

УДК: 616.35-006.6-003

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

Россия, г. Ульяновск

*Кризель А.В.,
студентка 6 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

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ:
ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НА ФОНЕ
ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

Аннотация: В наше время одной из наиболее важной является задача лечения пациентов с имеющимся онкологическим процессом, поскольку онкология входит в пятерку основных причин смертности по данным ВОЗ. Но не стоит забывать и о такой серьезной проблеме, как инфекционные заболевания, тем более, что они способны на фоне уже ослабленного

иммунитета запускать каскад реакций, приводящих к серьёзному поражению различных органов и систем организма. Также представляет опасность и то, что может возникнуть трудность проведения дифференциальной диагностики. В таком случае залогом благоприятного исхода будет являться верно выбранная индивидуальная тактика лечения с учетом этиологии возбудителей, вызвавших данный процесс.

Ключевые слова: инфекционное заболевание, онкологический процесс, абсцесс печени, особенности лечения, метастаз.

Abstract: *In our time, one of the most important tasks is the treatment of patients with an existing cancer process, since oncology is one of the five main causes of death according to WHO. But do not forget about such a serious problem as infectious diseases, especially since they are able to launch a cascade of reactions against the background of already weakened immunity, leading to serious damage to various organs and systems of the body. It is also dangerous that it may be difficult to carry out differential diagnostics. In this case, the key to a favorable outcome will be a well-chosen individual treatment strategy, taking into account the etiology of the pathogens that caused this process.*

Key words: *infectious disease, oncological process, liver abscess, treatment features, metastasis.*

Цель исследования: описать тактику лечения в рамках клинического случая: инфекционное заболевание на фоне онкологического процесса.

Материалы и методы: Изучаемый в рамках клинического случая пациент считает себя больным с 2016 года. Была проведена операция в ФМБА ПОМЦ в декабре 2016г.: гастропанкреатодуоденорезекция с резекцией нижней брыжеечной вены, гемиколэктомия справа. Иммуногистохимическое исследование: гистологическая картина, а также полученный иммунофенотип соответствуют умеренно-дифференцированной протоковой аденокарциноме поджелудочной железы. Ki67- 20%. Получил 12 курсов паллиативной

химиотерапии (ПХТ) в режиме FOLFIRINOX. При динамическом наблюдении в 2018 году выявлено метастазирование в печени. Операция в июле 2018г.: резекция S8 печени. Гистологическое исследование: метастаз умеренно-дифференцированной аденокарциномы в печень (G2, ICD-O code: 8140/3). Гистоморфологическая картина лечебного патоморфоза: 3 балла по шкале Ryan. Проведено 6 курсов паллиативной химиотерапии ПХТ по схеме GemOx. По данным КТ органов брюшной полости с КУ от января 2020 года — прогрессирование по метастазам в печень (очаги 12 мм, 11x16 мм, до 10 мм.). По решению врачебной комиссии ЛПУ у пациента есть клинические показания для терапии препаратом Nab-паклитаксел + гемцитабин. Получил 1 курс терапии гемцитабином. С февраля 2020 года зафиксированы случаи периодического повышения температуры до 39*С. По данным УЗИ органов брюшной полости от марта 2020 года: очаговые образования печени 18x14мм, 20x18мм, 22x17мм. По решению консилиума выставлено повторное прогрессирование по метастазам в печени. Начат курс противоопухолевой лекарственной терапии. При полном осмотре пациента выявлены желтушность склер, кожных покровов, повышение температуры до 39*С. В связи с ухудшением общего состояния пациента, курс химиотерапии был прерван. При пересмотре результатов УЗИ и КТ и их сопоставлении заподозрено инфекционное заболевание. Были взяты мазки из зева, кровь на стерильность. Изначально результаты были отрицательные. Начата антибиотикотерапия цефалоспоридами III поколения. По данным КТ органов грудной клетки и брюшной полости 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 2 гиподенсных образования с четкими контурами размером 20x23 мм, 19x25 мм. Выставлен диагноз абсцессов печени. Начат 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*. Также в кале была высеяна от марта 2020 года *Candida crusei* (1000000 копий).

Результаты: С учетом полученных результатов КТ брюшной полости (выявленными абсцессами печени), а также результатов бактериологического исследования мазков слизистой зева, бактериального посева кала, крови на стерильность, было принято решение о проведении системной терапии (антибактериальной, противогрибковой) с учетом этиологии выявленных микроорганизмов. В связи с этим данный пациент получал: 1) антибактериальную терапию - а) Sol. Cefoperazoni 1,0 + Sol. Sulbactami 1,0, №2, внутривенно струйно каждые 12 часов (как антибиотик, обладающий широким спектром действия) ; б) Sol. Tigecyclini 0,05, №18, внутривенно капельно каждые 12 часов (против *Stenotrophomonas maltophilia*); в) Sol. Meropeni 2,0, №22, внутривенно дозатором в течение 3 часов каждые 8 часов; г) Sol. Amikacini 0,39, №8, внутримышечно каждые 12 часов (последние два препарата направлены как против *Pseudomonas aeruginosa*, так и против *Stenotrophomonas maltophilia*) ; 2) противогрибковую терапию (направленную против *Candida crusei*) – а) Sol. Anidulafungini 0,2, №1, внутривенно капельно 1 раз в сутки; б) Sol. Anidulafungini 0,1, №23, внутривенно капельно 1 раз в сутки. Параллельно с этим проводилась и дезинтоксикационная терапия, а также пациент получал лечение гепатопротекторами с целью коррекции печеночной недостаточности. Проведенное лечение пациент перенес удовлетворительно. Заключение о положительной динамике течения заболевания было выявлено на основании: стабилизации клинической картины (температура тела пришла в норму, такие жалобы, как общая слабость, исчезли); а также по результатам биохимического анализа крови, в которых отсутствовали предикторы острого воспалительного процесса; отрицательных результатов бактериологических исследований; по данным

УЗИ и КТ было зафиксировано уменьшение размеров гиподенсных очагов (абсцессов печени).

Вывод: Залогом выздоровления пациента в рамках данного клинического случая стало проведение успешной и, главное, своевременной системной терапии (как направленной на этиологический компонент, так и на симптоматический). В связи с этим пациент был выписан под дальнейшее наблюдение в удовлетворительном состоянии со стабилизацией основных показателей по данным лабораторных исследований.

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.