



Список литературы:

1. Давыдов В.В., Зновец Т.В., Марчук С.И. [и др.] / Вирусный гепатит Е у беременных женщин в Беларуси: клинические примеры и молекулярно-генетическая характеристика вируса / В. В. Давыдов, Т. В. Зновец, С. И. Марчук // Проблемы здоровья и экологии. – 2023. – Т. 20, № 4. – С. 112-122.
2. Дунец Е.В. Этиологическая характеристика вирусных гепатитов и их профилактика / Е. В. Дунец // Наука и практика в медицине: Сборник материалов VI всероссийского образовательного форума, Благовещенск, 24–26 апреля 2024 года. – Благовещенск: Амурская государственная медицинская академия, 2024. – С. 67-71.
3. Клинические рекомендации - Острый гепатит В (ГВ) у взрослых- 2024 - 2025 - 2026 (2024) - Утверждены Минздравом РФ.
4. Сводные рекомендации по стратегической информации, ориентированной на человека, о вирусном гепатите: использование данных для поддержки расширения услуг по профилактике, диагностике и лечению гепатита в стране., 2024. [Электронный ресурс]. URL: 10665/376410/9789240091313-eng.pdf (Дата обращения 24.11.2024).
5. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение. Здравоохранение в России. [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (Дата обращения 24.11.2024).

ПЛАСТИЧЕСКИЙ БРОНХИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С БОКАПАРВОВИРУСОМ ЧЕЛОВЕКА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Сивец Н.В.¹, Шмелёва Н.П.¹, Войтович Т.Н.², Клецкий С.К.³

¹Научно-исследовательский институт гигиены, токсикологии,
эпидемиологии, вирусологии и микробиологии

Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья,

²Белорусский государственный медицинский университет,

³Городское клиническое патологоанатомическое бюро,

Минск, Беларусь

Резюме. Пластический бронхит является достаточно редким заболеванием, которое возникает из-за образования в дыхательных путях эндогенного инородного тела в виде «бронхиальных слепков», состоящих из фибринозного экссудата, похожего на резину. Этот экссудат вызывает обширную закупорку бронхов, что приводит к нарушению вентиляции легких с развитием опасной для жизни дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: пластический бронхит, лабораторная диагностика, ПЦР, бокапарвовирус человека 1 типа.

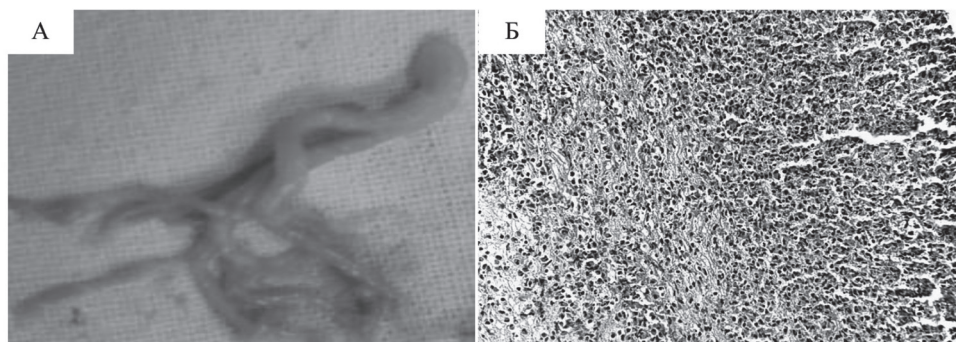
Введение. Впервые пластический бронхит (ПБ) был описан в начале XIX века, но его патофизиология до сих пор неизвестна [1]. Распространенными причинами ПБ являются послеоперационные осложнения и нарушения лимфатической циркуляции



при врожденных заболеваниях сердца, таких как операция Фонтена [2], транспозиция магистральных сосудов [3] и тетрада Фалло [4]. Некоторые необъяснимые случаи ПБ могут быть вызваны нарушениями в системе легочного лимфообращения, в том числе первичными лимфангиопатиями, такими как лимфангиэктазия и лимфангиоматоз [5], реже это заболевание связано с иммуноопосредованными воспалительными реакциями [6]. Однако в последнее время появились сообщения об участии в развитии заболевания таких респираторных вирусов как аденовирус, вирус гриппа, микоплазма пневмонии, а также бокапарвовируса человека [7, 8, 9]. В данной статье представлен тяжелый случай пластического бронхита, вызванного НВов1 у годовалого ребенка, которому потребовалось проведение бронхоскопии с последующим удалением инородного тела в виде плотного экссудата в левом главном бронхе.

Клинический случай. Ребенок Б. 2016 г. р. (возраст 1 год 1 месяц) заболел 15.11.2017 г. В дебюте заболевания у ребенка отмечалось повышение температуры, сухой кашель, снижение аппетита, вялость, эмоциональная неустойчивость. Ребенок получал амбулаторно лечение по поводу ОРВИ, однако на второй день заболевания (18.11.2017) появилось шумное дыхание, одышка инспираторного характера по поводу чего ребенок госпитализирован в 4 ГДКБ. При поступлении состояние ребенка крайне тяжелое, обусловленное тяжелой дыхательной недостаточностью ЧД – 85, ЧСС – 180, АД-88/50 мм. рт. Насыщение крови кислородом 75%. Учитывая рентгенологические данные в пользу обструкции главного левого бронха с развитием ателектаза и данные КТ, ребенок был переведен в 3 ГДКБ с диагнозом: «Инородное тело главного бронха слева» для проведения диагностической бронхоскопии.

При поступлении 18.11.2018 г. в ОИТР 3 ГДКБ состояние ребенка крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью III ст. Ребенок подключен к ИВЛ. Температура тела 37,8 °С. Дыхание стонущее, ЧД 85-70, ЧСС –180, АД 88/55. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Мочится достаточно, диурез контролируется. Стула не было. Общий анализ крови от 18.11.2017: СОЗ 10 мм/ч, лейкоциты $15 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $4,37 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 113 г/л, гематокрит 34%, MCV 77,8 фл., MCH 25,9 пг., MCHC 332 г/л, тромбоциты $388 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы (сегментоядерные 65%, палочкоядерные 3%, лимфоциты 23%, моноциты 3%, эозинофилы 6%). Биохимический анализ крови от 18.11.2017: мочевина 3,1 ммоль/л, креатинин 27 ммоль/л, СРБ 9,7 мг/л, мочева кислота 96 ммоль/л, белок 60 г/л, альбумин 37 г/л, глюкоза 6,9 ммоль/л, АЛТ 17 Е/л. АСТ 47 Е/л, амилаза 222 Е/л. Ребенку срочно проведена бронхоскопии (18.11.2017). При входе в левый главный бронх наблюдали обилие слизистогнойной мокроты, после аспирации которой в глубине бронха обнаружено инородное тело беловато-желтоватого цвета. При санации электроотсосом инородное тело удалено единым большим слепком, просвет бронха до видимых долевого бронхов восстановлен. При гистопатологическом исследовании содержимого слепка среди слизи и фибрина выявлены диффузные скопления дегранулированных эозинофилов и сегментоядерных лейкоцитов. Встречаются единичные кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана. Данная морфологическая картина может наблюдаться при остром приступе бронхиальной астмы и пластическом бронхите 1-го (воспалительного) типа. Бронхиальный слепок, извлеченный из левого главного бронха и результаты гистологического исследования содержимого бронха представлены на рисунке 1.

**Рис.1.**

Слепок левого главного бронха (А) и результаты гистологического исследования содержимого бронха (Б, окраска гематоксилином и эозином,ув.130)

Верификацию респираторных возбудителей проводили методом ПЦР в режиме реального времени. В биологическом материале (назофарингиальный мазок (18.11.2017), сыворотка крови (18.11.2017), экссудат из главного левого бронха (18.11.2017)) выявлена ДНК бокапарвовируса человека. Сыворотка крови от 29.11.2017 отрицательная. Генетический материал других респираторных возбудителей (метапневмовирус, вирус гриппа, хламидофила и микоплазма пневмония, сезонные коронавирусы, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирус, риновирус, вирус парагриппа 1-4 типа) не выявлен.

Через 4 дня (21.11.2017) ребенок экстубирован. После экстубации дыхание у ребенка самостоятельное. Катаральные явления не выражены. Кашель редкий. Границы не смещены, тоны ритмичные, громкие. Живот доступен для пальпации. Диурез достаточный. Рентгенологическое исследование от 27.11.2017 – легочное поле без очагов инфильтративных теней. Легочной рисунок избыточно обогащен за счет периваскулярной, перибронхиальной реакции. Корни недостаточно структурны. Сердце, средостение обычных размеров и положения. Купола диафрагмы четкие, ровные, синусы свободны.

Пациент был выписан через 11 дней.

Обсуждение. Пластический бронхит – тяжелое респираторное заболевание, характеризующееся наличием плотных образований в трахее или бронхиальном дереве. Эти образования делятся на 2 типа: тип I, в основном состоящий из фибрина с плотным эозинофильным воспалительным инфильтратом, часто наблюдаемый у пациентов с астмой, аллергическими заболеваниями и муковисцидозом; и тип II, в основном состоящий из муцина с минимальным клеточным инфильтратом или без него, встречающийся исключительно у детей с врожденными пороками сердца [10, 11]. Диагноз ПБ ставится на основании клинических проявлений, в том числе отхаркивания бронхиальных образований, а также результатов бронхоскопии и компьютерной томографии или магнитно-резонансной лимфоангиографии. Механизмы, лежащие в основе ПБ, остаются неясными, но потенциальными причинами считаются генетическая предрасположенность, повышенное давление в легочных венах, низкий сердечный выброс, гиперсекреция слизи и воспаление, приводящее к повышенной проницаемости альвеолярных капилляров [12].



НВoV1 относится к семейству парвовирусов и был впервые выявлен в 2005 году. Он преимущественно вызывает инфекции дыхательных путей у детей. НВoV1-инфекция может протекать в виде бронхоолита, пневмонии или острой обструктивной болезни легких. Исследования показали высокую распространенность НВoV1 в мазках из носоглотки у детей с респираторными симптомами, что подчеркивает значимость возбудителя как респираторного патогена. Как показали проведенные исследования частота выявления НВoV1 в Республике Беларусь варьирует от 6,6%-19,4% [13]. Полученные новые данные значительно расширили наше понимание патогенеза НВoV1. Было установлено, что НВoV1 может вызывать хронические инфекции, и вирус можно обнаружить в образцах дыхательных путей спустя долгое время после острой фазы заболевания. Такое сохранение вируса может приводить к длительным респираторным симптомам и осложнениям у некоторых пациентов. Кроме того, НВoV1 часто встречается в сочетании с другими респираторными вирусами, что может осложнять клиническую картину и исходы. Связь между НВoV1 и ПБ недостаточно изучена, что делает этот случай особенно примечательным. Были отдельные сообщения о ПБ в контексте вирусных инфекций, но комплексные исследования, конкретно связывающие НВoV1 с ПБ, ограничены. Выявление НВoV1 в данном случае указывает на потенциальную роль этого вируса в патогенезе ПБ, предполагая, что вирусные инфекции могут вызывать или усугублять образование плотных бронхиальных экссудатов. Инфекция, вызванная НВoV1, приводит к острому эозинофильному воспалению, способствующему проницаемости лимфатических сосудов и, следовательно, увеличению толщины и вязкости эозинофильного материала и, в конечном итоге, образованию бронхиальных слепков [14]. В настоящее время не существует стандартизированных рекомендаций по лечению ПБ, вызванного НВoV1, и лечение основывается на описании клинических случаев. Основное лечение заключается в извлечении крупных комков с помощью бронхоскопии.

В заключение следует отметить, что при наличии у детей лихорадки, кашля, хрипов, асимметрии аускультативных изменений в легочных полях, быстрого прогрессирования дыхательной недостаточности и гипоксемии необходимо учитывать возможность заражения НВoV1. Ранняя диагностика и своевременное начало соответствующей терапии могут улучшить прогноз. В этом клиническом случае подчеркивается важность учета НВoV1 при острой дыхательной недостаточности у детей.

Список литературы:

1. Beitmann M. Report of a case of fibrinous bronchitis, with a review of all cases in the literature / [et al.] // *Am J Med Sci.* – 1902. – Vol. 13 – P. 304–329.
2. Patil M. H. Successful bronchoscopy in a pregnant patient with plastic bronchitis / [et al.] // *Siddiqi A, Jeffrey Mador M.* – 2016. – Vol. 8 – P. 8–9.
3. Singhi A.K Plastic bronchitis / Vinoth B, Kuruvilla S, Sivakumar K. // *Ann Pediatr Cardiol.* – 2015 – Vol. 8 – P. 246–251.
4. Grutter G. Plastic bronchitis after extracardiac Fontan operation / Di Carlo D [et al.] – 2015– Vol. 94 – P. 860–864.
5. Itkin M.G Diagnosis and treatment of lymphatic plastic bronchitis in adults using Advanced Lymphatic Imaging and Percutaneous Embolization / Mc. Cormack F.X. [et al.] – 2016 – Vol. 13 – P. 1689–1696.

6. Chhawchharia R. Plastic bronchitis: a manifestation of dander hypersensitivity / Gupta N [et al.] // – 2020– Vol. 57 – P. 760–761
7. Lu Z, Zheng Y. Plastic bronchitis associated with adenovirus infection / Lancet Infect Dis. – – 2018– Vol. 18– P. 474.
8. Yuan L. Plastic bronchitis associated with adenovirus serotype 7 in children / Huang J.J. [et al.] // – 2020– Vol. 20 – P. 268
9. Zhang J, Kang X. Plastic bronchitis associated with influenza virus infection in children: a report on 14 cases / – 2015– Vol. 79 – P. 481–486.
10. Seear M Bronchial casts in children: a proposed classification based on nine cases and a review of the literature / Hui H. [et al.] // – 1997– Vol. 155– P. 364–370.
11. Palyga-Bysiecka I. Plastic bronchitis-a serious rare complication affecting children only after fontan procedure? / Polewczyk A.M. // J Clin Med. – 2021– Vol. 11– P. 44
12. Gipsman A.I. Eosinophilic plastic bronchitis: case series and review of the literature / Feld L[et al.] // Pediatr Pulmonol – 2023– Vol. 58 – P. 3023–3031.
13. Сивец, Н. В. Бокапарвовирусная инфекция у детей в Республике Беларусь: молекулярно-эпидемиологические аспекты / Н. В. Сивец, Н. П. Шмелёва, Т. П. Лано // Журнал инфектологии. – 2019. – Т.11, №4. – С.113–121.
14. Ueki S. Eosinophil extracellular trap cell death-derived DNA traps: their presence in secretions and functional attributes / Konno Y. [et al.] // – 2016– Vol. 137– P. 258–26.

ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И АНАЛИЗ РИСКОВ

Ташпулатова Ш.А.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Резюме. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2022 году в мире насчитывалось 254 миллиона человек, живущих с хроническим гепатитом В. Акушерский анамнез женщин с хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ) играет ключевую роль в выявлении возможных осложнений и исходов беременности.

Цель исследования. Провести анализ акушерского анамнеза женщин с хроническим вирусным гепатитом В.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование с элементами ретроспективного анализа у 72 беременных женщин в возрасте от 18 до 45 лет, которые проходили лечение в 1-й городской инфекционной больнице Ташкента в 2017-2021 годах с диагнозом хронический вирусный гепатит В (ХВГВ). Для изучения влияния ХВГВ без дельта-агента на течение беременности был проведен анализ акушерского и родового анамнеза пациенток.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что хронический вирусный гепатит В без дельта-агента не является критическим фактором, препятствующим репродуктивной функции женщин, что подтверждается высокой частотой повторных беременностей (90,3%). Однако заболевание может оказывать определен-

Правительство Санкт-Петербурга
Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Клиническая инфекционная больница имени С.П. Боткина»
Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»
Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский конгресс»



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

**ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ:
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ВЗГЛЯД**

МАТЕРИАЛЫ

Санкт-Петербург
2025