

Т. А. Рубцова, В. С. Сиваченко, А. Г. Казаченко

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры Е. В. Анищенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – гетерогенная группа заболеваний и патологических состояний известной и неизвестной природы, характеризующиеся распространенным, как правило, двусторонним поражением респираторных отделов легких (альвеол, респираторных бронхиол) [1].

К идиопатическим ИЗЛ относятся идиопатические интерстициальные пневмонии (ИПП), такие как идиопатический легочный фиброз (ИЛФ), идиопатическая неспецифическая интерстициальная пневмония (НСИП), острая интерстициальная пневмония, идиопатическая лимфоидная интерстициальная пневмония (ЛИП) и криптогенная организирующаяся пневмония. ИЗЛ также может быть проявлением системного заболевания, например, заболевания соединительной ткани (ЗСТ) или саркоидоза, а также может быть результатом воздействия профессиональных факторов, факторов окружающей среды или лекарственных препаратов (пневмокониоз, гиперчувствительный пневмонит или лекарственно-индуцированный ИЗЛ). Инфекционные заболевания паренхимы легких, как правило, исключаются из классификации ИЗЛ. Однако потенциальная роль инфекционных агентов в развитии некоторых ИЗЛ неизвестной этиологии, таких как ИЛФ, продолжает вызывать беспокойство и требует дальнейшего изучения [2].

Широкая доступность методов лучевой диагностики, в частности компьютерной томографии (КТ) высокого разрешения (КТВР), позволила выявить, что интерстициальные изменения – от преходящих воспалительных инфильтратов («матового стекла») до стойких фиброзных тяжей – являются частым спутником не только «атипичных» пневмоний (например, вызванных *Mycoplasma pneumoniae*), но и тяжелых форм гриппа, а также новой коронавирусной инфекции COVID-19 [3].

Цель

Изучить интерстициальные изменения в легких у пациентов с инфекционной патологией.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 45 медицинских карт стационарных пациентов, Гомельской областной инфекционной клинической больницы (УЗ «ГОИКБ»), перенесших микоплазменную инфекцию и COVID-19 инфекцию с интерстициальными изменениями в легких в период с 28.02.2024 по 19.09.2025 год. Диагноз микоплазменная инфекция был подтвержден определением ДНК *Mycoplasma pneumoniae* в носоглоточной слизи методом ПЦР и обнаружением IgM, IgG к *Mycoplasma pneumoniae* в крови методом ИФА. Диагноз COVID-19 инфекция всем обследуемым был подтвержден определением АГ SARS COV-2 в мазке из носоглотки и ротоглотки.

Для создания первичной базы данных для анализа использовался редактор электронных таблиц Microsoft Excel, версия 16.16.4 (181110) (Microsoft Office, Microsoft Corporation 2016).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов было 27 мужчин (60,0 %) и 18 женщин (40,0 %); медиана возраста для мужчин составила 25 [6;83], для женщин – 19 [1;64]. Возраст обследуемых составил от 1 до 83 лет.

У всех пациентов с микоплазменной и COVID-19 инфекцией заболевание протекало с поражением легких (пневмония). Из них у 37 человек (82,2 %) диагностирована пневмония, вызванная *Mycoplasma pneumoniae*. COVID-19-ассоциированная пневмония диагностирована у 8 (17,8 %) пациентов.

При рентгенологических исследованиях пациентов с микоплазменной пневмонией выявлялись такие признаки, как усиление и деформация легочного рисунка (54,1 %), снижение пневматизации легочной ткани (13,5 %), уплотнение, расширение корней легких (27,02 %), участки инфильтрации легочной ткани (18,9 %).

При рентгенологических исследованиях пациентов с COVID-19 инфекцией отмечались следующие изменения: участки инфильтрации легочной ткани (25 %), зоны уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» (37,5 %), плевроапикальные наслоения с двух сторон (25 %), уплотнение ткани (12,5 %), плотные субплевральные очаги нодулярного фиброза (25 %), участки линейного пневмофиброза (12,5 %), затенения легочной ткани (12,5 %), усиление и деформация легочного рисунка (25 %).

В общем анализе крови пациентов с микоплазменной инфекцией были отмечены следующие изменения: у всех обследуемых определялось ускорение СОЭ (11–38) мм/ч, лейкоцитоз отмечался у 10 (27 %) пациентов до $11,75 \times 10^9$.

В общем анализе крови обследуемых с COVID-19 инфекцией у всех пациентов показатели были в пределах нормы, но у 3 (37,5 %) человек отмечалось ускорение СОЭ (21–29) мм/ч, лейкоцитоз у 2 (25 %) пациентов до $17,34 \times 10^9$.

В биохимическом анализе крови у 32 (86,5 %) пациентов с микоплазменной инфекцией на фоне ухудшения состояния наблюдалось увеличение количества С-реактивного белка (1–125,2) мг/мл.

В биохимическом анализе крови у 4 (50 %) обследуемых с COVID-19 инфекцией на фоне пневмонии присутствовало увеличение количества С-реактивного белка (2,5–25,8) мг/мл.

Прокальцитонин у 19 (51,3 %) пациентов с микоплазменной инфекцией, принявших участие в исследовании, составил ($<0,04$ –0,43) нг/мл, ИЛ-6 у 27 (73 %) человек находился в диапазоне ($<0,5$ –10,3) пг/мл.

Значения прокальцитонина у 5 (62,5 %) исследуемых с COVID-19 инфекцией составили (0,1–0,47) нг/мл, ИЛ-6 у 2 (25 %) пациентов определялся в диапазоне (0,12–8,6) пг/мл.

Выводы

1. У пациентов с микоплазменной инфекцией (82,2 %) от общего числа пациентов, которые перенесли заболевание с поражением легких наиболее часто наблюдались такие интерстициальные изменения, как усиление и деформация легочного рисунка (54,1 %), уплотнение, расширение корней легких (27,02 %).

2. У обследуемых с COVID-19 инфекцией (17,8 %) от общего числа пациентов, которые перенесли заболевание с поражением легких наиболее часто встречались такие интерстициальные изменения, как зоны уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» (37,5 %), участки инфильтрации легочной ткани (25 %), плевроапикальные наслоения с двух сторон (25 %), плотные субплевральные очаги нодулярного фиброза (25 %), усиление и деформация легочного рисунка (25 %).

3. В общем анализе крови у 10 (27 %) пациентов с микоплазменной инфекцией отмечался лейкоцитоз до $11,75 \times 10^9$, у 2 (25 %) обследуемых с COVID-19 инфекцией наблюдался лейкоцитоз до $17,34 \times 10^9$.

4. В биохимическом анализе крови у 32 (86,5 %) пациентов с микоплазменной инфекцией на фоне ухудшения состояния наблюдалось увеличение количества С-реактивного белка (1–125,2) мг/мл, у 4 (50 %) обследуемых с COVID-19 инфекцией присутствовало увеличение количества С-реактивного белка (2,5–25,8) мг/мл.

5. Прокальцитонин у 19 (51,3 %) пациентов с микоплазменной инфекцией, принявших участие в исследовании, составил ($<0,04$ – $0,43$) нг/мл, у 5 (62,5 %) исследуемых с COVID-19 инфекцией его значения составили ($0,1$ – $0,47$) нг/мл.

6. Уровень ИЛ-6 у 27 (73 %) человек с микоплазменной инфекцией находился в диапазоне ($<0,5$ – $10,3$) пг/мл, у 2 (25 %) пациентов его уровень определялся в диапазоне ($0,12$ – $8,6$) пг/мл.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шостак, Н. А., Клименко, А. А., Кондрашов, А. А. Интерстициальные заболевания легких: ключевые мишени для терапии / Н. А. Шостак, А. А. Клименко, А. А. Кондрашов // Клиницист. – 2017. – Т. 11, № 3–4. – С. 10–16.

2. Azadeh, N., Limper, A. H., Carmona, E. M., Ryu, J. H. The role of infection in interstitial lung diseases: a review / N. Azadeh, A. H. Limper, E. M. Carmona, J. H. Ryu // Chest. – 2017. – Vol. 152, № 4. – P. 842–852.

3. Spagnolo, P., Balestro, E., Aliberti, S., [et al.]. Pulmonary fibrosis secondary to COVID-19: a call to arms? / P. Spagnolo [et al.] // Lancet Respiratory Medicine. – 2020. – Vol. 8, № 8. – P. 750–752.

УДК 616-002.5:304

А. А. Садовская

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ТУБЕРКУЛЕЗ И СОЦИУМ

Введение

Актуальность данной темы заключается в том, что в настоящее время активность такой болезни как туберкулез все еще невероятно высока, пусть и не сравнима с прошлыми веками. Так, Республика Беларусь входит в число восемнадцати наиболее неблагоприятных стран по статистике подверженности этому заболеванию в Европе. Так же к регионам с высоким уровнем заболеваемости относятся Индия, Юго-Восточная Азия, Южная Африка. Туберкулез и по сей день уносит людей молодого, трудоспособного и фертильного возраста, лечение его дорогое и сложное.

Цель

Изучить проблему туберкулеза в историческом аспекте.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось посредством ретроспективного анализа исторических данных и литературы, посвященной социокультурным аспектам туберкулеза.

Результаты исследования и их обсуждение

Это заболевание преследует человечество с самого его зарождения. Наиболее ранние свидетельства присутствия недуга в организме были обнаружены в костях эпохи неолит, найденных в Атлит-Яме в 2008 году. Анализ останков показал, что они принадлежат периоду последней фазы докерамического неолита, что примерно соответствует времени от 9250 до 8160 лет до н. э. Скрининговая ПЦР обнаруженных костей выявила комплекс *M. Tuberculosis*, что подтверждает древность вызываемой ею болезни [1].