

УДК 616.993.12

3.1.22 Инфекционные болезни

DOI: 10.37903/vsgma.2022.1.14 EDN: DTKQID

АМЕБИАЗ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПОРАЖЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)© Глуткина Н.В.¹, Кулага Е.Я.², Зинчук Вл.В.²¹Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 230009, Гродно, ул. Горького, 80²Гродненская университетская клиника, Республика Беларусь, 230030, Гродно, бул. Ленинского Комсомола, 52*Резюме*

Цель. Провести анализ клинического случая диагностики амебиоза при различных формах поражения.

Методика. Авторы наблюдали пациента с редким случаем развития амебиоза при различных формах поражения. Проанализированы особенности постановки диагноза этой нозологической формы.

Результаты. Представлен клинический случай сложности постановки диагностики амебиоза при различных формах поражения. Пациент получал специфическое лечение по поводу пневмонии, однако, в связи с неэффективностью от проводимой терапии для продолжения лечения был переведен в пульмонологическое отделение Гродненской университетской клиники. После проведенного обследования был выставлен диагноз: Амебиоз. Амебный абсцесс правой доли печени. Амебные абсцессы легких. Состояние после лапароскопии, вскрытия, санации, дренирования абсцесса правой доли печени. Острые жидкостные скопления в брюшной полости и малом тазу. Состояние после лапароскопии, санации, дренирования абсцесса печени, жидкостных скоплений брюшной полости и малого таза. Двухсторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Двухсторонний гидроторакс. ДН 1.

Заключение. На основании приведенного примера данного клинического случая демонстрируется сложность постановки диагностики амебиоза при различных формах поражения.

Ключевые слова: диагностика, амебиоз, абсцесс, пневмония

AMEBIASIS: FEATURES OF DIAGNOSIS IN VARIOUS FORMS OF LESION (CLINICAL CASE)Glutkina N.V.¹, Kulaga E.Ya.², Zinchuk V.V.²¹Grodno State Medical University, 80, Gorkogo St., 230009, Grodno, Republic of Belarus²Grodno University Clinic, Boulevard Leninsky Komsomol, 52, 230030, Grodno, Republic of Belarus*Abstract*

Objective. To analyze a clinical case of amoebiasis diagnosis in various forms of lesion.

Methods. The authors observed a patient with a rare case of amoebiasis in various forms of lesion. The features of the diagnosis of this nosological form are analyzed.

Results. A clinical case of the complexity of the diagnosis of amoebiasis in various forms of lesion is presented. The patient received specific treatment for pneumonia, however, due to the ineffectiveness of the therapy, he was transferred to the pulmonology department of the Grodno University Clinic to continue treatment. After the examination, the diagnosis was made: Amoebiasis. Amoebic abscess of the right lobe of the liver. Amoebic lung abscesses. The condition after laparoscopy, autopsy, sanitation, drainage of the abscess of the right lobe of the liver. Acute fluid accumulations in the abdominal cavity and pelvis. Condition after laparoscopy, sanitation, drainage of liver abscess, fluid accumulations of the abdominal cavity and a pelvis. The condition after laparoscopy, sanitation, drainage of liver abscess, fluid accumulations of the abdominal cavity and pelvis. Destructive pneumonia of both lungs. Double-sided hydrothorax. Respiratory Failure 1.

Conclusion. Based on the given example of this clinical case, the difficulties of diagnosing amoebiasis in various forms of lesion are demonstrated.

Keywords: diagnostics, amebiasis, abscess, pneumonia

Введение

Амебиоз – протозойное заболевание человека с фекально-оральным механизмом передачи, вызываемое вегетативной формой *Entamoeba histolytica*, характеризующееся язвенным поражением кишечника, умеренно выраженной интоксикацией, рецидивирующим и хроническим течением и возможными внекишечными осложнениями в виде абсцессов печени, головного мозга, лёгких и других органов [3].

Клиническая картина амебиоза может быть полиморфна, и заболевание представляет определенные трудности в диагностике, в связи с тем, что в клинической практике нередко встречаются случаи сочетания амебиоза с другими острыми кишечными инфекциями и другими инфекционными болезнями [5]. Амебами инфицировано до 10% мировой популяции [1]. 480 млн. людей в мире являются носителями данного возбудителя, следует отметить, что у 48 млн. из них развивается колит и внекишечные абсцессы, а у 40-100 тыс. заболевших наступает летальный исход [3]. Внекишечный амебиоз составляет около 10% от всех случаев амебиоза. В результате проникновения амеб из подслизистого слоя кишки в кровеносное русло возникают метастатические септические очаги поражения в различных органах (абсцесс в печени, реже – в легких, головном мозге, почках, поджелудочной железе) [8].

Цель исследования – провести анализ клинического случая диагностики амебиоза при различных формах поражения.

Методика

Авторы наблюдали пациента с редким случаем развития амебиоза при различных формах поражения. Проанализированы особенности постановки диагноза этой нозологической формы.

Описание клинического случая

Пациент М. (59 лет) поступил в марте 2022 г, в отделение пульмонологии учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» с диагнозом: внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония, дыхательная недостаточность I. При поступлении пациент предъявлял жалобы: повышение температуры тела до 37.5°C в вечернее время, сопровождающееся ознобом, потливостью, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, общую слабость, снижение работоспособности, периодическую тяжесть в эпигастрии. Анамнез заболевания: заболел остро, после переохлаждения, когда появились вышеперечисленные жалобы. Лечился амбулаторно самостоятельно. Находился на стационарном лечении по месту жительства.

Получал лечение: гепарин, омепразол, фамотидин, дексаметазон, витамин С, инфузионная терапия, левофлоксацин, цефтриаксон, эссенцикапс, оксигенотерапия, гипотензивная терапия, прон-позиция. В течении нескольких дней с учетом снижения SpO₂-91-92% получал ингаляции увлажненным кислородом потоком до 6 л/мин. С учетом неэффективности проводимой терапии для продолжения лечения переведен в пульмонологическое отделение Гродненской университетской клиники.

При поступлении пациенту было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов в брюшной полости, в малом тазу и межпечевом пространстве определяется умеренное количество свободной жидкости. Печень: Контуры неровные. КВР правой доли 200 мм, толщина левой доли 92 мм. Структура неоднородна, мелкозернистая. Эхогенность диффузно повышена. Сосудистый рисунок обеднен. Очаговые образования: по висцеральному контуру определяется тканевое неоднородное образование размером 117x66 мм. Подкапсульно, на уровне выше описанного образования, лоцируется жидкостная вытянутой формы структура размером 85x25 мм (гематома). Внутривенечные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь: сокращен. Воротная вена 12 мм, холедох 5 мм. Диаметр брюшного отдела аорты 21 мм. Поджелудочная

железа: осмотру не доступна. С учетом данных УЗИ, клинической картины пациенту было выполнено компьютерная томография органов брюшной полости с ангиопрограммой.

Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки (рис. 1): В обоих легких определяются множественные периваскулярные узелки, узлы и полостные структуры, мах в S6 левого легкого субплеврально 35×40 мм с неровными внутренними контурами с подходящей к ней ветвью S6. В S5 правого легкого, язычковых сегментах и S8 левого легкого субплеврально определяются зоны консолидации, на их фоне бронхи проходимы. Трахея и крупные бронхи без видимых сужений. Корни легких не расширены. Увеличенных внутригрудных л/узлов не выявлено. В наддиафрагмальной клетчатке справа узелок 7 мм. Свободная жидкость в плевральных полостях не определяется.

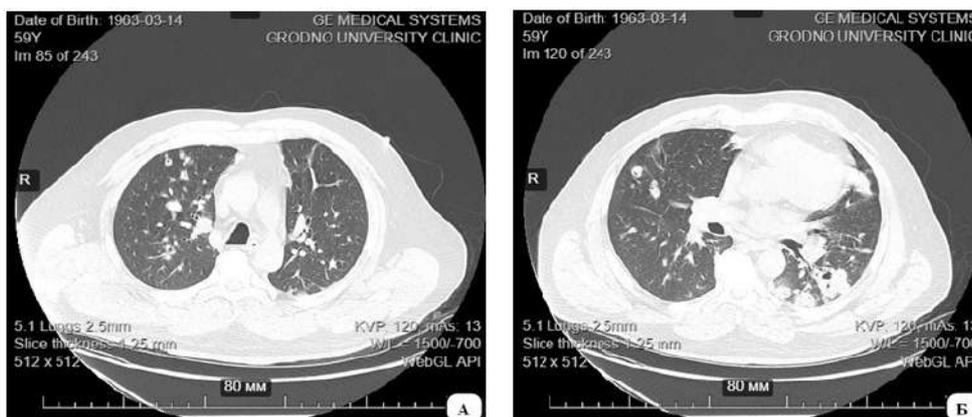


Рис. 1. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки (А, Б).

Была выполнена рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением: на видимом уровне контуры печени деформированы на уровне S4 сегмента за счет неоднородного гиподенсивного образования 67×99 мм неправильной формы, на этом же уровне гиподенсивная жидкостная структура 31×45 мм. По контуру S3 печени ограниченная жидкость толщиной до 17 мм. В S4, S5, S8 печени определяется структура жидкостной плотности со множественными перегородками, накапливающими контрастный препарат, сечением 80×112 мм. По переднему контуру печени определяются участки скопления жидкости 47×83 мм, 21×71 мм – ограниченные подпаянными участками висцерального листка брюшины участки жидкости? подкапсульные жидкостные структуры? (рис. 2).

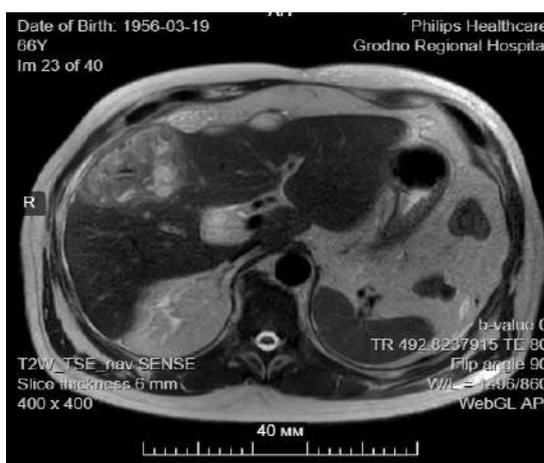


Рис. 2. Рентгеновская компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением

Ниже печени по правому боковому карману брюшной полости, по ходу тонкой кишки, в межпетлевом пространстве определяется жидкость мах сечением 43 мм. Клетчатка брюшной полости уплотнена. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь с

однородным жидкостным содержимым, стенка не утолщена, рентгенпозитивных конкрементов не выявлено. Поджелудочная железа не увеличена, структура дольчатая, контуры четкие. Селезенка обычной формы, контуры ее ровные, четкие, структура и плотность паренхимы не изменена.

Надпочечники обычной формы и размеров, однородной структуры. Правая почка обычной формы, имеет четкие, ровные контуры, паренхима без убедительных данных за наличие плотностных изменений. Чашечно-лоханочная система не расширена, конкременты не обнаружены. Паранефральная клетчатка – без особенностей. Левая почка эктопирована, расположена на уровне L4-S5; обычной формы, имеет четкие, ровные контуры, паренхима без убедительных данных за наличие плотностных изменений. Чашечно-лоханочная система не расширена, конкременты не обнаружены. Имеется неполное удвоение в виде двух лоханок, которые на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента соединяются в один мочеточник, ворота почки развернуты кпереди и кнаружи. Паранефральная клетчатка – без особенностей. Мочевой пузырь умеренного наполнения, содержимое однородно, обычной плотности, толщина стенки обычная. Предстательная железа с ровными, четкими контурами, 46×50 мм. Семенные пузырьки – без особенностей. В пузырьно-прямокишечном пространстве скопление жидкости 34×36 мм. Увеличенные лимфоузлы на уровне исследования не определяются, однако увеличено количество брыжеечных лимфоузлов. Костно-деструктивных изменений не выявлено. В большой ягодичной мышце справа участок пониженной плотности 23×53 мм – воспалительные изменения (абсцесс).

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости (рис. 3а, б, в, г): Печень правильной формы, размер правой доли по среднеключичной линии до 195 мм, левой доли до 75 мм, в 5 сегменте имеется неправильной округлой формы неоднородное жидкостное образование с ИКД 0,3-0,7, с тонкими стенками, с множественными тонкими перегородками, частично сходящимися к центральной части, размером до 104 на 71 на 106 мм; в остальном без очаговой патологии; внутрипечёночные желчные протоки не расширены; желчный пузырь до 19 мм шириной, без чётких контуров, со стенкой равномерной толщины (умеренно отёчна); в просвете уровень более густой неоднородной жидкости, без явно видимых конкрементов. Холедох не расширен, до 4 мм диаметром, без видимых дополнительных образований в просвете. Воротная вена до 11 мм диаметром. По передне-нижней поверхности печени на уровне образования (до 79 на 38 на 96 мм) и по поверхности 4 сегмента (до 72 на 18 на 38 мм) имеется два подкапсульных скопления неоднородной жидкости с ИКД около 0,5-0,6 (воспалительного характера), без признаков продуктов распада крови. Расстояние от поверхности кожи до края образования в печени около 40 мм, до края подкапсульного образования около 25 мм. Поджелудочная железа обычно расположена, с чёткими, неровными контурами, без очаговой патологии; головка – 20,5; тело – 19,5; хвост – 21,5 мм. Вирсунгов проток не расширен. Паранефральная клетчатка не изменена.

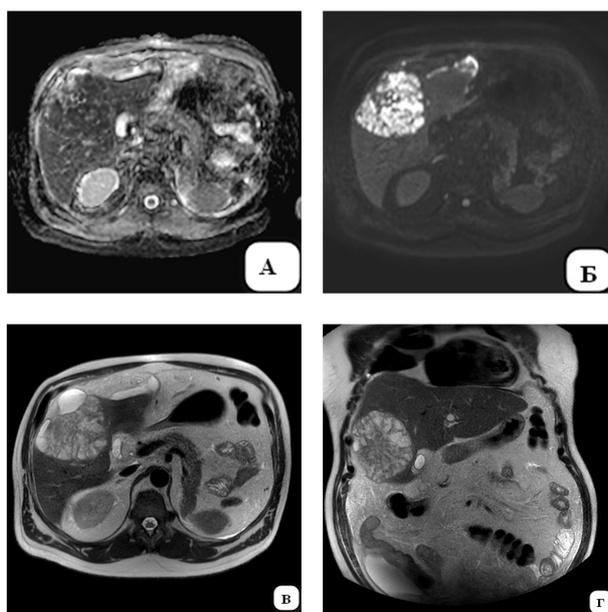


Рис. 3. Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости А-Г

Учитывая жалобы, данные методов исследования пациент для дальнейшего лечения, был переведен в хирургическое отделение с диагнозом: Абсцесс правой доли печени. Паразитарная киста печени с абсцедированием? Полисегментарная двухсторонняя полисегментарная

деструктивная пневмония (септическая), тяжелое течение. ДН2. Артериальная гипертензия 2 риск 4 Н1. Воспалительный инфильтрат мягких тканей правой ягодичной области.

Пациенту была выполнена санация и дренирование абсцесса: при ревизии брюшной полости выявлен по правому боковому каналу рыхлый инфильтрат – при разделении последнего путем тупого отделения сальника от париетальной брюшины вскрылась полость, содержащая прозрачный выпот объемом до 300 мл. Аспирирован. Взят посев. В правом подреберье инфильтрат прикрыт прядью сальника, при попытке его мобилизации вскрылась полость содержащая сливкообразный гной объемом до 200 мл. Аспирирован. Взят посев. Полость промыта растворами антисептиков. После чего тупо и остро снята прядь большого сальника с диафрагмальной поверхности правой доли печени, начал поступать сливкообразный гной из глубины паренхимы печени, последняя на протяжении участка до 8x7 см представлена бурокоричневой тканью с очагами казеозного распада, гнойное отделяемое поступает из «сот» абсцесса печени. В пределах видимо изменённой ткани, разрушены перемычки (удалены для гистологического исследования) что способствовало поступлению значительного количества гнойного содержимого. Полость промыта. Контроль гемостаза. В полость абсцесса введены марлевый тампон и дренажная трубка. Правое поддиафрагмальное пространство, правый боковой канал, таз справа дренированы дренажными трубками (№3). Швы на раны. Иод. Асептическая повязка

Результаты лабораторных исследований. Макроскопическое заключение (биопсия печени) гистологического исследования: фрагмент хронического гнойного абсцесса амебной этиологии. Исследование мокроты (макроскопическое исследование): В препарате (нативном и окрашенном) обнаружены трофозоиты *Entamoeba histolytica* в количестве 3-5-10 в поле зрения. Исследование кала (макроскопическое исследование): в препарате обнаружены цисты *Entamoeba histolytica* в количестве 0-1-2-4 в поле зрения.

На основании жалоб, анамнеза, объективных данных, данных лабораторных и инструментальных методов обследования выставлен диагноз: Амебиаз. Амебный абсцесс правой доли печени. Амебные абсцессы легких. Состояние после лапароскопии, вскрытия, санации, дренирования абсцесса правой доли печени. Острые жидкостные скопления в брюшной полости и малом тазу. Состояние после лапароскопии, санации, дренирования абсцесса печени, жидкостных скоплений брюшной полости и малого таза. Двухсторонняя полисегментарная деструктивная пневмония. Двухсторонний гидроторакс. ДН 1.

Обсуждение клинического случая

По данным ВОЗ возбудителем амебиаза *E. histolytica* инфицированы около 500 млн. человек, из них 10% страдали инвазивным амебиазом [7]. По данным патологоанатомических вскрытий в г. Минске с 1994 по 2015 г. отмечены 12 летальных случаев от амебиаза среди пациентов в возрасте от 22 лет до 81 года, в Гродненском регионе в течение 1,5 лет зарегистрированы 4 этиологические верифицированных случая хронического амебиаза бессимптомного течения с последующей манифестацией в виде инвазивных форм с поражением печени, лёгких, кишечника и мягких тканей [4]. Данное заболевание протекает с различной клиникой: от слабовыраженного колита до тяжелой дизентерии, типичным является постепенное начало с приступообразных несильных болей в животе, диареи (хотя объем испражнений все же имеет тенденцию к уменьшению по сравнению с другими инфекциями толстого кишечника), наличие примеси крови в испражнениях [2]. Клиническая картина амебиаза может быть полиморфна, и заболевание представляет определенные трудности в диагностике, в связи с тем, что в практике врача нередко встречаются случаи сочетания амебиаза с другими инфекционными болезнями [5]. Схожая его клиническая картина и у других паразитарных заболеваний предполагает необходимость исключения другой патологии с подобной симптоматикой, в чем помогает проведение дополнительного инструментального обследования, объем которого зачастую расширяется и значительно удорожает постановку правильного диагноза [6]. Так как отмечается рост регистрации подобной патологии в виде очаговых поражений разных органов или проявлений кишечных форм амебиаза, необходимо принятие дополнительных мер по диагностике амебиаза, включая проведение эпидемиологических и клинических исследований по установлению влияния возможных внешних факторов на передачу инфекции [4]. В связи с этим, представляется важным, что бы практический врач в постановке диагноза с этой патологией был нацелен на проведение дополнительных исследований, позволяющих подтвердить или исключить диагноз амебиаза, при схожей клинической картины.

Заключение

Таким образом, на основании приведенного примера данного клинического случая демонстрируется трудность диагностики амебиаза при различных формах поражения. Рекомендуется при формировании дифференциально-диагностического алгоритма использовать не только визуализационные способы, которые регистрируют изменение топографии, размеров, конфигурации печени и очаговое поражение органа, но и лабораторные исследования крови и морфологическую оценку содержимого абсцесса. Использование комплексного системного подхода в процессе формирования диагноза позволит лечащему врачу выбрать оптимальный вариант терапии данной нозологической формы.

Литература (references)

1. Алмухамбетова А.Р. Хронический амебиаз кишечника в амбулаторной практике участкового врача терапевта // *Forcipe*. – 2019. – Т.2, №S1. – С. 462-463. [Almuhambetova A.R. *Forcipe*. Forcipe. – 2019. – V.2, NS1. – P. 462-463. (in Russian)]
2. Иванова М.А. Амебиаз // *Белорусский медицинский журнал*. – 2002. – №1(1). – С. 24-30. – EDN RSZLET. [Ivanova M.A. *Belorusskij medicinskij zhurnal*. Amebiaz. – 2002. – N1(1). – P. 24-30. (in Russian)]
3. Саидмурадова Г.М., Ходжаева Н.М. Клинические варианты течения и лечение инвазивного кишечного амебиаза у детей раннего возраста // *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. – 2020. – Т.10, №1(33). – С. 44-48. [Saidmuradova G.M., Hodzhaeva N.M. *Vestnik Akademii medicinskih nauk Tadjikistana*. Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan. – 2020. – V.10, N1(33). – P. 44-48. (in Russian)]
4. Цыркунов В.М., Прокопчик Н.И., Андрианова Д.С. и др. Амебиаз в Гродненском регионе: завозная или эндемичная инфекция? // *Гепатология и гастроэнтерология*. – 2022. – Т. 6, № 1. – С. 54-65. [Tsyrkunov V.M., Prokopchik N.I., Andrianova D.S. et al. *Hepatology and Gastroenterology*. Amoebiasis in the Grodno region: imported or endemic infection? – 2022. – V.6, N1. – P. 54-65. [(in Russian)]
5. Черенова Л.П., Аракелян Р.С., Михайловская Т.М. Особенности течения кишечного амебиаза в современных условиях // *Инфекция и иммунитет*. – 2020. – Т.10, №3. – С. 575-580. [Cherenova L.P., Arakel'jan R.S., Mihajlovskaja T.M. *Infekcija i immunitet*. Infection and immunity. – 2020. – V.10, N3. – P. 575-580. (in Russian)]
6. Юрченко И.Н., Дьячков В.А., Фатенков О.В. и др. Клинический случай амебного язвенного колита // *Современные проблемы науки и образования*. – 2020. – №6. – С. 212–222. [Jurchenko I.N., D'jachkov V.A., Fatenkov O.V. et al. *Sovremennye problemy nauki i obrazovanija*. Modern problems of science and education. – 2020. – N6. – P. 212-22. (in Russian)]
7. Carrero J.C., Reyes-López M., Serrano-Luna J. et al. Intestinal amoebiasis: 160 years of its first detection and still remains as a health problem in developing countries // *Int. J. Med. Microbiol.* – 2020. – V.310, N1. – P. 1-15.
8. Haque R., Huston C.D., Hughes M. et al. Amebiasis // *The New England Journal of Medicine*. – 2003. – V.348, N16. – P. 1565-1573.

Информация об авторах

Глуткина Наталья Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент 1-й кафедры внутренних болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь. E-mail: glutkina@mail.ru

Кулага Елена Яновна – заведующая пульмонологического отделения УЗ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Республика Беларусь. E-mail: regclinic@gocb.by

Зинчук Владимир Викторович – врач-реаниматолог УЗ «Гродненская университетская клиника», Гродно, Республика Беларусь. E-mail: regclinic@gocb.by

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.