

Вертянкин С.В., Турлыкова И.А.

**Болезнь кошачьих царапин как междисциплинарная проблема***ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России***Резюме**

Постановка диагноза при обнаружении очаговых образований печени является междисциплинарной проблемой, так как причинами их формирования могут являться злокачественные, доброкачественные опухоли, а также гранулематозное ее воспаление. Дифференциальная диагностика объемных образований печени требует применения как неинвазивных методик, так и оперативных вмешательств с целью морфологической верификации диагноза.

**Ключевые слова:** болезнь кошачьих царапин, фелиноз, очаговое образование печени, гранулематозное воспаление печени

**Введение**

В последние годы отмечается рост случаев обнаружения опухолевых образований печени. Наиболее часто из них встречаются злокачественные поражения (первичные и метастатические). Заболеваемость первичным раком печени и внутривнутрипеченочных желчных протоков на 100 тыс. населения в России в 2015 году составила 5,52%, при этом прирост заболеваемости в 2015 году составил 16,32% [1]. По литературным данным, метастатические опухоли печени наблюдаются гораздо чаще, чем первичные (соотношение 1:10) [2]. Доля доброкачественных опухолей печени в популяции составляет 9 % [3]. Кроме того, причиной формирования очаговых образований печени является гранулематозное воспаление при туберкулезе, саркоидозе, фелинозе, бруцеллезе, иерсиниозе и др. Частота встречаемости гранулем печени в литературных источниках различна. Известно, что в 2,4-10 % биопсий печени по поводу очаговых образований выявляется ее гранулематозное поражение [4]. В случае обнаружения объемных образований печени по данным лучевых методов и невозможности их трактовки проводится онкопоиск по локализациям, занимающим ведущее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями, а именно: кожи, молочной железы, легкого, ободочной кишки, предстательной железы, желудка, тела матки, прямой кишки, лимфатической и кровяной ткани [5]. Для этого проводится КТ органов грудной клетки, ФГДС, колоноскопия, УЗИ почек, щитовидной железы, ТРУЗИ у мужчин, УЗИ органов малого таза и молочных желез – у женщин, КТ и МРТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Для дальнейшей верификации образования рекомендовано проведение биопсии.

**Описание клинического случая**

Больная М., 36 лет, поступила на стационарное лечение в клинику факультетской хирургии и онкологии СГМУ с жалобами на подъемы температуры тела до 38 °С в течение 1 месяца, сопровождающиеся болью в суставах, наличие пальпируемого образования в правой подмышечной области. За две недели до госпитализации больная проходила лечение в гнойном хирургическом отделении Городской больницы г. Балаково с диагнозом: Лимфаденит подмышечной области, гипертермия неясной этиологии. Во время стационарного лечения больная была обследована: при УЗИ органов брюшной полости были выявлены множественные очаговые образования печени, подозрительные на опухолевое поражение, при УЗИ периферических лимфатических узлов - в подмышечной области справа лимфатические узлы размерами 21x22 мм с сохраненной структурой и размерами 22x12 мм с нечеткими контурами. Больная получила антибактериальное лечение (цефтриаксон по 1 г и амикацин 0,5 2 р/д в/м в течение 7 дней, метрогил 100,0 в/в капельно 3 р/д, в связи с ухудшением состояния после приема метрогила в течение 3 дней, была произведена замена антибиотиков на цефтриаксон по 2 г 2 р/д в/в капельно), на фоне которого не отмечалось улучшения состояния, сохранялась лихорадка. Больная была выписана для дообследования амбулаторно.

При повторном УЗИ органов брюшной полости в обеих долях печени сохранялись гипоехогенные однородные образования с ровными контурами до 18 мм в диаметре. При МРТ органов брюшной полости также были выявлены множественные неправильной формы зоны пониженного и повышенного сигнала в паренхиме печени (S2-S8) размерами до 2,6x2,5x2,5 см (по заключению врачей лучевой диагностики, более вероятно опухолевое поражение печени), МР-признаки участка структурных изменений в забрюшинном пространстве позади головки поджелудочной железы – возможно, увеличенные лимфоузлы (размерами 3,1x1,8x2,2 см с неровными контурами). По данным КТ органов грудной клетки без контрастного усиления, патологии в легких не выявлено, множественные очаговые образования печени (вероятно, вторичного характера), очаговое образование правой молочной железы, признаки аксиллярной лимфаденопатии справа.

В связи с сохраняющимися жалобами на подъемы температуры тела и наличием очаговых образований печени, генез которых требует уточнения, больная была госпитализирована в клинику факультетской хирургии и онкологии. Данные объективного осмотра при поступлении: периферические лимфатические узлы, доступные исследованию, не увеличены, живот симметричный, мягкий, при пальпации безболезненный, печень не увеличена, не выступает из-под края реберной дуги, пальпация ее безболезненная. В общем анализе крови лейкоцитов 5,82x10<sup>9</sup>/л (палочкоядерных – 4 %, сегментоядерных – 68 %, лимфоцитов – 20 %, моноцитов – 6 %), эритроцитов 4,11x10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 121 г/л, гематокрит 39,2 %, тромбоцитов 239x10<sup>9</sup>/л. Общий анализ мочи без патологии. В биохимическом исследовании крови отклонения от нормы не выявлено (АЛТ – 13,1 Ед/л, АСТ – 14,9 Ед/л, билирубин – 8,6 мкмоль/л, общий белок – 76,7 г/л, альбумин – 42,1 г/л, СРБ – отриц.). При исследовании крови на маркеры гепатитов HBSAg и anti-HCV получен отрицательный результат, АТ к ВИЧ не обнаружены.

В связи с тем, что причина очаговых образований печени была неясна, было принято решение провести дифференциальную диагностику между доброкачественной опухолью печени, злокачественной опухолью и ее метастатическим поражением. Больную проведен онкопоиск по наиболее частым локализациям, для чего ей были выполнены следующие обследования: ФГДС (хронический поверхностный гастрит, дуоденогастральный рефлюкс, дуоденит), колоноскопия и УЗИ почек, при которых патологии выявлено не было. При УЗИ органов малого таза выявлены ультразвуковые признаки миомы матки, патология эндометрия

(полип?). Больная консультирована гинекологом, был выставлен диагноз: Полип цервикального канала, интрамуральная лейомиома матки. По данным УЗИ молочных желез, выявляются очаговые образования справа в верхне-наружном квадранте овальной формы с четкими контурами размерами 14х7 мм (фиброаденома), справа и слева – в верхних и наружных квадрантах единичные образования 3-5 мм с четкими контурами (кисты). При маммографии – фибронокистозная гиперплазия средней ст. выраженности, доброкачественное образование справа (киста). По данным УЗИ щитовидной железы, патологии не выявлено. Кроме того, было проведено исследование крови на онкомаркеры: РЭА – 0,4 нг/мл (при норме < 6,5), СА 125 – 57,6 Ед/мл (<35), СА 19-9 – 15,9 Ед/мл (<27).

После проведенного обследования для уточнения характера образований печени больной решено было выполнить толстоигольную пункционную биопсию печени под УЗИ контролем, видеолапароскопию, биопсию печени. Была проведена толстоигольная пункционная биопсия под УЗИ контролем объемных образований печени, расположенных в проекции 5 и 6 сегментов печени, при интраоперационном цитологическом исследовании получены гепатоциты с дистрофическими изменениями, макрофаги, гистиоциты, лимфоциты, нейтрофилы, пласты фиброцитов. Далее была выполнена видеолапароскопия, при ревизии печень обычных размеров, коричневая, в обеих долях множественные очаговые образования белесого цвета, часть из них плоские, незначительно возвышающиеся над поверхностью печени, округлой или неправильной звездчатой формы, размерами от 0,5 до 2,0 см, мягкие при инструментальной пальпации, часть имеют форму узелков до 0,8 см, плотные при инструментальной пальпации. Выполнено иссечение плотного округлого образования 5 сегмента печени. При интраоперационном цитологическом исследовании – на фоне детрита, фиброцитов, бесструктурных масс эпителиоидные клетки, макрофаги, лимфоциты (нельзя исключить гранулематозное воспаление). При дальнейшей ревизии брюшной полости и малого таза патологии выявлено не было. После операции был выставлен диагноз: Очаговый фиброз печени. Множественное билобарное поражение. По данным гистологического исследования, в одном кусочке – лимфангиома печени, во втором – на фоне неизменной паренхимы печени расширенный желчный проток с перидуктальным фиброзом, в биоптате – неизменная ткань печени и фрагмент фиброзной капсулы. Полученные биоптаты печени были отправлены на дальнейшее иммуногистохимическое исследование, при котором не было выявлено данных за лимфопролиферативное поражение печени, гистологическая картина соответствовала гранулематозному воспалению. Было рекомендовано в клинике исключить туберкулез, фелиноз, иерсиниоз, грибковую инфекцию.

При углубленном сборе анамнеза, был выявлен факт царапины кошки, после чего через 2 недели появились вышеописанные жалобы. В связи с этим больная была консультирована инфекционистом, в результате чего ей был выставлен диагноз: Фелиноз. Назначена антибактериальная терапия ципрофлоксацином 0,5 г 2 р/д в течение 7 дней. Больная отметила улучшение состояния, не отмечает повышение температуры. При контрольном УЗИ органов брюшной полости спустя 2 недели после назначенного лечения отмечена положительная динамика: значительно уменьшилось количество очаговых образований, их размер, изменилась их эхоплотность (структура). Было выявлено наличие лишь двух очаговых образований в 6, 7 сегментах диаметром до 13 мм с нечеткими контурами.

### Заключение

Гранулематозное воспаление печени является редко встречающимся заболеванием. В постановке диагноза принимают участие врачи разных специальностей, поэтому проблема постановки диагноза гранулематозного воспаления печени вообще и, в частности, фелиноза является междисциплинарной проблемой. Дифференциальную диагностику очаговых образований печени необходимо проводить с доброкачественным и злокачественным (первичным и метастатическим) ее поражением. В алгоритм обследования обязательно должно входить исследование локализаций наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей, которые могут метастазировать в печень, а именно: желудка, поджелудочной железы, толстой кишки, молочной железы, легких, режее – пищевода, яичников, предстательной железы, почек [6]. Толстоигольная биопсия с возможностью проведения иммуногистохимического исследования является окончательным методом верификации объемных образований печени.

### Литература

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году - под редакцией А. Д. Каприна, В. В. Старинского, Г. В. Петровой. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2016. – илл. – 236 с.
2. Онкология – под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560 с.: ил.
3. Julio Cesar Uili Coehlo, Christiano M. P. Claus, Priscilla Balbinot, Podrigo Nitische, Victor Mamoru Haida. Indication and treatment of benign hepatic tumors. ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva. 2011; 24(4):318-323 DOI
4. Laura W. Lamps (2015) Hepatic Granulomas: A Review With Emphasis on Infectious Causes. Archives of Pathology & Laboratory Medicine: July 2015, Vol. 139, No. 7, pp. 867-875
5. Итоги работы онкологической службы Саратовской области в 2016 году. Форма № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях» 2016 г. Сведения о впервые выявленных злокачественных новообразованиях
6. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. II. – 832 с. – (Серия «Национальные руководства»).