

Случай лямблиоза, первоначально принимаемого за пневмонию и онкологический процесс

Н.В. Масленникова¹, к.м.н. Е.С. Кириллова², д.б.н. О.В. Кубряк³

¹МБУЗ ЦГБ г. Азова

²ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва

³ФГБНУ «НИИИФ им. П.К. Анохина», Москва

РЕЗЮМЕ

В описываемом клиническом случае лямблиозного поражения печени отражаются возможные ошибки и критичность при постановке диагноза, связанные с этим риском, взаимодействие смежных специалистов. Диагностика и лечение сложного состояния пожилой пациентки, связываемого изначально (предположительно) с пневмонией, затем с наличием метастазов и злокачественным новообразованием, представляет пример удачного взаимодействия специалистов регионального и столичного медицинских учреждений. Рассматриваются отличия картины на МРТ от метастатических поражений печени и гепатоцеллюлярного рака, меры установления верного диагноза, повышение критичности лечащего врача при постановке диагноза, привлечение смежных специалистов, актуальность системы дистанционных консультаций («клиническая телемедицина»). Приводимые в динамике МРТ-изображения интересны в плане расширения представлений о лямблиозных очагах в печени, они иллюстрируют эффективность проведенного лечения. Обсуждаются проблемы клинических рекомендаций и участия специалистов в системе дистанционных консультаций.

Ключевые слова: абсцесс печени, метастаз, лямблии, лямблиозное поражение печени, пневмония, МРТ.

Для цитирования: Масленникова Н.В., Кириллова Е.С., Кубряк О.В. Случай лямблиоза, первоначально принимаемого за пневмонию и онкологический процесс. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019;9(1):43–46.

ABSTRACT

Giardiasis case, originally mistaken for pneumonia and the oncological process

N.V. Maslennikova¹, E.S. Kirillova², O.V. Kubryak³

¹City Central Hospital, Azov

²Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

³P.K. Anokhin Research Institute of Normal Physiology, Moscow

The article presents the described clinical giardiasis case of the liver, where the following is reflected: possible errors and criticality in the diagnosis, the risks associated with this, and related specialists interaction. Diagnosis and treatment of an elderly patient complex condition, initially (presumably) associated with pneumonia, then with the metastases and a malignant neoplasm presence, is an example of successful interaction between specialists from regional and metropolitan medical institutions. The article shows the MRI image differences from metastatic lesions of the liver and hepatocellular cancer, measures to establish the correct diagnosis, increasing the criticality of the attending physician at the time of diagnosis, the involvement of related specialists, the relevance of the remote consultation system ("clinical telemedicine"). The images presented in the MRI dynamics are of the interest in terms of expanding the giardia foci understanding in the liver. They illustrate the treatment effectiveness. The article also presents the issues on clinical recommendations and specialists' participation in the distance consultations system.

Keywords: liver abscess, metastasis, giardia, giardiasis of the liver, pneumonia, MRI.

For citation: Maslennikova N.V., Kirillova E.S., Kubryak O.V. Giardiasis case, originally mistaken for pneumonia and the oncological process. RMJ. Medical Review. 2019;9(1):43–46.

ВВЕДЕНИЕ

Современные рентгенологические методы играют важную роль в дифференциальной диагностике заболеваний легких, включая также типичные для различных инфекций состояния [1, 2]. Информация, доступная лечащему врачу благодаря использованию компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ), часто превосходит объем, необходимый для исключения или подтверждения поражения легких, и касается нарушений, затрагивающих иные органы и ткани. Это обуславливает возможность различных интерпретаций и связанную с этим необходимость более широкой эрудиции врача, включая знание особенностей редких случаев, и в частности парази-

тарных болезней [3]. Даже в странах с хорошими социально-гигиеническими условиями сегодня существует опасность заражения паразитарными заболеваниями, нередко ускользающими от внимания непрофильных специалистов, с различными путями передачи возбудителей, в т. ч. через воду [4]. Однако факторы риска, например, в отношении лямблий (*Giardia*) не всегда учитываются, что, вероятно, может способствовать ошибочной диагностике в ряде случаев [5]. При этом те же лямблии могут обуславливать различную симптоматику, интерпретация которой бывает затруднительной и у взрослых, и у детей [6]. В одном из первых сообщений (1981) отмечалась возможность обнаружения лямблий при бронхоскопии, в лаважной жидкости [7], что,

вероятно, можно интерпретировать как недостаточную исследованность роли простейших в развитии тех или иных заболеваний, особенно имеющих смешанное, сложное происхождение.

В описываемом в данной статье клиническом наблюдении большой, на наш взгляд, интерес представляет использование данных МРТ в интерпретации сложного состояния пациентки, связанного с поражением лямблиями. Важным аспектом диагностики является критичность при постановке диагноза, который остается сложной интеллектуальной задачей для лечащего врача, требующей широкой эрудиции, аналитических способностей и возможности проведения быстрых консультаций со смежными специалистами. Цель данной публикации — обратить внимание практических врачей на клинический пример, в котором ошибочный диагноз повлек бы не только неоправданные расходы сил и средств системы здравоохранения и родственников пациентки, но и ее смерть. Описываемый случай рассматривается с точки зрения смежных специалистов, что, на наш взгляд, может представлять интерес для лечащих врачей как своеобразный междисциплинарный анализ ситуации, возможность взглянуть на нее по-новому.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТКИ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ

В приемное отделение МБУЗ ЦГБ г. Азова поступила пациентка А., 80 лет, в синкопальном состоянии. Лечение проводилось в терапевтическом отделении. Диагноз при поступлении: Пневмония неуточненная (J18.9). Наличие в анамнезе сердечно-сосудистой, неврологической патологии, пожилой возраст, жалобы пациентки на начавшуюся несколько дней назад «простуду, бронхит» с высокой температурой, лихорадкой позволяли предположить, что связанная с острым заболеванием интоксикация и спровоцировала обморок, после которого последовала срочная госпитализация. Расшифровка электрокардиограммы: «Электрическая ось сердца горизонтальная, ритм эктопический правопредсердный с частотой сердечных сокращений 79 уд./мин, единичные правопредсердные экстрасистолы и одна предсердная экстрасистола. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса». В течение первой недели выраженного улучшения добиться не удавалось, поднималась высокая (до 39 °C) температура тела, наблюдались обильное потоотделение, особенно ночью, кратковременные потери сознания. Пациентка среди прочего жаловалась на «молнии в глазах». Далее назначения невролога (пиридоксина гидрохлорид 100 мг/сут внутримышечно и комплексный препарат, включающий инозин, никотинамид, рибофлавин, янтарную кислоту, внутривенно капельно, 10 мл 2 р./сут) вместе с проводимой терапевтом антибиотикотерапией (применялись цефтриаксон, имипенем + циластатин — в соответствии с отечественными клиническими рекомендациями: Программой СКАТ— Стратегия Контроля Антимикробной Терапии, 2018) и другим стандартным лечением несколько улучшили состояние. Больная была способна с посторонней помощью прийти в туалет, большую часть суток проводя лежа или сидя на кровати. Динамика показателя общего анализа крови — скорости оседания эритроцитов (мм/ч): 18.02.2019 (дата поступления) — 41; 20.02.2019 — 15; 21.02.2019 — 40; 25.02.2019 — 37; 28.02.2019 — 23; 04.03.2019 — 46.

При проведении КТ органов грудной клетки была исключена пневмония, но найдены образования в печени и телах позвонков, видимых в проекции снимков при выполнении исследования. Данные изменения были расценены врачом, дававшим заключение по результатам КТ, как метастазы. Рассматривая общую картину болезни, полученные инструментальные данные, лечащий врач основывался на видимой ему картине в целом, его мнение первоначально складывалось в пользу возможного метастазирования неизвестной опухоли. К вопросу пунктирования печени для уточнения диагноза лечащий врач подходил с разумной осторожностью, принимая во внимание возраст, состояние пациентки и необходимость выполнения процедуры в областном центре.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (МРТ) БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Для уточнения диагноза проводилась МРТ брюшной полости [8]. Официальное мнение рентгенолога: Причины множественных образований в печени, вероятно, имеют инфекционную природу, не исключен амебиаз. На рисунках 1–3 представлены последовательные изображения, где в обеих долях печени определяются множественные многогослойные фокусы поражения с сильно гиперинтенсивным центром, окруженным подобием капсулы и зоной перехода к нормальной ткани. Это соответствует патологическому образованию с жидкостным центром и гиперемизованными отечными краями. Также отмечалось наличие жидкости в правой плевральной полости и высокое стояние купола диафрагмы, что также соответствует воспалительному процессу. Был получен отрицательный результат на онкомаркер альфа-фетопротейн. Мнение лечащего врача, с учетом имеющихся у него данных, все же склонялось в пользу онкологического процесса.

АКТИВНОСТЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТКИ, МНЕНИЯ НЕЗАВИСИМЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Важным, но не всегда открыто обсуждаемым элементом планирования и хода лечения, является активность родственников, их возможные влияния — помощь или, наоборот, препятствование работе врача. В описываемом случае родственниками пациентки неофициально были проведены дополнительные консультации. Все привлекаемые ими специалисты оказывали консультативную помощь, по словам родственников, бескорыстно, заинтересовавшись клиническим случаем и предоставленными им вниманию материалами. Первоначально был получен устный комментарий (второе мнение) относительно снимков МРТ врача-рентгенолога одного из частных медицинских центров Ростова-на-Дону, который предположил гепатоцеллюлярный рак мультифокальный. Третье мнение, тоже устное, исходило от врача-рентгенолога одного из ведущих государственных учреждений другого региона: он подверг сомнению вероятность онкологического заболевания, но точного мнения не составил. Далее, также неофициально, родственниками были проведены консультации с ведущими местными специалистами в области гепатологии (по телефону) и хирургии (очно, с разбором снимков МРТ, см. рис. 1). Их мнения сводились к тому, что поскольку у пациентки нет гепатита С, то рак печени в таком возрасте сомнителен и что образования, видимые на снимках МРТ, имеют неясную природу, но скорее всего не онкологическую, а инфекционную. Также подчеркнули

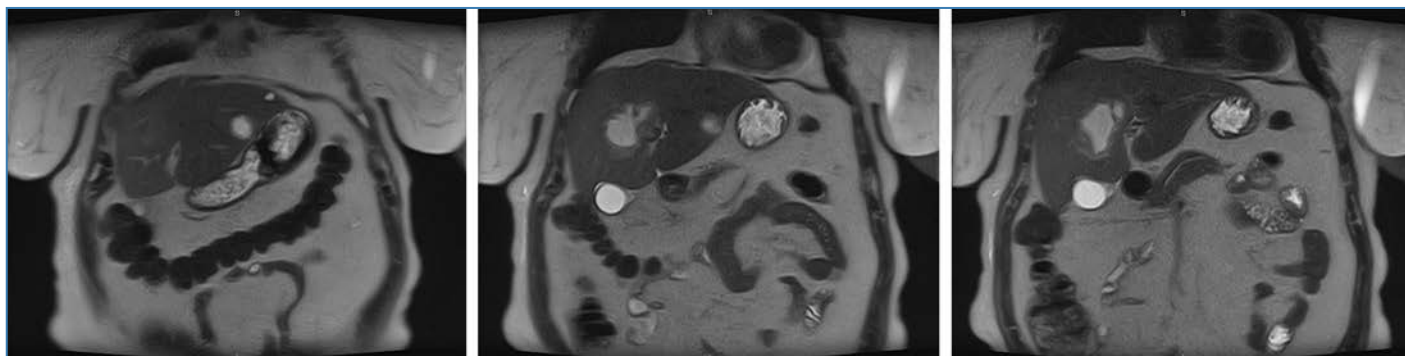


Рис. 1. МРТ-изображения первого исследования у пациентки А. (февраль, 2019)

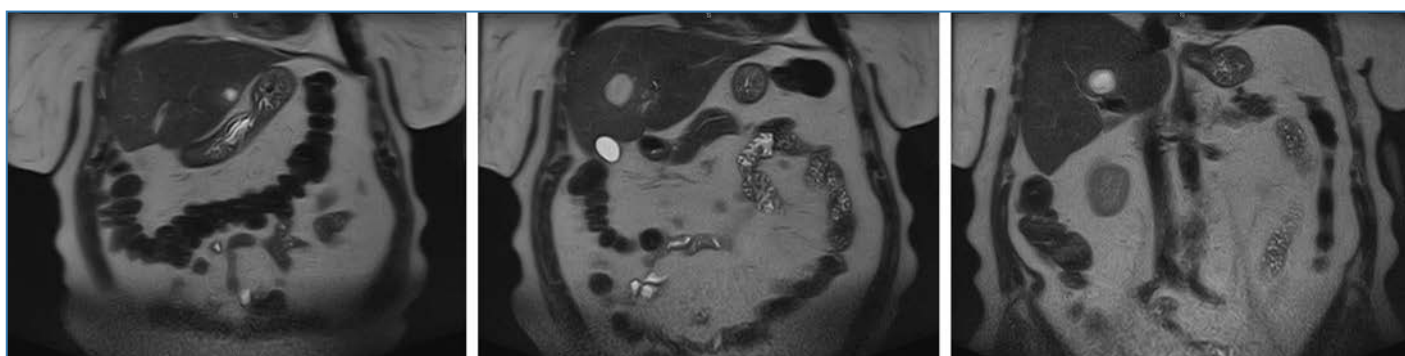


Рис. 2. МРТ-изображения второго исследования у пациентки А. (март, 2019)

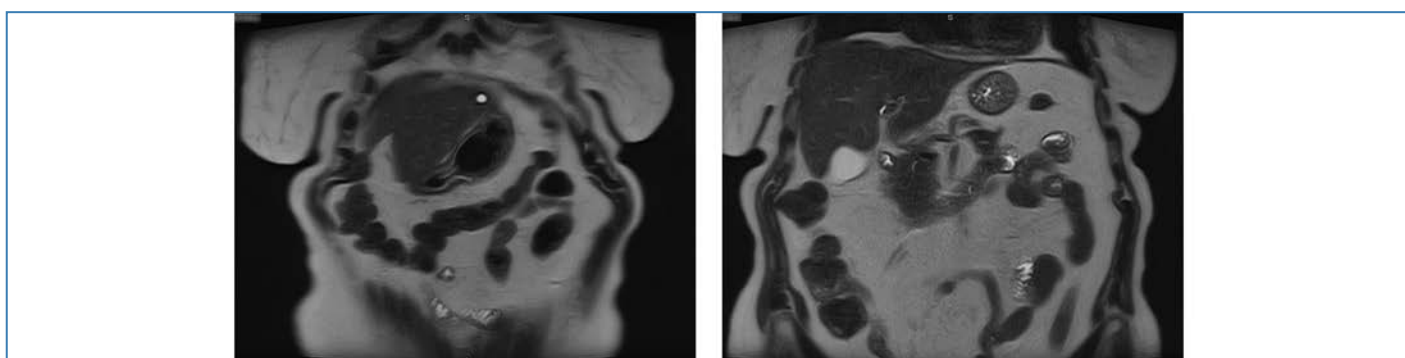


Рис. 3. МРТ-изображения третьего исследования у пациентки А. (апрель, 2019)

высокий риск для жизни пациентки в случае проведения пункции, превышающий диагностическую ценность полученных таким образом результатов. Кроме того, были отмечены особенности, которые следует учитывать при диагностическом поиске: наличие аппетита у пациентки, тяга к белковой диете, покраснение языка.

СОДРУЖЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ

В рамках решения описываемого клинического «ребуса», диагностическим отделением ЦГБ г. Азова была организована дополнительная консультация на кафедре рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России (заведующий кафедрой — профессор И.Е. Тюрин). Специалисты РМАНПО поддержали мнение азовских рентгенологов об инфекционном процессе в печени пациентки А., исключив онкологическое заболевание. Ранее проводившееся в отделении стандартное исследование кала не указывало на наличие каких-либо паразитов, что можно объяснить, например, прерывистостью их выделения. В этой связи была взята проба крови пациентки для последующего

специфического комплексного исследования, включавшего анализ антител к антигенам ряда протозойных инфекций и гельминтов. Анализ «Антитела к антигенам лямблий суммарные IgA, IgM, IgG (анти-*Lambliа intestinalis* IgA, IgM, IgG суммарные; анти-*Giardia Lamblia* IgA, IgM, IgG суммарные)» от 11.03.2019 дал положительный результат: коэффициент позитивности пробы (отношение оптической плотности пробы пациента к пороговому значению) составил 2,49.

Дальнейшее лечение пациентки А. осуществлялось вне стационара. После краткого курса лечения урсодезоксихолевой кислотой в капсулах (по 250 мг 2 капсулы 2 р./сут.) и до получения результатов анализа антител (установления инфекционного агента (лямблии) для подбора релевантной терапии) фармакотерапия проводилась нифурателом перорально 400 мг 3 р./сут. первые 3 дня, далее 7 дней по 400 мг 2 р./сут; свечи вагинальные в составе нифурател + нистатин — 1 р./сут на ночь, 8 дней, одновременно с началом приема пероральной формы. Выбор препарата был обусловлен большей безопасностью для пожилой пациентки, чем обычно применяемые производные нитроими-

дазола [9]. Со второго дня приема нифуратела отмечалось выраженное улучшение: нормализация температуры тела, снижение и прекращение ночного потоотделения, повышение настроения, «появление сил». Через две недели после окончания курса нифуратела проводилась трехдневная терапия албендазолом (400 мг перорально 1 р./сут.), выбранным в качестве одного из рекомендуемых средств [10] в связи с его активностью против широкого круга паразитов. В перерыве принимался растительный гепатопротекторный и желчегонный препарат — экстракт бессмертника песчаного. Соблюдалась диета, подобная советскому типу «5А». Результаты объективного контроля представлены в динамике на рисунках 1–3.

После проведенного лечения отмечалось значительное уменьшение размеров и количества очагов (см. рис. 2). Но все фокусы сохраняли многослойность с умеренным снижением интенсивности МР-сигнала от их центральной части на Т2-последовательностях. Таким образом, положительная динамика, выявленная при последующих МРТ, доказывала правильность выводов, сделанных при первичном МРТ о воспалительном характере патологических фокусов в печени [8]. Выявленные при первичном исследовании изменения не могли соответствовать метастатическому поражению, т. к. подавляющее количество очагов вторичного поражения имеют слабо гиперинтенсивный МР-сигнал в стандартном режиме сканирования Т2-взвешенных изображений (ВИ) и гипоинтенсивный сигнал в стандартном режиме Т1-ВИ. Также не выявлялся симптом кольца, характерный для злокачественного поражения. Гепатоцеллюлярная карцинома имеет широкий диапазон изменений интенсивности МР-сигнала на Т1-ВИ и Т2-ВИ. Большинство опухолей гипоинтенсивны на Т1-ВИ и относительно гиперинтенсивны на Т2-ВИ. Также могут отмечаться признаки кровоизлияния в опухоль, крупные опухоли склонны к некрозу. Часто при гепатоцеллюлярной карциноме обнаруживается инвазия воротной вены и реже — печеночных вен.

В динамике на фоне проводимого лечения у пациентки нормализовались результаты анализов крови. Были приняты меры по профилактике лямблиоза у членов семьи пациентки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Учитывая опубликованные на официальном сайте Минздрава России к моменту подготовки рукописи клинические рекомендации (228 документов на 05.08.2019), которые могли бы иметь значение при рассмотрении описываемого случая, обсудим возможные рассуждения лечащего врача или группы специалистов и имеющиеся пробелы. Итак, присутствуют клинические рекомендации: «Рак печени (печеночноклеточный)» — МКБ-10: C22.0; «Старческая астения» — МКБ-10: R54. Также есть методические рекомендации «Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста». Отсутствуют на сайте клинические рекомендации: «Пневмония» (нет в разделе «Болезни органов дыхания J00-J99»); «Лямблиоз» (нет в разделе «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни A00-B99»). Нет методических рекомендаций «Абсцесс печени», «Очаговые поражения печени», «Полипрагматизация». Соответственно, поиск имеющих отношение к нашему случаю методических и клинических рекомендаций, который мог бы помочь лечащему врачу сориентироваться в рекомендациях смежных специалистов, также несовер-

шенен. Иными словами, на сегодня официальный сайт клинических рекомендаций не дает достаточной информации для эффективной диагностики и лечения в случаях, похожих на описываемый. В этой связи заметим, что развитие информационных технологий по направлению «клиническая телемедицина» [11] призвано повышать возможности отдельно взятого врача, клиники и улучшать качество лечения пациента. Полагаем, что описываемый пример взаимосвязи столичной региональной городской организаций иллюстрирует актуальность и перспективность таких форм телемедицины. К недостаткам можно отнести отсутствие системных решений. Например, на наш взгляд, адекватным решением было бы добавление сложных описаний в какую-либо общую базу, где была бы обозначена иерархия получения ответа от желаемых или рекомендуемых системой экспертов, а также решен вопрос с оплатой работы или иными поощрительными мерами привлечения экспертов, участвующих в такой системе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопрос критичности врача относительно постановки диагноза, на наш взгляд, является сегодня особенно актуальными. С развитием все более серьезных методов диагностики, возможностью получения весьма разнообразных данных, и, как следствие, необходимостью выбора и сравнения источников на первый план выходят вопросы формальной логики, понимания ограничений тех или иных приборных методов и способов анализа данных, последовательности действий в поиске причин заболевания, критериев выбора и исключений. То есть по-прежнему актуальны все старые добрые качества, выделяющие хорошего диагноста, но подходы к формированию таких профессиональных качеств должны учитывать современные технологические реалии, кооперацию различных специалистов. Авторы надеются, что приведенный клинический случай окажется полезным для практических врачей и будет способствовать большему вниманию в отношении протозойных инфекций, а также появлению актуальных клинических рекомендаций.

Благодарности

Авторы благодарят администрацию МБУЗ ЦГБ г. Азова и сотрудников кафедры рентгенологии и радиологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России за предоставленные возможности совместных консультаций, а также лечащего врача пациентки А. за сотрудничество.

Литература

1. Kunihiro Y., Tanaka N., Kawano R. et al. Differential diagnosis of pulmonary infections in immunocompromised patients using high-resolution computed tomography. *Eur Radiol.* 2019 May 6. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1007/s00330-019-06235-3.
2. Pereira M., Gazzoni F.F., Marchiori E. et al. High-resolution CT findings of pulmonary Mycobacterium tuberculosis infection in renal transplant recipients. *Br J Radiol.* 2016;89(1058):20150686. DOI: 10.1259/bjr.20150686.
3. Třeška V., Kolářová L., Mírka H. et al. Alveolar echinococcosis — a rare disease with differential diagnostic problems. *Rozhl Chir. Summer.* 2016;95(6):240–244.
4. Gargano J.W., Adam E.A., Collier S.A. et al. Mortality from selected diseases that can be transmitted by water — United States, 2003–2009. *J Water Health.* 2017;15(3):438–450. DOI: 10.2166/wh.2017.301.
5. Reses H.E., Gargano J.W., Liang J.L. et al. Risk factors for sporadic Giardia infection in the USA: a case-control study in Colorado and Minnesota. *Epidemiol Infect.* 2018;146(9):1071–1078. DOI: 10.1017/S0950268818001073.
6. Obidike E.O., Igbo C. Unusual presentations of Giardia lamblia; a report of four cases. *Niger J Clin Pract.* 2010;13(2):225–227.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>