

Рачков Р.А., Ермолаев А.А.
**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ
МИКОБАКТЕРИОЗА ЛЕГКИХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Научный руководитель: ст. преп. Апанасевич Т.О.

*Кафедра пульмонологии, фтизиатрии, аллергологии и профпатологии с курсом повышения
квалификации и переподготовки*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. В последнее десятилетие наблюдается непрерывный рост числа микобактериозов. Клинические и рентгенологические сходства с туберкулезом, трудности диагностики и недостаточная изученность данной проблемы бросают вызов медицинскому сообществу и требуют особого внимания со стороны врачей-фтизиопульмологов.

Цель: продемонстрировать основные тенденции течения микобактериоза легких (МЛ) и актуальные подходы в его диагностике (с описанием клинического случая).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 54 пациентов (n=54), находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» (РНПЦ ПФ) с диагнозом «Микобактериоз легких» в 2023 году. Изучались данные анамнеза, клинической картины, а также результаты лабораторной, инструментальной и микробиологической диагностики. Дальнейший статистический анализ проводился в программе IBM SPSS STATISTICS (США).

Результаты и их обсуждение. При изучении половозрастной структуры было установлено: 66,67% пациентов (n=36) составили женщины, 33,33% (n=18) – мужчины; средний возраст лиц данной группы – 65 (56,75-72) лет. По данным анамнеза для 20,37% лиц (n=11) характерны иммунодефицитные состояния, при этом ВИЧ-инфекция наблюдалась лишь в 7,41% случаев (n=4). Для МЛ оказалось характерно наличие длительного кашля (87,04%, n=47), одышки (62,96%, n=34), торакалгий (25,93%, n=14). Особого внимания заслуживают рентгенологические изменения: в 18,52% случаев (n=10) отмечалось наличие одиночных гигантских тонкостенных каверн, имело место наличие бронхоэктазов (42,59%, n=23), очаговой и интерстициальной диссеминации (72,22%, n=39). Средние значения наиболее важных маркеров воспаления были следующими: лейкоциты – 6 (5,03-7,73) × 10⁹/л, скорость оседания эритроцитов – 27,96±1,94 мм/час, С-реактивный белок – 7,6 (3,3-34,4) мг/л. Наиболее распространенными возбудителями оказались *M. avium* и *M. intracellulare* – *Mycobacterium avium complex* (MAC) (59,26%, n=32), в то же время в 25,93% случаев (n=14) конкретный вид микобактерий был не установлен (*M. species*). Для демонстрации актуальности проблемы приводится следующий клинический случай.

Пациент В., 40 лет, переведен из непрофильного стационара в РНПЦ ПФ с предварительным диагнозом «Туберкулез верхней доли правого легкого. Состояние после билатеральной трансплантации легких по поводу пневмококкоза 30.06.2022г». Анамнез заболевания: около 2 недель назад появились слабость, лихорадка, кашель с трудно отделяемой мокротой; прошел курс неспецифической АБ-терапии. Ввиду отсутствия выраженной динамики, пациент госпитализирован в клинику. 19.11.2024г. в анализе мокроты обнаружены КУБ 4+. Пациент направлен в РНПЦ ПФ для дальнейшего лечения и обследования. По данным КТ ОГК: картина бронхо-легочного воспалительного процесса на фоне бронхоэктатических изменений, что может соответствовать проявлениям МЛ. При исследовании мокроты методом ЛРА культура МБТ идентифицирована как *M. intracellulare* с сохраненной чувствительностью к макролидам и аминогликозидам.

Выводы. МЛ чаще выявляется у женщин (66,67%), при этом в группе риска находятся пожилые пациенты (средний возраст 65 лет). Характерными изменениями рентгенологической картины служат появление очаговой и интерстициальной диссеминации (72,22%), наличие тонкостенных гигантских каверн (42,59%). Основными возбудителями выступают представители MAC (59,26%), в ряде случаев вид микобактерий остается не идентифицированным (25,93%).