

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ФТИЗИАТРИЯ

УДК 616.24

АСПЕРГИЛЛЕЗ ЛЕГКИХ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АСПЕРГИЛЛОМЫ ЛЕГКОГО

Гюллар Абрах кызы Амирова, Егор Александрович Виноградов, Дарья Тимофеевна Яковлева, Елена Венидиктовна Сабадаш
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Диагностика и курация аспергиллеза является проблематичной, т.к. данное заболевание встречается реже других патологий дыхательной системы, и достаточного количества информации о заболевании нет. В настоящее время нет полной и достоверной статистики по частоте выявления аспергиллеза легких. Заболеваемость аспергилломой у больных роническим легочным аспергиллезом \pm 25%, летальность достигает 90%. **Цель исследования** - пополнить информационную базу по аспергиллезу легких с помощью освещения клинического случая по аспергилломе легких. **Материал и методы.** Аналитический, логический. Клинический случай пациента с диагнозом аспергиллома легкого. Научные статьи. **Результаты.** Пациент 56 лет поступил в туберкулезное легочно-хирургическое отделение с жалобами на кашель с мокротой от светло-зеленого до розового цвета, одышку при физической нагрузке. В ходе диагностики туберкулез был исключен. Анализ крови на IgE к аллергенам *Aspergillus* – положительный (1.33 KUa/L). На КТ выявлено ФКТ верхней доли правого лёгкого, множественные бронхоплевральные свищи верхней доли и Сб. Получал противомикотическую терапию, переносил хорошо. Была проведена операция: торакотомия справа, декортикация правого лёгкого, кавернотомия, санация каверны, удаление аспергилломы. Завершающим этапом лечения легочно-хирургическим консилиумом было решено выполнить 7-реберную торакопластику на основании клиники рентгенологической картины и давности процесса с последующей выпиской в удовлетворительном состоянии на долечивание по месту жительства. **Выводы.** Инфильтрация в легочной ткани наряду с рутинным поиском онкопатологии и туберкулезного процесса требует исключения или подтверждения грибковой инвазии. Диагностика аспергиллеза требует более тщательного подхода.

Ключевые слова: аспергиллез, грибки вида *Aspergillus*, аспергиллома легкого.

ASPERGILLOSIS OF THE LUNGS. CLINICAL CASE OF LUNG ASPERGILLOMA

Gullar A. kyzy Amirova, Egor A. Vinogradov, Daria T. Yakovleva, Elena V. Sabadash

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Diagnosis and curation of aspergillosis is problematic, because this disease is less common than other pathologies of the respiratory system, and there is not enough information about the disease. Currently, there are no complete and reliable statistics on the frequency of detection of lung aspergillosis. The incidence of aspergilloma in patients with chronic pulmonary aspergillosis is $\pm 25\%$, mortality reaches 90%. **The purpose of the study** is to replenish the information base on lung aspergillosis by covering a clinical case of lung aspergilloma. **Material and methods.** Analytical, logical. A clinical case of a patient diagnosed with lung aspergilloma. Scientific articles. **Results.** A 56-year-old patient was admitted to the tuberculosis pulmonary surgical department with complaints of cough with sputum from light green to pink, shortness of breath during exercise. During the diagnosis, tuberculosis was excluded. The blood test for Aspergillus allergens is positive (1.33 KUa/L). CT revealed FCT of the upper lobe of the right lung, multiple bronchopleural fistulas of the upper lobe and S6. He received antimycotic therapy, tolerated it well. Surgery was performed: thoracotomy on the right, decortication of the right lung, cavernotomy, cavern sanitation, removal of aspergilloma. The final stage of treatment by a pulmonary surgical consultation was decided to perform a 7-rib thoracoplasty based on the clinic's X-ray picture and the prescription of the process, followed by discharge in a satisfactory condition for further treatment at the place of residence. **Conclusions.** Infiltration into the lung tissue, along with the routine search for oncopathology and tuberculosis process, requires the exclusion or confirmation of fungal invasion. Diagnosis of aspergillosis requires a more thorough approach.

Keywords: aspergillosis, fungi of the species Aspergillus, aspergilloma of the lung.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и курация аспергиллеза является проблематичной, т.к. данное заболевание встречается реже других патологий дыхательной системы, и достаточного количества информации о заболевании нет. В настоящее время нет полной и достоверной статистики по частоте выявления аспергиллеза легких. Заболеваемость аспергилломой у больных хроническим легочным аспергиллезом $\pm 25\%$, летальность достигает 90%. [1]

Цель исследования – пополнить информационную базу по аспергиллезу легких с помощью освещения клинического случая по аспергилломе легких.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Методы – аналитический, логический.

Использованные источники информации – клинический случай пациента с диагнозом аспергиллома легкого. Научные статьи, посвященные аспергиллезу легких, аспергилломам.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент Н.В.Н. 56 лет поступил в туберкулезное легочно-хирургическое отделение с жалобами на кашель с мокротой от светло-зеленого до розового цвета, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза: в 2006 году был поставлен диагноз цирроза верхней доли правого легкого, имелись периодические приступы кашля со скудной мокротой.

В ноябре 2021 г. был выявлен COVID-19, ПЦР+, лечился амбулаторно. Далее началось прогрессирование кашля с мокротой от светло-зеленого до розового цвета и усиление одышки. Консультирован в СОПТД. Туберкулез исключен. Лечение по м/ж противомикробными препаратами без динамики. КТ ОГК 17.01.22 – полость до 46,6*81,7*155 мм в верхней зоне правого легкого, лежащее в ней объемное отграниченное образование неоднородное по структуре 40*58*8*120 мм. Анализ крови на IgE к аллергенам *Aspergillus* от 08.02.22 – положительный (1.33 KUa/L). Консультирован торакальным хирургом. Был госпитализирован 21.04.22 с целью верификации диагноза.

Из анамнеза жизни: перенесенные заболевания: ОРЗ, ОРВИ. НКВИ в 11.21, 03.22. – лечение амбулаторное. Наличие ВИЧ, гепатитов В, С, венерических заболеваний отрицает. Работает трактористом. Туберкулезный контакт не известен. В местах лишения свободы не был. За последние 6 месяцев похудел на 2,5 кг.

22.04.22 была проведена компьютерная томография легких (рис 1) Выявлен фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого лёгкого, множественные бронхоплевральные свищи верхней доли и С6. Остаточная полость, либо псевдокаверна в задневерхнем отделе плевральной полости, гигантская аспергиллома в ОП.

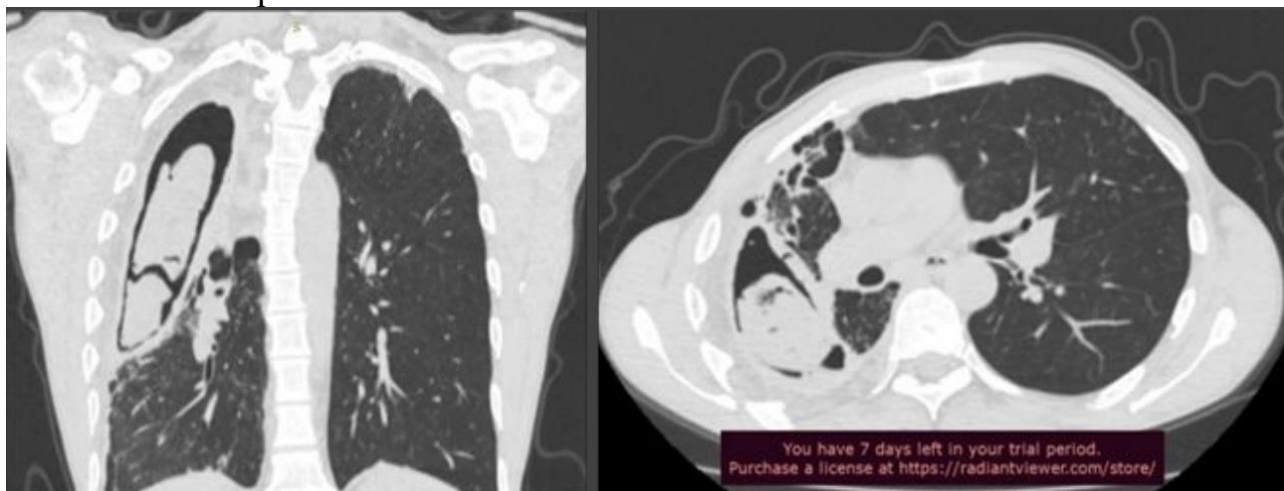


Рис1. Компьютерная томография легких в двух проекциях.

Получал противомикотическую терапию: вориконазол 200 мг 2 раза в сутки, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 0,001 г 1 раз в день, цефтриаксон 2 г 1 раз в день, меропенем 1 г 2 раза в день. Терапию переносил хорошо, принимал с 25.05.22 до конца госпитализации.

23.06.22 проведена операция: торакотомия справа, декортикация правого лёгкого, кавернотомия, санация каверны, удаление аспергилломы. Боковой доступ, с резекцией 5-го ребра. Полость тотально облитерирована, имеется панцирный плеврит (местами костной плотности). Лёгкое с огромными техническими трудностями выделено из сращений. По большей части экстраплеврально. По ходу выполнялась декортикация правого лёгкого. При выделении вскрыта полость в лёгком, занимающая апикальное положение, и соответствующая С1-2 и С6 сегментам лёгкого. Содержимое полости -

коричнево-зелёное, плотное, местами имеет вид спичечных головок. Содержимое полости удалено. Объём содержимого полости до 200 мл.

Полученный во время операции препарат (3материала легкого, париетальная плевра) был отправлен на биопсию. Морфологически по микропрепарату (стенка полостей на разных участках имеет различное строение. Местами стенка имеет двухслойное строение. Толстый фиброзный слой и слой грануляционной ткани неспецифического вида с мелкими участками слизисто-гнойных масс изнутри, местами представлена только фиброзной тканью. В респираторной ткани расширение просветов мелких и средних бронхов со склерозом и круглоклеточными инфильтратами в их стенке, очаговые лимфоцитарно-плазмоцитарные инфильтраты. Плевра резко утолщена, склерозирована, слимфоцитарно-плазмоцитарными инфильтратами.

Наличие IgE к аллергенам *Aspergillus* (1.33 KUa/L), по клиническому проявлению, по данным КТ грудной клетки данных больше за аспергиллому.

При посевах на различные среды рост грибов *Aspergillus* не обнаружен, следовательно, аспергиллома санирована.

Туберкулёз исключён. Исследование крови на IgE к аллергенам *Aspergillus* от 08.02.22 – положительный (1.33 KUa/L). Заключение КТ-исследования грудной клетки от 17.01.22: больше данных за гигантскую аспергиллому правого легкого.

Завершающим этапом лечения легочно-хирургическим консилиумом было решено выполнить 7-реберную торакопластику на основании клиники рентгенологической картины и давности процесса с последующей выпиской в удовлетворительном состоянии на долечивание по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Аспергиллома является легочным заболеванием, следовательно, основная роль врачей-пульмонологов и рентгенологов заключается в настороженности относительно аспергиллом и раннем начале обследования для подтверждения или исключения этого диагноза. Большую роль при этом играют микологические и / или иммунологические методы диагностики. [2]

Однако на сегодняшний день клиницисты сталкиваются с множеством проблем при постановке диагноза аспергиллома и подборе эффективного терапевтического режима. [3]

ВЫВОДЫ

1. Необходимо помнить, что инфильтрация в легочной ткани наряду с рутинным поиском онкопатологии и туберкулезного процесса требует исключения или подтверждения грибковой инвазии.

2. Диагностика аспергиллеза требует более тщательного подхода. Представленный выше клинический случай демонстрируют неоднородность клинических проявлений данного микоза, а также сложность его диагностики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Морозова, Л. А., Аспергиллез легких: две формы - два клинических случая/ Л. А. Морозова, О. В. Ермилов, М. Н. Овсянникова, С. В. Поздняков, М. А. Бочарова, Р. Р. Хабибулин // Актуальные проблемы медицины. — 2017. — No 38. — С. 174-179.

2. Denning, D. W. Ch.Lange on behalf of the European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases and European Respiratory Society. Chronic pulmonary aspergillosis: rationale and clinical guidelines for diagnosis and management/ D. W. Denning, J. Cadranel, C. Beigelman; Aubry, F. Ader, A. Chakrabarti, S. Blot, A. J. Ullmann, G. Dimopoulos// Eur. Respir. J. 2016.

3. Диагностика и лечение хронического легочного аспергиллеза: клинические рекомендации Европейского респираторного общества и Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных заболеваний. Пульмонология. 2016; 26 (6): 657–679.

Сведения об авторах

Г.А. Амирова – студент

Е.А. Виноградов – студент

Д.Т. Яковлева* – студент

Е.В. Сабадаш – к.м.н., доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии

Information about the authors

G.A. Amirova – student

E.A. Vinogradov – student

D.T. Yakovleva* – student

E.V. Sabadash – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Phthiology and Pulmonology

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
dora.yacunina993@gmail.com

УДК 616.914

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

Анастасия Евгеньевна Акберова¹, Лидия Александровна Дряхлова¹, Вероника Ильдаровна Шакирова¹, Лидия Валерьевна Светоносова², Елена Исаковна Краснова²

¹ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Детская городская больница № 9»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Ветряная оспа считается легкой детской инфекцией, однако осложнения при ней грозные – менингоэнцефалит, вторичные бактериальные инфекции. В редких случаях наблюдается – идиопатическая тромбоцитопения (ИТП). **Цель исследования** – описание клинического случая ветряной оспы, осложненной идиопатической тромбоцитопенией. **Материал и методы.** История болезни пациента с ветряной оспой (ВО), осложненной ИТП. **Результаты.** Установлена связь ИТП с ВО, для дальнейшего лечения переведен в ОДКБ №1 в специализированное отделение. **Выводы.** Неадекватная активация клеточного иммунитета при ветряной оспе, в которой, возможно, решающую роль играют индивидуальные особенности больного, приводит к