

Хватюк А.Ю., Домарад В.Р.
**ВНЕЛЕГОЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ
ИНФЕКЦИИ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ластовка И.Н.
*Кафедра детских инфекционных болезней с курсом повышения квалификации
и переподготовки*
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Рост заболеваемости микоплазменной инфекции, наблюдаемый в мире в постковидный период, значительно превысил исходный эпидемический уровень 2017-2019 годов и привел к более частой встречаемости внелегочных проявлений, сопровождающих классическое поражение нижних дыхательных путей. Инфекция затронула, в первую очередь, детское население и молодых взрослых.

Цель: изучить внелегочные проявления микоплазменной инфекции у ребенка на примере клинического случая на основании анамнеза, клинических проявлений, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Материалы и методы. Анализ медицинской документации пациента 12 лет с диагнозом: «Микоплазменная инфекция (*Mycoplasma pneumoniae* ПЦР+ от 13.01.2025 г.): очаговая пневмония в верхней доле справа, средней степени тяжести, ДН-0. Мукозит. ОРИ: ринофарингит, двусторонний гнойный конъюнктивит, склерит. Острый вульвовагинит. Состоявшееся носовое кровотечение».

Результаты и их обсуждение. 11 января 2025 года в УЗ ГДИКБ поступила девочка 12 лет с жалобами на боль в горле, кашель, повышение температуры тела до 38,7°C, высыпания на слизистой полости рта. Анамнез: 04.01.2025г. появилась боль в горле, 08.01.2025г. присоединение кашля и повышение температуры тела, в этот же день начат прием азитромицина (без эффекта), 11.04.2025г. на слизистой полости рта появились афты и небольшой отек губ, который был снят антигистаминными препаратами. 12.01.2025г. был вызван дежурный реаниматолог в связи с увеличением отечности и гиперемии губ, также отмечалось отслоение эпителия на губах и слизистой щек, гнойное отделяемое из глаз и гиперемия конъюнктивы. На 10-ые сутки болезни выявлена единичная пятнисто-везикулезная сыпь (лицо, спина, предплечье, бедро), сопровождаемая умеренным зудом. Через день появилась симметричная эритематозная сыпь (плечи), без зуда, которая быстро исчезла в динамике. На 11 день болезни появились жалобы на зуд и болезненность в области наружных половых органов, усиливающуюся при мочеиспускании, ребенок направлен на консультацию детского гинеколога 17.01.2025г. и был выставлен диагноз «Острый вульвовагинит». Проводимое лечение: АБ терапия внебольничной пневмонии, согласно клиническому протоколу, амоксиклавом и спиромицином, учитывая вероятность микоплазменной инфекции, а также метилпреднизолон с противовоспалительной целью, затем в связи с присоединением мукозита и ПЦР+ *Mycoplasma pneumoniae* от 13.01.2025 г. по решению врачебного консилиума было принято решение замены АБ на левофлоксацин. Девочка выписана 21.01.2025 года с улучшением под расписку матери, даны рекомендации в эпикризе (учитывая обратное развитие пневмонии, продолжить прием левофлоксацина).

Выводы. Микоплазменная инфекция, вызываемая *Mycoplasma pneumoniae*, традиционно ассоциируется с поражением респираторного тракта (бронхиты, пневмонии), однако в последние годы растет интерес к внелегочным проявлениям этой инфекции у детей. Экзантема и мукозит, ассоциированные с *M. pneumoniae*, являются отдельным синдромом, отличающимся от синдрома Стивенса-Джонсона и мультиформной эритемы. Необходимо помнить о возможной связи данных кожно-слизистых проявлений с микоплазменной инфекцией для её своевременного выявления и назначения адекватной терапии, а также минимизации риска тяжелых осложнений и улучшения прогноза для пациентов.