

мозга, в 27,2% (3/11) случаев - по поводу органического поражения ЦНС, на долю гепатобластомы и мукополисахаридоза пришлось по 9,0% (1/11) случаев. По поводу основного заболевания ухудшение состояния и смерть наступила у 54,5% (6/11) детей, причиной смерти остальных 45,4% (5/11) пациентов была ассоциированная вирусно-бактериальная инфекция.

Выводы

Таким образом, инфекционный фактор имеет важнейшее значение для здоровья детей, получающих паллиативную помощь, так как, в 76% случаев с ним связано ухудшение общего состояния, потребовавшего госпитализации в ОРИТ, а в 45,4% случаев респираторные/кишечные инфекции явились причиной смерти ребенка.

Список литературы:

1. ACT. A Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. ACT (Association for Children's Palliative Care). Bristol; 2009
2. Введенская Е.С. Паллиативная помощь детям: определение, содержание, перспективы // Лечащий врач. - 2012. - №6. - С. 34-38
3. Воронова Е. А., Рудакова Э. А., Смирнова К. А., Подлужная М. А. Значение регистра инкурабельных детей для организации паллиативной медицинской помощи на региональном уровне // Пермский медицинский журнал. - 2017.- №5. - С.107-112
4. Ключников С.О., Сонькина А.А. Паллиативная помощь в педиатрии – мировой опыт и развитие в России. Педиатрия 2011. - 90 (4) – с. 127–133
5. Притыко, Д. А. Паллиативная помощь детям. История развития, проблемы и пути их решения // Д. А. Притыко, Д. Е. Климов, Л. И. Гусев; Притыко Д. А., Климов Д. Е., Гусев Л. И. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2015. - Т. 59, № 1 - с. 43-47

УДК 616.24-001

Белусова Е.В., Гордеева А.Е., Хачатуров А.С., Цветков Д.К., Сабадаш Е.В. ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Belousova E.V., Gordeeva A.E., Khachaturov A.S., Tsvetkov D.K., Sabadash E.V. HYPERSENSITIVE PNEUMONITIS: CLINICAL CASE

Department of Phthisiology and Pulmonology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: katrinaboston66@gmail.com

Аннотация. В статье рассматривается клинический случай внезапно развившегося гиперсенситивного пневмонита у пациента, который перенес первичный туберкулезный комплекс правого легкого в фазе распада в возрасте 6 лет.

Annotation. The article discusses the clinical case of suddenly developed hypersensitive pneumonitis in a patient who underwent primary tuberculosis complex of the right lung in the decay phase at the age of 6 years.

Ключевые слова: гиперсенситивный пневмонит, экзогенный аллергический альвеолит.

Key words: hypersensitive pneumonitis, exogenous allergic alveolitis.

Введение

Гиперчувствительный пневмонит (ГП), также известный под названием экзогенный аллергический альвеолит, представляет собой легочный синдром, объединяющий целый спектр патологических состояний (гранулематоз, интерстициальные и бронхоальвеолярные воспалительные реакции), возникающий в результате развития сенсибилизации от неоднократной экспозиции органической пыли или низкомолекулярных агентов неорганической природы [1]. Заболевание было впервые описано в 1932 г. J. Campbell в результате наблюдения за пятью фермерами, у которых наблюдалось развитие острых респираторных симптомов после работы с влажным заплесневелым сеном. Эта форма заболевания получила название «легкое фермера» [2].

Нет точных данных о распространенности ГП. Трудности возникают из-за неоднозначности полученных данных при обследовании и ошибочного диагноза. Все это усугубляется отсутствием стандартизированных эпидемиологических критериев диагностики. Известно, что распространенность варьирует в зависимости от региона, климата и сельскохозяйственной деятельности. Исследователями в Нью-Мексико рассчитана ежегодная заболеваемость интерстициальными поражениями легких, которая составляет 30 на 100 тыс. населения. ГП составлял менее 2% населения. В других исследованиях показано, что ГП страдают 0,5-19% обследуемых фермеров. Опять же, эти цифры, скорее всего, основывались на разнице в методах ведения сельского хозяйства и диагностических критериев [3].

Диагностика ГП представляет существенные сложности, нередко приводит к постановке ошибочного диагноза. Это объясняется малой осведомленностью врачей относительно этого заболевания, а также необходимостью проведения специальных высокотехнологичных методов обследования [4].

Цель исследования – демонстрация сложного клинического случая гиперсенситивного пневмонита.

Материалы и методы исследования

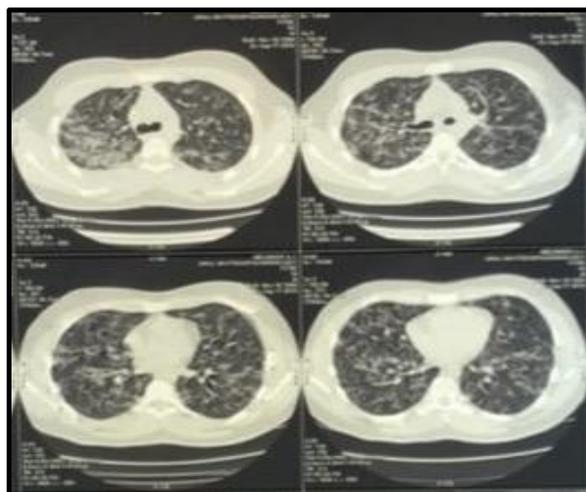
Изучены и проанализированы научные публикации, посвященные проблеме гиперсенситивного пневмонита, по наиболее доступным отечественным (РИНЦ) и зарубежным базам данных за последние 5 лет [1, 3]. Изучены и проанализированы медицинские документы пациента А., 19 лет (карта стационарного больного за период лечения с 03.10.2019 по 30.10.2019 г.).

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент К., поступил в стационар 03.10.19 с жалобами на одышку смешанного характера в покое и при минимальной физической нагрузке, малопродуктивный приступообразный кашель, боль в области правой лопатки при приступах кашля, а также на снижение аппетита и похудание. Впервые заметил появление сухого кашля в августе 2019 года, затем 12.09.2019 присоединилась одышка, и пациент обратился за медицинской помощью. Была выполнена рентгенография органов грудной клетки, были выявлены диффузные изменения в легких. Направлен на КТОГК в УрНИИФ. По данным КТ ОГК от 17.09.19 – диффузное фиброзное бронхогенное поражение легких. Был осмотрен пульмонологом и направлен в ОДДТ УрНИИФ для уточнения диагноза и назначения терапии.

Из анамнеза известно, что в 6 лет находился на лечении в детском отделении ПТД с диагнозом: первичный туберкулезный комплекс правого легкого в фазе распада, осложненный двусторонней диссеминацией. МБТ (-). Проведено лечение по 1 режиму, выписан с улучшением. Со слов, проба Манту всегда была отрицательной. Курил на протяжении 3 лет по 10 сигарет в день, не курит 1 месяц.

Из объективного статуса следует обратить внимание на ЧДД – 30 в мин., сатурация O₂ – 91%, АД – 110/80 мм.рт.ст., пульс – 112 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание, ослаблено



диффузно.

Рис.1 КТ ОГК от 14.10.2019

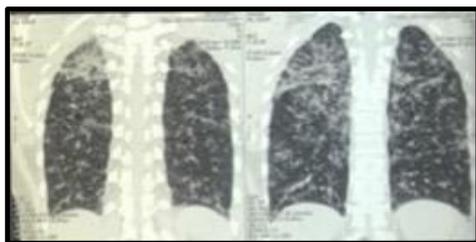


Рис.2 КТ ОГК от 14.10.2019

Было назначено лечение: дексаметазон р-р для ингаляции по 8 мг 1 раз в день; аминофиллин р-р для ингаляции по 5 мл 1 р/д; ипратропия бромид + фенотерол р-р для ингаляции 1 мл 2 р/д; будесонид р-р для ингаляции по 1000 мкг 1 р/д. Однако наблюдалось прогрессирующее клиническое ухудшение показателей, несмотря на проводимую терапию. К терапии был добавлен преднизолон – 25 мг 1 р/д. На фоне приема преднизолона наблюдалось снижение дыхательной недостаточности. По данным КТ от 14.10.2019 (рис.1, рис. 2) (по сравнению с данными от 17.09.19) отмечается прогрессирующее диффузное изменение в легких: отмечается нарастание их объема, плотности. Максимальные изменения выражены в 1-2-6-8 сегментах справа. Изменения расположены перибронхиально, сочетаются с утолщением стенок мелких бронхов. Была проведена фибробронхоскопия со взятием материала на биопсию, в ходе которой не было обнаружено органической патологии слизистой оболочки трахеи и бронхов на участках доступных к осмотру. Взятый материал был направлен на гистологическое исследование: в биоптате два кусочка респираторной ткани: в одном выявлен узелок из гранулемоподобных образований с вытянутыми гиперхромными клетками, определяется диффузный лимфоцитарно-плазмочитарный инфильтрат; во втором кусочке межальвеолярные перегородки утолщены за счет интерстициального фиброза, лимфоцитарно-плазмочитарный инфильтрат. Однако выявленных изменений для достоверного результата недостаточно, рекомендовано проведение открытой биопсии легкого. 28.10.19 было также проведено иммуногистохимическое исследование, в ходе которого достоверных признаков опухолевого роста, в том числе Лангергансочеточного гистиоцитоза, не выявлено.

Было принято решение проконсультироваться у д.м.н., профессора Лещенко И.В., главного пульмонолога МЗСО. По данным клинкорентгенологической картины, было получено заключение профессора Лещенко И.В.: гиперсенситивный пневмонит. На фоне приема преднизолона 25 мг в течение 3 недель отмечалась положительная динамика в виде рассасывания легочного компонента. Данных за туберкулез, ЗНО органов дыхания не выявлено. Рекомендуется снижение дозы ГКС по схеме до полной отмены с последующим КТ-контролем, оценкой PhCO в динамике, консультации пульмонолога в УрНИИФ.

Выводы:

1. Сложность установления правильного диагноза у нашего пациента были обусловлены, в первую очередь, редкой встречаемостью подобной

патологии и отсутствием опыта диагностики данного заболевания у практических врачей.

2. При приеме ГКС наблюдалась положительная динамика процесса.

3. Гиперчувствительный пневмонит является трудным для диагностики, ведения и лечения заболеванием.

Список литературы:

1. Васильева О.С., Гиперчувствительный пневмонит, вызванный воздействием металлов-аллергенов / О.С. Васильева, А.Г. Чучалин, А.Л. Черняев, М.В. Самсонова, Е.А. Кулемина // Пульмонология. – 2008. – № 4. – С. 116-118

2. Косарев В.В. Экзогенный аллергический альвеолит: проблемы диагностики / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Русский медицинский журнал. - 2013.- Т.2. - №7.- С. 388–393

3. Лев Н.С. Трудный пациент. Гиперчувствительный пневмонит. Клиническое наблюдение / Н.С. Лев, М.Н. Ковалевская, Е.В. Сорокина, Л.Н. Лепеха // Практика педиатра. – 2013. –Т.3. - №8. – С. 4-7

4. Kamangar N., Mosenifar Z. Hypersensitivity Pneumonitis [электронный ресурс] // Update: Medscape. – 2013. URL: <http://emedicine.medscape.com/article/299174-overview> (дата обращения 12.02.2020)

УДК 616.24-006

Блинова А.С., Блинов В.С., Сабодаш Е.В.

**ОЦЕНКА ЛУЧЕВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С
ВЫСОКОДОЗНОЙ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИЕЙ
МЕТАСТАЗОВ РАЗЛИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ В ЛЕГКИЕ И ПЕРВИЧНОГО
РАКА ЛЕГКОГО МЕТОДОМ ГИПОФРАКЦИОНИРОВАНИЯ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Кафедра онкологии и лучевой диагностики
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Blinova A.S., Blinov V.S., Sabodash E.V.

**DIAGNOSIS OF RADIATION LUNG INJURY IN PATIENTS WITH HIGH-
DOSE STEREOTAXIC RADIATION THERAPY OF METASTASES OF
VARIOUS TUMORS IN LIGHT AND PRIMARY LUNG CANCER BY
HYPOFRACTION**

Department of Phthisiology and Pulmonology
Department OF Oncology and radiology
Ural State Medical University
Ekaterinburg, Russian Federation