

Д. О. Куралесова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. И. Козорез

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ С ЛЕГОЧНЫМИ И ВНЕЛЕГОЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Введение

Микоплазменные инфекции – группа широко распространенных в мире инфекционных болезней, характеризующихся преимущественным поражением органов дыхания, суставов и мочеполовой системы, возбудителями которых являются микоплазмы. В практике инфекциониста значение в основном имеет респираторный микоплазмоз, вызванный *Mycoplasma pneumoniae*, которая в основном поражает дыхательные пути; чаще всего развиваются трахеобронхит и атипичная пневмония [1].

Примерно 25% инфицированных *Mycoplasma pneumoniae* лиц могут иметь внелегочные проявления в различные сроки от начала заболевания, даже при отсутствии респираторной инфекции. Не менее распространенными и клинически значимыми внелегочными проявлениями микоплазменной инфекции являются поражения кожи и слизистых оболочек. В подавляющем большинстве случаев описано поражение слизистых оболочек полости рта в виде эрозий, язв, везикулезно-буллезных высыпаний, у некоторых лиц наблюдалось вовлечение всей слизистой оболочки с денудацией (потерей поверхностного слоя). Редко микоплазменная инфекция проявляется поражением органов чувств в виде увеита, конъюнктивита и среднего отита [2].

Цель

Демонстрация клинического случая микоплазменной инфекции с легочными и внелегочными проявлениями.

Материал и методы исследования

Медицинская карта стационарного пациента М., 16 лет, с диагнозом «Микоплазменная инфекция (IgG к *Mycoplasma pneumoniae* положительные от 1.11.2024 г.): правосторонняя сегментарная пневмония, ДН0, мукозит, конъюнктивит, склерит; тяжелое течение», проходившего лечение в учреждении «Гомельская областная инфекционная клиническая больница» (ГОИКБ) в октябре 2024 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациент М., 16 лет, 29.10.2024 г. поступила в стационар с жалобами на кашель, боль в горле, болезненные высыпания во рту, дискомфорт в глазах, слезотечение, повышение температуры до 38 °С.

Заболела 24.10.2024 г., когда впервые появился кашель, с 27.10. по 28.10. принимала амоксициллин, парлазин, ангисептин, фриангин, ангидак, холесал. 29.10 появились высыпания во рту и слезотечение, обратилась в учреждение здравоохранения «Гомельская областная детская клиническая больница», где был сделан общий анализ крови и проведена рентгенография органов грудной клетки (правосторонняя пневмония), после чего была направлена в ГОИКБ и госпитализирована. Отмечает появление слезотечения и высыпания во рту после приема большого количества меда, ранее аллергии на мед не было.

Результаты объективного осмотра.

Общее состояние пациента тяжелое за счет выраженных изменений в полости рта. Температура тела: 36,8°C. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений, бледно-розовые. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъекцированы. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,5–2,0 см, эластичные, безболезненные. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев гиперемирован, небные миндалины не увеличены. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы в межлопаточной области. Тоны сердца ясные и ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. ЧСС 88 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный 1 раз в сутки. Диурез в норме, отеков нет.

Локальный статус:

30.10.2024: На слизистой щек и на мягком небе локализуются болезненные афты до 1,5 см в диаметре, покрытые фибрином.

31.10.2024: На слизистой щек и на мягком небе локализуются болезненные афты до 1,5 см в диаметре, покрытые фибрином с гноем. Слизистая губ с болезненными язвами и покрыта гнойными корками. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъекцированы, на веках глаз и ресницах локализуются желто-зеленые гнойные корки.



Рисунок 1 – Мукозит

1.10.2024: Слизистая полости покрыта серо-белой фибринозной пленкой. Слизистая губ с болезненными язвами и трещинами, покрытыми гнойными корками. Конъюнктивы менее гиперемированы, склеры инъекцированы, на веках глаз и ресницах локализуются единичные желто-зеленые гнойные корки (рисунок 2).

По клиническим проявлениям был заподозрен диагноз токсический эпидермальный некролиз (синдром Стивенса-Джонсона, ССД), однако у пациента наблюдается изолированный мукозит, что не характерно для данного синдрома, также проводилась дифференциальная диагностика с вирусом простого герпеса.



Рисунок 2 – Конъюнктивит и склерит пациента

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: СОЭ: 24 мм/час, WBC: $7,93 \cdot 10^9$ /л, RBC: $3,99 \cdot 10^{12}$ /л, НВ: 124 г/л, НСТ: 36, PLT: $188 \cdot 10^9$ г/л, Нейтрофилы: палочкоядерные: 3%, сегментоядерные: 59%, эозинофилы: 2%, моноциты: 12%, лимфоциты: 24%.

БАК от 30.10.24: Общий белок: 71,7 г/л, мочевины: 2,0 ммоль/л, креатинин: 60,4 мкмоль/л, СРБ: 5,5 мг/мл, билирубин общий: 10,5 мкмоль/л, АсАТ: 20,9 ед/л, АлАТ: 11,2 ед/л, амилаза: 55,2 ед/л, хлориды: 98,2 ммоль/л, глюкоза: 4,8 ммоль/л, альбумин 43,0 г/л. Натрий: 132,6 ммоль/л, калий: 3,92 ммоль/л.

БАК от 1.11.24: Общий белок: 69,5 г/л, мочевины: 2,6 ммоль/л, креатинин: 55,4 мкмоль/л, СРБ: 71,1 мг/мл, билирубин общий: 10,8 мкмоль/л, билирубин связанный: 5,7 мкмоль/л, билирубин свободный: 5,1 мкмоль/л, АсАТ: 18,5 ед/л, АлАТ: 8,9 ед/л, ЛДГ: 351,3 ед/л, амилаза: 106 ед/л, хлориды: 107,3 ммоль/л, глюкоза: 4,4 ммоль/л, альбумин: 41,5 г/л. Натрий: 137,6 ммоль/л, калий: 3,86 ммоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: правосторонняя пневмония.

Коагулограмма: АЧТВ: 33,6 с, Протромбиновое время: 15,5 с, ПТИ: 0,84%, МНО: 1,36, фибриноген: 4,37 г/л, Д-димер: 120 мкг/мл.

ИФА: IgM к *Mycoplasma* рп: отриц, IgG к *Mycoplasma* рп: полож; IgM к *Chlamydia* рп: отриц, IgG к *Chlamydia* рп: отриц.

Грипп: грипп А: отриц., грипп В: отриц.

УЗИ органов брюшной полости: ДЖВП.

УЗИ сердца: Глобальная систолическая функция мкЛЖ не нарушена, камеры не расширены. Регургитация на ТК 1 ст. Выпот в перикарде.

Узи щитовидной железы: без эхопатологии.

За период пребывания в стационаре пациент получала следующую терапию: инфузионная терапия, внутривенно – преднизолон, цефотаксим, внутрь – азитромицин, моксифлоксацин, ацикловир, флуконазол, АЦЦ, амброксол. Местно назначены мирамистин, винилин, метрогил дента и лидокаин разведенный в воде для обезболивания язв.

На фоне измененной терапии наблюдается положительная динамика, проявляющаяся отсутствием лихорадки и заживлением афт, а также улучшением общего самочувствия пациента.

Выводы

Таким образом, данный клинический случай описывает тяжелое течение микоплазменной инфекции с внелегочными проявлениями. Внелегочные проявления инфекции обеспечивают меньшую чувствительность к проводимой терапии и более длительный период восстановления пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Внелегочные проявления инфекции, вызванной *Mycoplasma pneumoniae* у детей / Н. И. Колганова [и др.] // Детские инфекции. – 2024. – Т. 23, № 2. – С. 45–51.
2. Шувалова, Е. П. Инфекционные болезни : учебник для студентов медицинских вузов / Е. П. Шувалова, Е. С. Белозеров, Т. В. Беяева, Е. И. Змушко. – 7-е изд., испр. и доп. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. – 727 с.