

УДК 616.33-002.828

АКТИНОМИКОЗ ЖЕЛУДКА

С.М. СМОТРИН, ДОЦЕНТ, Д.М.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

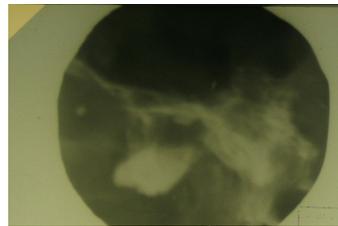
Актиномикоз желудка – исключительно редкое заболевание. По сводной статистике А.А. Пономарева [2] на 107 больных актиномикозом желудочно-кишечного тракта поражение желудка было обнаружено только у 2-х больных. Редкость поражения желудка объясняется фунгицидными свойствами желудочного сока и быстрым пассажем содержимого в другие отделы желудочно-кишечного тракта. К факторам, способствующим развитию актиномикоза желудка, относят повреждение слизистой оболочки эрозивно-язвенным процессом и угнетение иммунитета [1]. Наличие дефекта в слизистой оболочке способствует проникновению лучистого гриба в стенку желудка. В зависимости от пути заражения различают околожелудочный и интрамуральный актиномикоз.

Околожелудочный актиномикоз может развиваться в результате обсеменения актиномицетами брюшной полости при перфорации язв, ранениях живота и хирургических вмешательствах на полых органах. Заболевание в этом случае характеризуется наличием воспалительного инфильтрата или абсцесса в тканях, прилегающих к желудку.

Интрамуральный актиномикоз желудка встречается у 7% больных с актиномикотическими поражениями органа. Местно данный процесс проявляется в виде гранулемы. В связи с этим актиномикоз желудка дифференцируют с доброкачественными и злокачественными опухолями, язвами желудка. Диагностика актиномикоза желудочно-кишечного тракта в основном базируется на выявлении друз лучистого гриба в тканях органа. Однако при гистологическом исследовании друзы выявляются только в 20 – 40% случаев. Для диагностики актиномикоза используют также и кожные аллергические реакции, которые бывают положительными в 80% случаев, но они не получили широкого клинического применения в нашем регионе из-за редкой распространенности данной патологии. При установленном диагнозе и отсутствии осложнений, требующих хирургического вмешательства, больным проводится консервативная терапия. Следует отметить высокую чувствительность лучистого грибка к антибиотикам широкого спектра действия. Диагноз актиномикоза желудка до операции, как правило, не выставляется. Поэтому больные поступают в хирургические стационары с хроническими язвами, доброкачественными или злокачественными новообразованиями желудка. Выбор метода и объема хирургического пособия определяется тем заболеванием, под маской которого протекал актиномикотический процесс. Диагноз актиномикоза ставится в этих случаях только после гистологического исследования препарата. Результаты оперативного лечения актиномикоза желудка при резекции органа, в пределах неизмененных тканей, обычно хорошие.

Приводим собственное наблюдение. Больной В., 62 лет, и.б. № 3505. Поступил в хирургическое отделение железнодорожной больницы 27.10.1999г. по направлению городской поликлиники с диагнозом

хроническая язва тела желудка. Язвенный анамнез в течение 2-х лет. Проводимая противоязвенная консервативная терапия в амбулаторных условиях была не эффективной. При клиническом исследовании: больной пониженного питания. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, PS – 76 ударов в минуту, АД – 130/90 мм рт.ст. Живот обычной формы, печень пальпируется у края реберной дуги, нижняя граница желудка определяется на 4 см выше пупка. Анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 135 г/л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 8 мм/час. Анализ мочи: цвет – светло желтый, белок – 0,033 г/л, сахар – отрицательный. Сахар крови – 5,5 ммоль/л, общий билирубин – 18 ммоль/л, мочевины – 6,0 ммоль/л, общий белок – 60 г/л, калий – 4,0, группа крови – А (II), Rh (+). ФГДС – пищевод свободно проходим, в желудке по малой кривизне в субкардии глубокая язва 3,0 x 2,5 см, с плотными подрытыми краями, слизистая отечна. Гистология № 1309 – Хроническое воспаление. Рентгеноскопия желудка: желудок обычных размеров, по малой кривизне в субкардии ниша до 3 см в диаметре, стенка желудка в окружности ниши ригидная. Рентгенография органов грудной клетки – признаки хронического бронхита.



Больной 30.10.1999г. с диагнозом хроническая язва желудка оперирован. Во время операции установлено: малая кривизна желудка, передняя и задняя стенки от субкардии до пилорического отдела плотные на ощупь, инфильтрированы, с белесоватым оттенком. Увеличены регионарные лимфоузлы. Отдаленных метастазов не обнаружено. Выявленные изменения в желудке расценены как неопластический процесс. В связи с этим больному произведена гастрэктомия с наложением эзофагоэнтоанастомоза. Послеоперационный период протекал без особенностей. В течение 10 дней проводилась комплексная консервативная терапия с применением антибиотиков широкого спектра действия. Специфическая терапия не применялась. На 16-е сутки в удовлетворительном состоянии больному выписан домой на амбулаторное лечение.

Гистологическое исследование желудка – стенка с выраженным фиброзом со стороны серозной оболочки и явлениями хронического воспаления краев язвы. В краях язвы единичные абсцессы, содержащие друзы лучистого грибка.

Осмотрен в январе 2007 года, жалоб не предъявляет, признаков рецидива заболевания не выявлено.

Литература

- 1 Канишин П.Н. Руководство по медицинской микологии / П.Н. Канишин, Н.Д. Шеклаков. – М.: Медицина, 1978.-325с.
- 2 Пономарев А.А. Редкие неопухольевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки/ А.А. Пономарев, Курынин А.А. – М.: Медицина, 1987.-230с.

Поступила 07.06.07