

Клинический случай риноцеребрального зигомикоза у пациентки с системной красной волчанкой

Соловьева Алина Алексеевна, Лабадин Даниил Сергеевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры факультетской педиатрии ИМД Привалова Татьяна Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), Москва

Актуальность. Зигомикоз — редкий инвазивный микоз, обусловленный зигомицетами, клинически проявляющийся поражением кожи, подкожной клетчатки, костей черепа, придаточных пазух носа, глаз, дыхательной и центральной нервной систем, составляющий трудности в ранней диагностике и часто заканчивающийся летальным исходом.

Цель исследования. Описать клинический случай риноцеребрального зигомикоза у пациентки с системной красной волчанкой.

Пациенты и методы. Пациентка Ш., 14 лет, с основным диагнозом: «Системная красная волчанка (лейкопения, тромбоцитопения, артрит, люпус-нефрит, нейролюпус, плеврит, перикардит, волчаночная бабочка, полинейропатия), дебют, тяжелое течение» находилась на лечении в отделении иммунологии в течение 6 мес. В лечении — цитостатическая терапия, глюкокортикоиды в высоких дозах. В динамике развитие цитопенического, астеновегетативного, интоксикационного, геморрагического и отеочного синдромов, стероидной миопатии, сенсорной аксональной нейропатии, стероидного сахарного диабета. Учитывая тяжесть состояния, связанную с рецидивирующими кровотечениями из слизистых оболочек, было принято решение о проведении пульс-терапии метилпреднизолоном, с учетом риска инфекционных осложнений на фоне лейкопении (1,27 тыс./мкл) эскалирована антибактериальная терапия карбапенемами и антифунгальная терапия. В динамике отмечены появление отека мягких тканей околоносовой, окологлазничной и височной областей с переходом в инфильтраты и распространением их на левую щечную область, гнойно-геморрагическое отделяемое из носовых ходов. Взяты посевы со всех биологических сред. По результатам посе-

вов получен рост *Rhizopus arrhizus* — одного из возбудителей зигомикоза. Отмечено нарастание неврологической симптоматики. Продолжена эмпирическая антибактериальная и противогрибковая терапия. Консервативная терапия скорректирована антибактериальными препаратами широкого спектра действия, противогрибковыми препаратами из группы азолов и полиенов; принято решение в пользу активной хирургической тактики как наиболее оптимального метода лечения зигомикоза: гайморотомия, этмоидотомия, некрэктомия тканей глазницы. Отмечались диссеминация патологического процесса на конечности, нарастание неврологической симптоматики. Несмотря на массивную антибактериальную и противогрибковую терапию, состояние ребенка прогрессивно ухудшалось: тяжесть состояния была обусловлена течением полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома, тромбоцитопении, гемотрансфузионной зависимости, зависимости от ЗПТ, синдромом взаимного отягощения основного заболевания — системной красной волчанки и зигомикоза. В динамике нарастала брадикардия с переходом в асистолию. Проводилась сердечно-легочная реанимация без эффекта, на 85-й день от начала заболевания зигомикозом констатирована биологическая смерть ребенка.

Результаты и заключение. Частота летальности при течении зигомикоза в настоящее время остается высокой. Этому способствуют отсутствие ранних достоверных методов диагностики, низкая эффективность антимикотиков и быстрое прогрессирование заболевания. Необходимо профилактировать развитие оппортунистической грибковой инфекции и разрабатывать новые методы эффективной антимикотической терапии.