

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мосолов, С. Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии Covid-19 / С. Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2020. – Т. 5. – С. 7–15.
2. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с COVID-19 / С. З. Ешимбетова [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2021. – № 4. – С. 175–183.
3. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta psychiatrica scandinavica. – 1983. – Т. 67, № 6. – С. 361–370.
4. Чубуков, Ж. А. Непараметрические методы и критерии медико-биологической статистики : учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса всех фак-тов мед. вузов / Ж. А. Чубуков, Т. С. Угольник. – Гомель : ГомГМУ, 2012. – 16 с.

УДК 616.24-039.42-08

Н. Н. Чигир, К. А. Закревский, М. А. Антипенко

Научные руководители: старший преподаватель К. В. Левченко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЛУЧАЙ ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА

Введение

Легочный альвеолярный протеиноз – орфанное заболевание, характеризующееся накоплением в альвеолах белково-липидных комплексов вследствие нарушения утилизации сурфактанта альвеолярными макрофагами, что приводит к развитию дыхательной недостаточности [1]. В клинической практике врача-пульмонолога легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) встречается редко и зачастую представляет затруднения в диагностике.

Наиболее частыми проявлениями являются внезапно появившаяся одышка, с кашлем или без него, возможно выделение скудной белой пенистой мокроты. Заболевание встречается от 2 до 4 случаев на 1 млн взрослого населения, чаще среди лиц в возрасте 30–50 лет. Болеют с большей частотой курящие люди, при чем чаще мужчины, чем женщины [2, 3].

Низкая распространенность и неспецифические клинические, рентгенологические и лабораторные данные существенно затрудняют диагностику и своевременное начало лечения [2].

Цель

Демонстрация редкого клинического случая, ознакомление с клинической картиной и осложнениями ЛАП.

Материал и методы исследования

Медицинская карта стационарного пациента Е., 38 лет, с диагнозом «Легочной альвеолярный протеиноз, диффузная форма, прогрессирование. Дыхательная недостаточность II степени», проходившего лечение в Учреждении «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница» с 04.12.23 по 19.12.23 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент Е., 38 лет, 04.12.23 г. поступил в стационар с жалобами на выраженный кашель с трудноотделяемой мокротой желтого цвета, одышка при бытовой физической нагрузке, повышение температуры тела до 38 °С, на общую слабость.

Впервые обратился в 2017 г. в У «ГОТКБ» с жалобами на прогрессивную одышку, эпизоды повышения температуры. В октябре 2017 г. при рентген-исследовании органов грудной клетки выявлены изменения: рентген-признаки диссеминации в нижних отделах лёгких, двусторонняя пневмония. С целью уточнения диагноза была выполнена видео-ассистированная торакоскопия и взят биопсийный материал для гистологического ис-

следования. Результат: фрагменты легочной ткани с наличием в просвете альвеол мелкозернистых масс эозинофильного вида без признаков воспаления. Картина альвеолярного протеиноза легких. Был выставлен диагноз ЛАП.

Из перенесенных заболеваний отмечал простудные, язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Аллергический и наследственный анамнез не отягощен. Профессия – строитель, стаж работы – более 10 лет. Пациент курит, стаж курения – более 20 лет, 10 сигарет в день; 3 месяца назад – отказ от курения.

В феврале 2018 года был выполнен бронхоальвеолярный лаваж ввиду отсутствия положительной динамики на фоне получаемого лечения. После выполнения манипуляции пациент отмечал улучшение самочувствия: уменьшение одышки.

Результаты объективного осмотра

Состояние средней степени тяжести. Положение активное, питание нормальное. Кожные покровы и слизистые без изменений, бледно-розовые. Температура тела 38,0 °С. Дыхание ритмичное, ЧД 20 в минуту, одышка носит смешанный характер, SpO₂ – 92% атмосферным воздухом. Аускультативно дыхание везикулярное, ослаблено. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 130/80 mmHg.

Результаты лабораторных исследований

Результаты общего анализа крови от 09.01.23 г: RBC – 6,27 x 10¹²/л; HGB – 173 г/л; WBC – 15,3×10⁹/л; LYM – 26%; палочкоядерные гранулоциты – 7%; сегментоядерные гранулоциты – 59%; MON – 8%; СОЭ – 37 мм/час. СРБ от 21.02.23 г.: 28 мг/мл.

Спирограмма от 18.12.2023 г: ФЖЕЛ – 66 (68)%, ЖЕЛ – 72% (до пробы), ОФВ1 – 62 (66)%, ПСВ – 90 (70)%, МОС75 – 46%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 77 (78)%, МОС50 – 43%, МОС25 – 79%. Умеренные смешанные нарушения функции внешнего дыхания. Проба с бронхолитиком отрицательная.

Бодиплетизмография от 14.12.23 г.: Начальные нарушения механики дыхания по рестриктивному типу. Резко снижена диффузионная способность легких в покое.

Компьютерная томография органов грудной клетки от 19.01.18 г.: КТ-картина диффузных интерстициальных изменений в легких. Может соответствовать проявлениям альвеолярного протеиноза. Результат от 21.02.20 г.: в сравнении с данными КТ ОГК от 17.10.17 г., динамика носит смешанный характер: положительная за счет разрешения участков уплотнения легочной ткани по типу матового стекла с тонкими ретикулярными изменениями в S1, S2 обоих легких, уменьшение их размеров и выраженности в S3, S4, S5, S6, S8 левого легкого. отрицательная – за счет появления вышеописанных изменений в S3, S4, S5, S6 правого легкого. Так же отмечается увеличение размеров медиастинальных лимфоузлов: нижних паратрахеальных до 9×13 мм, превазкулярных до 11×14 мм, аортопульмонального окна до 7×16 мм (рисунок 1).

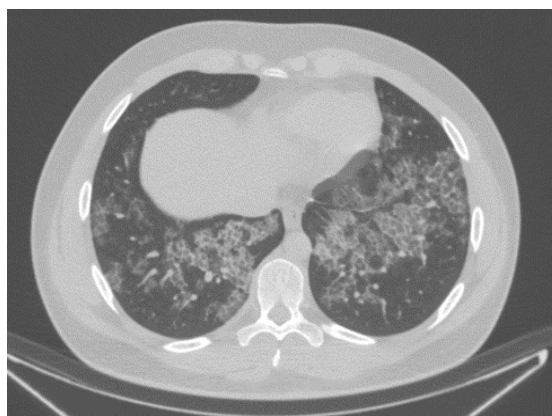


Рисунок 1 – Компьютерная томография органов грудной клетки высокого разрешения

Рентгенография ОГК от 18.02.23 г.: рентген-признаки диссеминации в нижних отделах легких, двусторонняя пневмония.

Фибротреахеобронхоскопия от 06.12.23 г.: Двусторонний диффузный катаральный трахеобронхит I ст.

За период пребывания в стационаре пациент получил антибактериальную терапию, муколитики, антикоагулянты, физиотерапевтическое лечение. Для дальнейшего лечения (выполнения бронхоальвеолярного лаважа) пациент направлен в Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии».

Выводы

Легочный альвеолярный протеиноз редко встречается в клинической практике, имеет неспецифическую симптоматику, характерно отсутствие патогномичных симптомов. Данное заболевание необходимо дифференцировать от пневмоцистной пневмонии, туберкулеза легких, фиброзирующего альвеолита, злокачественных новообразований и др.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Респираторная медицина: руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – Т. 2. – М., 2007.– 2008. – С. 311–317.
2. Pulmonary alveolar proteinosis in adults: pathophysiology and clinical approach / A. Kumar [et al.] // Lancet. Respir. Med. – 2018. – Vol. 6, № 7. – P. 554–565.
3. McCarthy, C. Autoimmune Pulmonary Alveolar Proteinosis/ C. McCarthy, B. C. Carey, B. C. Trapnell // Am J Respir Crit Care Med. – 2022. – Vol. 205(9). – P. 1016–1035. – doi: 10.1164/rccm.202112-2742SO.

УДК 578.824.11

Ю. А. Шемереко, К. С. Косикова

Научный руководитель к.м.н., доцент Ю. Е. Скурихина

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
г. Владивосток, Российская Федерация*

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ЛЮДЕЙ, РАБОТАЮЩИХ ЗА ЧЕРТОЙ НАСЕЛЕННОГО ПУНКТА, О БЕШЕНСТВЕ

Введение

Каждый год бешенство уносит жизни свыше 59000 человек по всему миру, преимущественно в Африке и Азии, при этом почти 40% пострадавших от укусов животных, потенциально инфицированных бешенством, составляют дети до 15 лет.

С 2013 по 2019 годами наибольшее количество случаев бешенства было зарегистрировано в Центральном, Приволжском и Южном федеральных округах России.

В природе вирус бешенства чаще всего переносят животные, служащие пищей для диких хищников, а также летучие мыши, питающиеся насекомыми. В последнее время отмечается рост числа инцидентов бешенства среди енотовидных собак, домашних и хищных животных. Сельскохозяйственные животные становятся третьими в списке по количеству заболевших, служа индикаторами присутствия вируса бешенства и позволяя его легко выявлять [1, 2, 3].

Цель

Изучить и проанализировать уровень осведомленности людей, работающих за пределами населенного пункта, о бешенстве.