

*Рагойша Е. М., Юшкевич Е. С.*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАЦИЕНТА С ДИССЕМЕНИРОВАННЫМ ИНВАЗИВНЫМ АСПЕРГИЛЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

*Научный руководитель: ассист. Антонова Н.П.*

*Кафедра фтизиопульмонологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Аспергиллез – наиболее распространенный микоз легких, частота которого в экономически развитых странах составляет 12–34 случая на 1 млн населения в год. Основные возбудители (*A. fumigatus*, *A. flavus* и *A. Niger*) представлены повсеместно: в почве, пыли, системах вентиляции и водоснабжения. Аспергиллез наиболее часто развивается у пациентов, длительно получающих кортикостероиды и иммуносупрессоры. Однако в последние годы отмечено увеличение частоты инвазивного аспергиллеза у больных без типичных факторов риска, особенно в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

**Цель:** определить особенности ведения пациента с инвазивным аспергиллезом легких (ИАЛ) с сопутствующим серопозитивным ревматоидным артритом умеренной активности и миокардиодистрофией N1.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии (РНПЦ ПиФ) в туберкулезном торакальном хирургическом отделении (ТХТО). В работе описан клинический случай пациента, наблюдавшегося в течение года по поводу микоза легких (аспергиллеза) (бактериоскопически с использованием ВАСТЕС MGIT и молекулярно-генетически GENE Xpert наличие микобактерий туберкулеза не выявлено). Прежде наблюдался в Минском городском клиническом онкологическом диспансере по поводу двустороннего очагового пневмофиброза. Была выполнена видеоторакоскопическая атипичная резекция S10 левого легкого с последующей гистологией – данных за онкологический процесс не выявлено.

**Результаты и их обсуждение.** Пациент поступил 14.01.16 планово в приемное РНПЦ ПиФ с жалобами на боли в грудной клетке, сухой кашель, повышение температуры до 38,0 С. Предварительно был выставлен диагноз: диссеминированный процесс в легких, подтвержденный рентгенологически при поступлении. Объективно: дыхание ослаблено в нижних отделах легких слева, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, приглушенные, пульс – 72 уд/мин, артериальное давление – 120/80 мм рт. ст., частота дыхания – 12/мин, сатурация 97%. 19.01.16 была проведена видеоторакоскопия с биопсией S6 (инкапсулированное круглое образование с бесклеточным некрозом в центре с перифокальным фиброзом и слабой гигантоклеточной реакцией. Подобная картина характерна для пневмомикоза). По результатам бактериоскопического исследования мокроты – аспергиллез, рост плесневых грибов, *S. Albicans* –  $10^2$ , микобактерий не выявлено. В сопоставлении с компьютерной томографией грудной клетки от 20.04.15 – ЛУ увеличены (до 18 мм), мягкие ткани, субплеврально увеличение округлых образований, появление выпота слева. После проведения терапии был выписан с улучшением 12.02.16. В дальнейшем пациент неоднократно госпитализировался (18.05.16, 06.07.17, 04.09.17) в связи с отрицательной динамикой (нарастание одышки, повышение температуры, нарастание изменений в легких по данным КТ), что, вероятно, обусловлено коррекцией базисной терапии (увеличением дозы системных кортикостероидов по поводу обострения сопутствующей патологии (ревматоидный артрит).

**Выводы.** Клинический интерес представленного случая связан с относительной редкостью микотических поражений легких, проявляющихся неспецифической клинической картиной, многообразием рентгенологических признаков, что обуславливает трудности в диагностике и своевременном лечении инвазивного аспергиллеза на фоне сопутствующей патологии.