

СЛУЧАЙ ПУЛЬМОНАЛЬНОГО МУКОРМИКОЗА

*Панкратова Ю.Ю.¹, Алексейчик С.Е.¹, Гриб В.М.¹, Санкович Е.В.²,
Рудая Е.Г.², Борисова Т.Б.², Тимофеева М.А.²*

По литературным данным, зигомикоз (мукомикоз, мукороз, фикомикоз) лёгких является оппортунистической инфекцией и занимает третье место среди других инвазивных микозов респираторной системы. Заболеваемость всеми формами зигомикоза составляет около 0,17 на 100 тысяч населения. Чаще болеют мужчины среднего возраста. Поражение лёгких наблюдается примерно у 25% всех заболевших. Инфекционный процесс возникает у пациентов с иммунодефицитными состояниями. Лёгочная форма болезни чаще встречается у пациентов с онкологической и гематологической патологией. Лёгочный зигомикоз, по данным разных авторов, характеризуется высокой летальностью – 50-80%.

Пациентка Т., 62 года. Поступила в пульмонологическое отделение 10-й ГКБ г. Минска с жалобами на приступообразный сухой, "удушливый" кашель, повышение температуры тела до 38°C. Болея около 2-х недель, когда появились вышеуказанные жалобы. Амбулаторно принимала Мегасеф, Коделак Бронхо, Геломиртол, Ангримакс. На фоне проводимого лечения нарастали кашель, затруднение дыхания, в связи с чем вызвала бригаду скорой помощи и была доставлена в 10-ю ГКБ.

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, пневмонии. В анамнезе операция по поводу миомы матки более 10 лет назад. Последние 7 лет проживает на даче.

При осмотре: кожа без специфических изменений, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Температура тела 37,2°C. В легких – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, сухие рассеянные хрипы на выдохе, частота дыхательных движений – 18 в минуту. SpO₂ 96%. Тоны сердца - ритмичные, приглушены. АД 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Стул ежедневный. В общем анализе крови – лейкоциты в пределах нормы, лейкоцитарная формула в абсолютных цифрах – лимфоцитопения. В стационаре впервые диагностирован сахарный диабет 2-го типа.

Первая рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции – без очаговых, инфильтративных теней. Выставлен диагноз: острый бронхит с бронхообструктивным синдромом. Начата терапия кларитрацином, сабакомбом. В связи с отрицательной динамикой (усиление бронхообструктивного синдрома, дальнейшее повышение температуры тела, появление головокружения) в последующем к лечению добавлены цефтриаксон и дексаметазон внутривенно. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки выявлена пневмония справа в прикорневой области. С учетом отрицательной рентгенологической динамики осуществлена смена антибиотикотерапии. Однако терапия меропенемом, левофлоксацином была неэффективна. КТ ОГК с контрастированием на 18-е сутки после поступления исключает тромбоэмболию легочной артерии, выявляет деструкцию в верхней доле правого легкого с наличием нечетких, разновеликих полостей, следы жидкости в правой плевральной полости. К этому времени начато пробное лечение цефоперазоном/сульбактамом, линезали-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

дом – без эффекта. При ФБС обнаружено объемное образование правого В3 бронха, взята биопсия. Повторная КТ ОГК (через 2 месяца после поступления) – без динамики. При посеве мокроты выявлен *Acinetobacter baumannii* 10⁶, *Pseudomonas aeruginosa* 10³, чувствительные к колистину, что определило тактику дальнейшей антибиотикотерапии. КУБ в мокроте не обнаружены, Genexpert – МТБ не обнаружены. Возбудители коклюша и паракоклюша не выявлены. ИФА ВИЧ отрицательный. От люмбальной пункции пациентка отказалась. Галактоманновый тест отрицательный. Патогистологическое исследование при окраске реактивом ШИК (по Грокотту) выявило в биоптате из В3 бронха грибы семейства зигомицеты, вероятнее всего, мукор. Начата терапия амфотерицином В. После 3-х недельного курса противогрибковой терапии у пациентки отмечено улучшение самочувствия. Кашель беспокоил редко, купирован бронхообструктивный синдром, нормализовалась температура тела. Для радикального лечения, по решению городского консилиума, пациентка переведена в отделение торакальной хирургии. После выполнения лобэктомии выписана под наблюдение хирурга, терапевта по месту жительства.

Заключение. Особенностью представленного наблюдения является то, что легочный мукормикоз был диагностирован у пациентки на фоне дебюта сахарного диабета. В данном наблюдении имело место быстро прогрессирующее течение заболевания с развитием полости на месте инфильтрата в течение месяца, что было показано при КТ-исследовании. Подтверждение грибковой этиологии поражения легких стало возможным при гистологическом исследовании биоптата, полученного при трансбронхиальной биопсии. Консервативная терапия позволила приостановить воспалительный процесс в легких. Для излечения пациентки понадобилось хирургическое лечение.