

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА РАКА ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пыхтина Полина Алексеевна

студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ, РФ, г. Ставрополь

Хабекирова Саида Анзоровна

студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ, РФ, г. Ставрополь

Курбанова Камила Магомеджамильевна

студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ, РФ, г. Ставрополь

Беков Эльдар Расулович

студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ, РФ, г. Ставрополь

Мурадбекова Саида Омаргаджиевна

научный руководитель, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ РФ, РФ, г. Ставрополь

Александрова Светлана Борисовна

научный руководитель, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, канд. мед. наук, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет, Министерство здравоохранения РФ – ФГБОУ ВО «СТГМУ» МЗ РФ, РФ, г. Ставрополь

Аннотация. Гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – это наиболее частая (около 85 % случаев) злокачественная опухоль печени, исходящая из гепатоцитов.

Остается актуальной проблема раннего диагностирования рака и прижизненной морфологической верификации клинического диагноза [3]. В статье рассматриваются противоречия, возникшие при постановке диагноза рака печени на примере клинического случая.

Ключевые слова: гепатоцеллюлярная карцинома; вирусный гепатит; альфафетопротеин;

компьютерная томография; магнитно-резонансная томография.

Материалы и методы исследования:

Пациент В., 57 лет.

Жалобы: на повышение температуры тела до 38-38,4С, ноющие боли по всему животу без четкой связи с приемом пищи, чувство тяжести в эпигастрии после еды, горечь во рту, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, снижение массы тела на 10 кг в течение последнего года, бессонницу в ночное время, общую слабость, снижение работоспособности.

Стул: неустойчивый - чередование оформленного и жидкого стула до 3-4 раз в сутки, без патологических примесей.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анамнез заболевания: Считает себя больным около 1 года, когда стали беспокоить вышеперечисленные жалобы, связывает с перенесенной новой коронавирусной инфекцией.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований на момент обращения:

11.22г. Анализ крови на определение антигена HbsAg вируса гепатита В,- положительный; на определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С – отрицательный; на исследование уровня антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 – отрицательный

12.2022г. ЭГДС с уреазным тестом и биопсией - Эритематозная, застойная гастропатия, результат биопсии. Эрозии антрального отдела желудка. Уреазный тест – отрицательный.

Морфологическое исследование тканей желудка 12.2022г.- хронический слабоактивный слабовыраженный мультифокальный гастрит.

12.2022г. Общий анализ крови – СОЭ 30 мм/ч в остальном в пределах нормы.

12.2022г.

Биохимический анализ крови АлТ 106 ед/л, АсТ 305 ед/л, общий билирубин 22,1 мкмоль/л, СРБ 47,5 мг/л

12.2022г.

Консультация инфекциониста – Диагноз: Хронический вирусный гепатит В (ДНК HBV «+»), высокая клиничко-биохимическая активность. Хронический гастродуоденит, обострение.

Субфебрилитет неясного генеза. Рекомендовано дообследование: КТ ОБП с контрастированием, колоноскопия, АФП, кровь на гемокультуру и стерильность.

01.2023г. УЗИ органов брюшной полости: Гепатомегалия. Множественные очаговые образования паренхимы обеих долей печени. Выраженные диффузные изменения паренхимы печени. Контурная деформация желчного пузыря, эховзвесь в его полости. Диффузные изменения видимых отделов паренхимы поджелудочной железы. Спленомегалия. Выраженный метеоризм.

01.2023г. Эхокардиография с цветным доплеровским картированием: Сократительная способность миокарда сохранена. Данных за эндокардит, миокардит нет.

01.2023г. Биохимический анализ крови: ГГТ 605,01 ед/л, ЩФ 564,83 ед/л, глюкоза, креатинин, холестерин общий – в пределах нормы.

01.2023г. Коагулограмма АЧТВ, Протромбин, МНО, ПТВ, ТВ – норма, фибриноген 448,0 мг/дл

01.2023г. КТ органов брюшной полости с контрастным усилением – КТ-признаки не исключают мелкоузлового цирроза печени.

Патологическое образование левого надпочечника (аденома?), асцит, лимфаденопатия (рис.1, рис.2, рис.3)

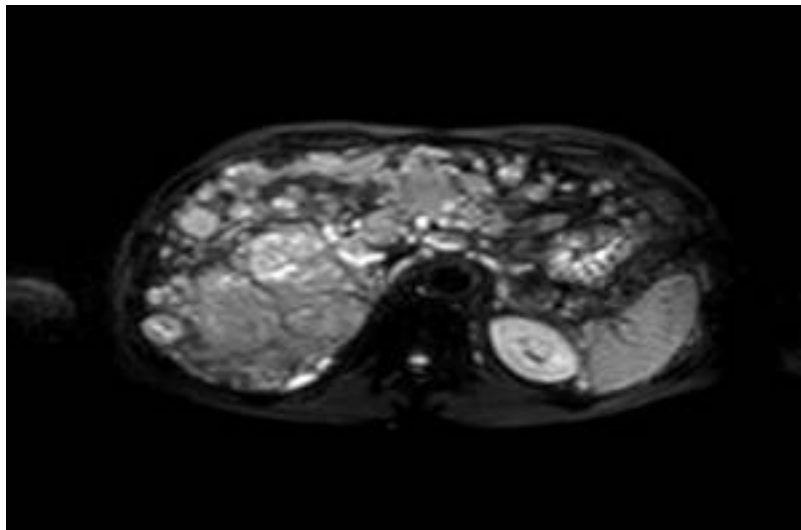


Рисунок 1. Патологическое образование левого надпочечника

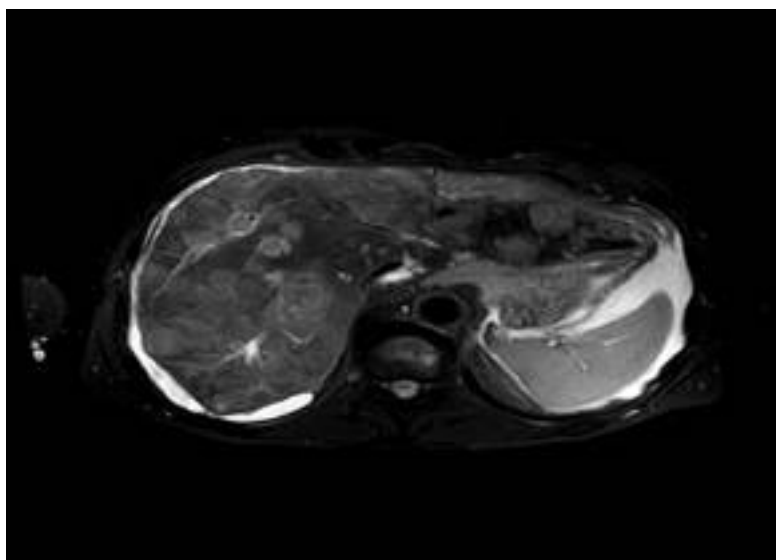


Рисунок 2. Патологическое образование левого надпочечника

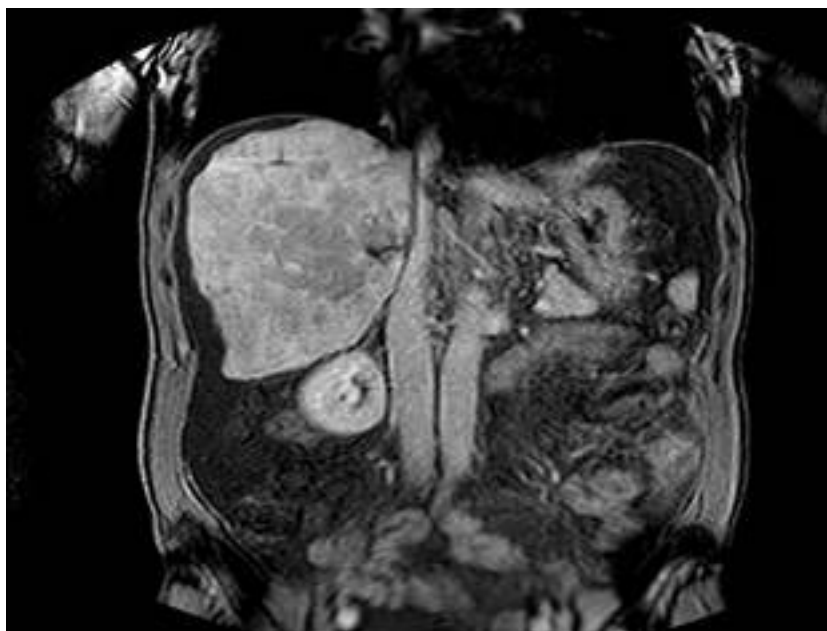


Рисунок 3. Патологическое образование левого надпочечника

02.2023г. Толстокишечная видеоэндоскопия: Полип ободочной кишки – полипэктомия. Долихосигма? Дискинезия ободочной кишки по гипотоническому типу.

02.2023г Морфологическое исследование тканей кишечника: Тубулярная аденома толстой кишки с дисплазией 1-2 степени.

02.2023г. Консультация онколога – Диагноз: Цирроз печени в исходе вирусного гепатита В, класс А (5 баллов) по Чайлд-Пью. Синдром портальной гипертензии. Рекомендовано КТ ОБП в динамике, наблюдение у инфекциониста и гастроэнтеролога в общей лечебной сети.

Анамнез жизни: Образование среднее. Работает водителем. Женат, двое детей.

Хронические заболевания: ИБС. Персистирующая форма фибрилляции предсердий. Хронический вирусный гепатит В с 2016г.

Аллергоанамнез неотягощен.

Вредные привычки: отрицает

Наследственный анамнез: неотягощен.

Перенесенные операции: аппендэктомия в 1986г.

Объективно:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное.

Рост 195 см вес 84 кг ИМТ 21, Т тела 37,8С

Кожные покровы с желтушным оттенком. Иктеричность склер

и слизистых. Периферических отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненные.

Костно-суставная система развита правильно.

Грудная клетка правильной формы. Пальпация грудной клетки безболезненна.

Перкуторно над легкими ясный легочной звук.

Аускультативно везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет. ЧДД 19 в минуту

Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии.

Границы относительной сердечной тупости: правая - 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - 3 ребро на 1 см кнаружи от левого края грудины, левая - 5 межреберье по левой срединно-ключичной линии.

Аускультивно тоны сердца приглушенные. Ритм правильный.

Пульс 94 ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 94 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст.

Язык сухой, обложен по центру и у корня белым налетом.

Живот правильной формы, в правой подвздошной области послеоперационный рубец.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в зоне Губергрица-Скульского, околопупочной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При глубокой пальпации все доступные отделы толстой кишки безболезненные.

Размеры по Курлову 13x11x9 см. Край печени при пальпации бугристый, каменистой плотности, безболезненный.

Симптомы Ортенера, Мюсси, Кера, Мерфи - отрицательные.

Селезенка не пальпируется

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по области почек отрицательный.

На основании жалоб, данных анамнеза и физикального обследования был выставлен предварительный диагноз: Цирроз печени в исходе вирусного гепатита В (ДНК HBV «+»), активный, класс по Чайлд-Пью уточнить. Осложнения: Синдром портальной гипертензии (асцит, спленомегалия). Синдром холестаза.

С-г печени?

Результаты назначенных лабораторно-инструментальных исследований:

- Общий анализ крови: гемоглобин 127 г/л, СОЭ 51 мм/ч.

- Биохимический анализ крови: СРБ 56,3 мг/л, общий билирубин 43,0 мкмоль/л, прямой билирубин 19,4 мкмоль/л, холестерин 6,0 мкмоль/л, АлТ 241 ед/л, АсТ 479 ед/л, ЩФ 939 ед/л, ГГТ 739 ед/л.

- Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови -11620 ! Ед/мл (норма < 100 нг/мл.).

- МРТ ОБП с внутривенным введением гепатотропного контрастного препарата: МР-признаки крупноузлового цирроза печени с наличием множественных регенераторных (II Grade) и диспластических узлов (III Grade, то есть узлы ГЦК). Многоузловое наибольшее образование локализовано в правой доле. Многоузловое образование левой доли (SIV) с прорастанием в воротную вену. Портальная гипертензия.

Сдавление верхней полой вены. Асцит. Выраженный отек внутрибрюшинной клетчатки.

Увеличение размеров желчного пузыря, сладж желчи. Поясничная дистопия правой почки. Аденома левого надпочечника (рис.4, рис.5).

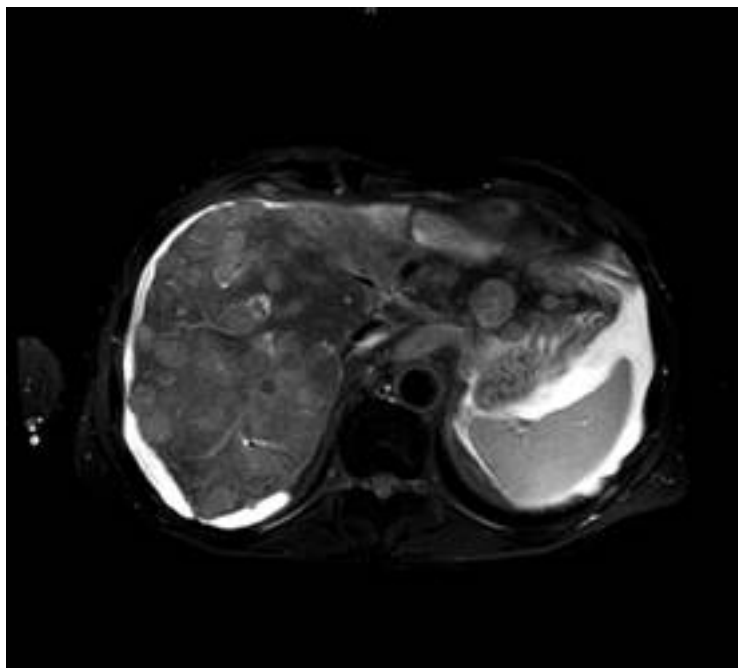


Рисунок 4. Поясничная дистопия правой почки

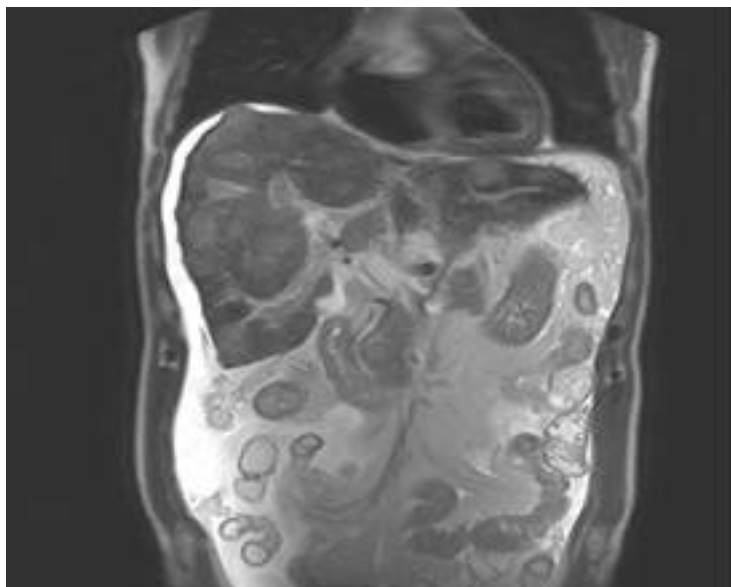


Рисунок 5. Аденома левого надпочечника

Трепан-биопсия печени с цитологическим и гистологическим исследованием под УЗ-контролем: Комплексы гепатоцеллюлярной карциномы в фиброзной строме.

Пациент повторно консультирован онкологом. Выставлен диагноз: Гепатоцеллюлярная карцинома T4N1M1, 4 стадия, кл.группа 2. Осложнения: Опухолевая интоксикация. Анемия 1 степени тяжести.

Заключение:

1. Гепатоцеллюлярный рак не имеет специфических симптомов, в связи с этим, необходимо комплексное обследование с обязательной морфологической верификацией диагноза.

2. Диагностика данной патологии сложна и в большинстве случаев

заболевание выявляется на поздних стадиях.

3. Вирусные гепатиты В один из наиболее частых факторов риска развития гепатоцеллюлярной карциномы.

Список литературы:

1. Бредер В.В. Факторы риска развития гепатоцеллюлярного рака в онкологической практике. Опыт Российского Онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - N 4. - С. 4 - 12.

2. Бредер В.В. Факторы прогноза выживаемости больных гепатоцеллюлярным раком в Российской популяции пациентов, опыт Российского научного онкологического центра имени Н.Н. Блохина./Бредер В.В., Виршке Э.Р., Кудашкин Н.Е., Базин И.С, Поддубская О.В., Медведева Б.М., Романова К.А., Мороз Е.А., Лактионов К.К.//Вестник ФГБУ "РОНЦ им. Н.Н. Блохина". - 2016. - том 27, N 2. - С. 75 – 83

3. Клинические рекомендации РФ 2022г.(Россия), категории МКБ: печеночноклеточный рак (С 22.0), Раздел медицины: онкология

4. Семиотика заболеваний внутренних органов: учеб.пособ. / А.В. Струтынский, А.П. Баранов, Г.Е. Ройтберг, Ю.П. Гапоненков. – 10 изд. – М.: МЕДпрессинформ, 2015. – 304с.: ил.+ 1 DVD.