

© И.Е.Бахлаев, 2006
УДК 618.19-002.828-07-089

И.Е.Бахлаев

АКТИНОМИКОЗ ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — д-р мед. наук А.И.Фетюков) медицинского факультета Петрозаводского государственного университета, Республика Карелия

Ключевые слова: грудная железа, актиномикоз.

Первичный актиномикоз грудной железы относится к очень редким заболеваниям и представлен в литературе единичными наблюдениями [1, 3, 5]. Возбудитель при первичном актиномикозе попадает в грудную железу через кожу или по млечным протокам. Заболевание чаще протекает как хронический гнойный мастит. В клиническом течении последовательно выделяют три стадии: начальная — узелковая, которая характеризуется формированием инфильтратов, далее по мере развития процесса происходит абсцедирование с образованием свищей и, наконец, наступает третья стадия — рубцевание. При вторичном актиномикозе грудной железы инфекция проникает по контакту из первичного аффекта в легком через плевру и грудную стенку или из средостения. Диагноз ставят на основании анамнеза (актиномикоз других органов) и обнаружения скоплений актиномицетов в выделениях из свищей или иссеченных очагов. В большинстве случаев имеется сочетание актиномикотического поражения с другими инфекциями, что затрудняет диагностику заболевания. Дифференциальную диагностику проводят с хроническим маститом, мастопатией, туберкулезом, сифилисом. Особенно затруднена дифференциальная диагностика актиномикоза со злокачественными заболеваниями [2]. Комплексное лечение включает в себя хирургическое лечение с назначением антибактериальных препаратов, проводят специфическую иммунотерапию, биотерапию [4].

Приводим собственное наблюдение первичного актиномикоза грудной железы, протекавшего под маской хронического рецидивирующего мастита и кистозного фиброаденоматоза.

Больная Б., 45 лет, поступила в хирургическое отделение Карельского республиканского онкологического диспансера 22.06.95 г. с жалобами на уплотнение в левой грудной железе. С 1993 г. — неоднократные операции по поводу хронического мастита. Дважды выполнялась секторальная резекция по поводу кистозного фиброаденоматоза левой грудной железы.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Правильного телосложения, пониженного питания.

Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

При осмотре левая грудная железа деформирована за счет множественных послеоперационных рубцов. В нижне-наружном квадранте — уплотнение до 4 см в диаметре. Правая грудная железа без патологических образований. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Анализ крови: Hb 6,3 ммоль/л, эр. $3,8 \cdot 10^{12}/л$, л. $5,8 \cdot 10^9/л$; СОЭ 35 мм/ч; лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи в норме. Температура тела нормальная.

Маммография: левая грудная железа деформирована рубцовыми втяжениями. Ближе к ареоле ткани значительно уплотнены. Правая грудная железа без патологических образований. Заключение: фиброаденоматоз левой грудной железы. Пункция левой грудной железы. Цитологически опухолевых элементов не обнаружено.

С диагнозом «фиброаденоматоз левой грудной железы» 27.06.95 г. больная оперирована. Произведена простая мастэктомия слева. При гистологическом исследовании препарата в тканях грудной железы — гранулемы шовного материала, лейкоцитарная инфильтрация, друзы актиномицетов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 07.07.95 г. В плане комплексного лечения в амбулаторных условиях проведен курс специфической иммунотерапии актинолизатом. При контрольных осмотрах в разные сроки наблюдения от 1 года до 10 лет данных за рецидив нет.

Приведенное наблюдение демонстрирует несомненный интерес в связи с редкостью актиномикоза грудной железы и трудностями его дооперационной диагностики. Несмотря на длительный анамнез заболевания, хирургическое лечение с иммунотерапией актинолизатом привели к многолетнему клиническому излечению.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ваневский В.Л. Первичный актиномикоз грудной железы // Вестн. хир.—1950.— № 6.—С. 64–66.
2. Нурмакова С.И., Серова Н.Н., Устенев О.Д. Первичный актиномикоз грудной железы // Здравоохр. Казахстана.—1984.— № 1.—С. 107–109.
3. Gogas J., Sechas M., Diamantis S., Sbokos C. Actinomycosis of the breast // Int. J. Surg.—1972.—Vol. 57, № 8.—P. 664–665.
4. Grzesiak-Janias G., Janias A. Laser biostimulation in treatment of actinomycosis // Proc. SPIE.—2002.—P. 135–138.
5. Vyavahare S.R., Nerlicar N. Primary actinomycosis of breast // Indian J. Surg.—1972.—Vol. 34, № 11.—P. 447–448.

Поступила в редакцию 30.01.2006 г.