулема с погибшим возбудителем, происходила фрагментация друз, заполнение гранулемы многоядерными гигантскими клетками, вплоть до полного исчезновения воспаления и рубцевания тканей [4]. В дальнейшем было доказано, что актинолизат снижает интенсивность воспаления за счет торможения гиперпродукции воспалительных цитокинов и блокады действия медиаторов воспаления, а также стимулирует продукцию антител к различным инфектантам. Это позволило расширить показания для применения актинолизата при неспецифических хронических гнойных заболеваниях [2].

Актинолизат в соответствии с инструкцией вводили внутримышечно 2 раза в неделю по 3 мл, на

курс 25 инъекций, курсы повторяли 2–3 раза с интервалом 1 мес, в единичных случаях требовалось продолжение лечения до 5–6 курсов. Благодаря актинолизатотерапии нам удалось значительно снизить объем антибактериальных средств и избежать нежелательных побочных воздействий.

На фоне консервативной антибиотико- и актинолизатотерапии проводили, по показаниям, паллиативные операции: вскрытие абсцессов, флегмон, дренирование гнойных затеков, кюретирование свищевых ходов. На следующем этапе после подготовки и снятия островоспалительных явлений в области наружных гениталий и окологенитальных участков радикально иссекали пораженные участки и свищевые ходы в пределах видимо здоровых тканей.

Более сложные операции (экстирпация матки, аднексэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия с трубами и др.) проводили совместно с гинекологами или направляли пациенток в специализированные гинекологические стационары. В комплексное лечение актиномикоза гениталий включали также общеукрепляющие и симптоматические средства, по показаниям — дезинтоксикационные, физиотерапевтические процедуры (кроме тепловых) и в предоперационном периоде — промывание свищей растворами антисептиков.