

**Суглобова Е. Р., Горина Н. А.**  
**СЛУЧАЙ МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ, ВЫЗВАННОГО M. ABSCESSUS**  
**Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Кондакова М. Н.,**  
**ассист. Евсеев П. Ю.**

*Кафедра фтизиопульмонологии и торакальной хирургии  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург*

**Актуальность.** Рост заболеваемости легочными микобактериозами, в т.ч. вызванными быстрорастущими *M. Abscessus*, прежде всего связан с внедрением в практику новых методов диагностики, а также ростом больных с иммуносупрессией. По данным зарубежных исследований, с 1981г. распространенность НТМБ среди больных муковисцидозом выросла с 1,3% до 32,7%. В современной литературе для лечения микобактериоза легких, вызванного *M. Abscessus*, предлагается 3 или 4-х компонентная схема антибактериальной терапии, однако эффективность ее остается мала, ввиду высокой ЛУ микобактерий.

**Цель:** описание клинического случая микобактериоза легких, вызванного *M. Abscessus* у больной с МВ, демонстрирующего трудности дифференциальной диагностики с туберкулезом легких, а также сложность в выборе антибактериальной терапии, в связи с высокой ЛУ *M. Abscessus*.

**Материалы и методы.** Пациентка Г. 24 лет госпитализирована во 2 ПТД 04.05.18г. по направлению ПТД №16 с подозрением на диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. В анамнезе БЭБ. Впервые в июне 2017г. появились жалобы на малопродуктивный кашель, субфебрилитет, тянущие боли в нижних отделах ГК справа. В СПб ГБУЗ «Никольская больница» с диагнозом нижнедолевой полисегментарной пневмонии дважды получала антибактериальную терапию с отрицательной Rg динамикой. При ФБС- патологии ТБД не выявлено. Методом простой микроскопии и ПЦР МБТ не обнаружены. 18.12.17г. была консультирована в НИИ пульмонологии, где был заподозрен легочный васкулит. Перед плановой госпитализацией была обследована в ПТД №16: 13.03.18г. методом Bactec выделена *M. Abscessus* с ШЛУ (S,H,E,R,K,Ofx,PAS,Cm,Cs,Eto), а 23.04.18г. методом посева мокроты на твердые среды выделена культура МБТ с ШЛУ (S,H,E,R,K,Ofx,PAS,Cm,Cs,Eto). Методом ПЦР обнаружена *M. Abscessus*. Выявлена микст-инфекция, 04.05.18г. пациентка госпитализирована во 2 ПТД.

**Результаты и их обсуждение.** Лечение проводилось по V индивидуализированному режиму химиотерапии с учетом спектра ЛУ НТМБ (Z, Lfx, Lzd, Clr). На всем этапе лечения методом простой микроскопии сохранялось бактериовыделение КУМ(+). 16.06.18г. была скорректирована схема лечения, добавлены: Vq, Imp, Amx; отменены: Z, Clr. В результате, 27.07.18г. на Rg впервые отмечается положительная динамика. За период лечения наблюдалась разнонаправленная динамика: при МСКТ ОГК от 06.12.18г. – уменьшение очагово-инфильтративных изменений в обоих легких, однако появилась перибронхиальная инфильтрация в прикорневой зоне S2 справа на фоне сохраняющегося бронхитического синдрома в виде малопродуктивного кашля со слизистой мокротой. Методом посева мокроты на твердые среды в материале от 04.06.18г. идентифицирована монокультура *M. Abscessus* с ТЛУ (S,H,E,R,K,O,PAS,Cm,Cs,EA). В последующих посевах также была выявлена монокультура *M. Abscessus*. Учитывая отсутствие достоверных признаков туберкулезной инфекции, диагноз туберкулеза легких был отменен, пациентка выписана к пульмонологу по месту жительства для продолжения антибактериальной терапии. Проспективно у пациентки был диагностирован муковисцидоз.

**Выводы.** Сложность дифференциальной диагностики туберкулеза и легочных микобактериозов у больных с МВ связана со сходной клинико-рентгенологической картиной, а также возможностью микст-инфекции. Это неблагоприятно сказывается на лечении больных, а также приводит к гипердиагностике туберкулеза, поэтому так важны молекулярно-генетические методы диагностики для своевременной идентификации возбудителя инфекции и обеспечения адекватного комплексного лечения.