

УДК: 616.35-006.6-003

*Кризель А.В.,
студентка 6 курса,
медицинский факультет
Институт медицины, экологии и физической культуры
Ульяновский государственный университет
Россия, г. Ульяновск*

*Волкова К.О.,
студентка 5 курса,
медицинский факультет
Институт медицины, экологии и физической культуры
Ульяновский государственный университет
Россия, г. Ульяновск*

*Рева А.А.,
студентка 3 курса,
медицинский факультет
Институт медицины, экологии и физической культуры
Ульяновский государственный университет
Россия, г. Ульяновск*

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОГО
ПРОЦЕССА НА ФОНЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Аннотация: Онкология является одной из основных социально значимых проблем современного медицинского сообщества. Диагностический поиск при онкологических заболеваниях является сложным и трудоемким процессом, как для врача, так и для пациента. Если же на фоне основного заболевания возникают так же и другие патологии, как, например,

инфекционный процесс, то это может вызвать затруднение в дальнейшей диагностике и, соответственно, лечении.

Ключевые слова: *инфекционное заболевание, абсцесс печени, онкологический процесс, рак поджелудочной железы, метастаз.*

Annotation: *Oncology is one of the main socially significant problems of the modern medical community. Diagnostic search for cancer is a complex and time-consuming process for both the doctor and the patient. If, against the background of the underlying disease, other pathologies also arise, such as, for example, an infectious process, then this can cause difficulties in further diagnosis and, accordingly, treatment.*

Key words: *infectious disease, liver abscess, oncological process, pancreatic cancer, metastasis.*

Цель исследования: описать диагностическую картину при инфекционном процессе на фоне прогрессирующего рака поджелудочной железы с метастатическим распространением в печени.

Материалы и методы. Представленный пациент считает себя больным с 2016 года. Операция в декабре 2016г.: ГПДР с резекцией нижней брыжеечной вены, гемиколэктомия справа. При иммуногистохимическом исследовании гистологическая картина и полученный иммунофенотип соответствуют умереннодифференцированной протоковой аденокарциноме поджелудочной железы, Ki67- 20%. Получил 12 курсов полихимиотерапии (ПХТ) в режиме FOLFIRINOX. При динамическом наблюдении в 2018 году выявлен процесс метастазирования в печени. В июле 2018 года операция: резекция S8 печени. При гистологическом исследовании: метастаз умереннодифференцированной аденокарциномы в печень (G2, ICD-O code: 8140/3); гистоморфологическая картина лечебного патоморфоза 3 балла по шкале Ryan. Проведено 6 курсов паллиативной ПХТ по схеме GemOx. При оценке эффективности проведенного лечения, по результатам КТ органов

брюшной полости с контрастным усилением от января 2020 года выявлено прогрессирующее по метастазам в печень (3 очага размерами 12 мм, 11x16 мм, 10 мм). По решению врачебной комиссии ЛПУ пациент имеет клинические показания для терапии препаратом Nab-паклитаксел + гемцитабин. В связи с тяжестью состояния пациент получил 1 курс терапии гемцитабином. С февраля 2020 года были зафиксированы случаи периодического повышения температуры до 39°C. По данным УЗИ органов брюшной полости от марта 2020 года замечен быстро прогрессирующий рост очаговых образований печени (размеры: 18x14мм, 20x18мм, 22x17мм). По решению врачебного консилиума было выставлено повторное прогрессирующее по метастазам в печени. Был запланирован 2 курс противоопухолевой лекарственной терапии гемцитабином. При полном осмотре пациента в стационарных условиях, были выявлены желтушность склер, кожных покровов, повышение температуры до 39°C. По результатам анализов крови выявлена лейкопения 2 степени, анемия 2 степени, начата медикаментозная коррекция. В связи с ухудшением общего состояния пациента, курс химиотерапии не был начат.

Результаты. При пересмотре результатов УЗИ и их сопоставлении с предыдущими результатами компьютерной томографии, было запозднено инфекционное заболевание на основе быстрого роста очагов печени и ухудшении общего состояния пациента. Были взяты мазки из зева, кровь на стерильность. Изначально результаты были отрицательные, однако показатели клинического анализа крови ухудшались (нарастала анемия, АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная фосфатаза). Начата антибиотикотерапия цефалоспоридами III поколения совместно с общеукрепляющей терапией, дезинтоксикационной и гепатопротекторной терапией. При улучшении общего состояния больного, было проведено повторное исследование. По данным КТ органов грудной клетки и брюшной полости с контрастным усилением от марта 2020 года: В паренхиме множественные округлые гиподенсные образования с нечеткими контурами наибольшим размером в S8

до 12 мм, в S5 11x16 мм, в S6 до 10 мм, при ВВКУ неравномерно накапливают контраст (метастазы). В S7 субкапсулярно по внутренней поверхности два гиподенсных образования с четкими контурами размером 20x23 мм, 19x25 мм. На основании полученных данных компьютерной томографии был выставлен диагноз абсцессов печени в S7. Продолжен диагностический поиск. При повторных мазках из зева от марта 2020 года был выявлен *Stenotrophomonas maltophilia* (100000 копий), а также после взятия крови на стерильность обнаружена *Pseudomonas aeruginosa*. В посевах кала от марта 2020 года выявлена *Candida crusei* (1000000 копий). С учетом результатов КТ брюшной полости (абсцессы печени), результатов бактериологического исследования мазков слизистой зева, кала, крови, клинических данных, пациент получал системную антибиотикотерапию совместно с дезинтоксикационной, гепатопротекторной терапией и коррекцией гематологических показателей. Выписан в удовлетворительном состоянии без эпизодов повышения температуры тела.

Вывод. Онкологическое заболевание представляет диагностическую сложность само по себе. Любая погрешность в визуализирующих методах исследования может привести к непоправимым последствиям. При присоединении других патологий, в том числе и инфекционного процесса, затруднения в диагностике возрастают в геометрической прогрессии и требуют внимания мультидисциплинарной бригады. В данном случае, благодаря профессионализму и сплоченной работе удалось достаточно быстро заподозрить инфекционный процесс и вовремя начать соответствующую терапию.

Использованные источники:

1. Казанцев, А.П. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней: Руководство для врачей / А.П. Казанцев, В.А. Казанцев. - М.: МИА, 2013. - 496 с.

2. Ющук Н.Д., Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.В. Венгерова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 1104 с.
3. Вельшер, Л.З. Клиническая онкология. Избранные лекции. Учебное пособие / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.