



Актуальность

У иммунокомпетентных пациентов системные микозы часто имеют тяжелое течение. Нередко встречается низкая чувствительность возбудителя к применяемым антимикотикам. Критерием эффективности применения антимикотиков является исчезновение клинических и инструментальных признаков инфекции.

Клинический случай: анамнез

Пациентка 10 лет проходила лечение по поводу низкодифференцированной нейробластомы в Центре детской онкологии, гематологии и иммунологии с 2016 года. За время лечения ребенок получил массивную полихимиотерапию и иммунотерапию. В октябре 2023 г. девочка госпитализируется в связи с лихорадкой неясного генеза до 3–4 раз в сутки на фоне длительной нейтропении, ростом провоспалительных показателей.

Клинический случай: диагностический поиск

По результатам ультразвукового исследования сердца выявлен незначительный перикардиальный выпот. Для уточнения диагноза выполнена КТ-ангиография органов грудной клетки, где подтвердился перикардит. К схеме лечения добавили преднизолон 10 мг/сут. При исследовании крови на стерильность выделена *Candida tropicalis*, а в посеве перикардиальной жидкости – *Rhodotorula mucilaginosa* (МИК вориконазола, микафунгина, итраконазола, каспифунгина, позаконазола, изовуконазол – более 32, МИК флуконазола – более 256, МИК амфотерицина В – 0,125мкг/мл). К моменту выделения дрожжевых грибов ребенок получал комбинированную противогрибковую терапию: липидный комплекс амфотерицина В и микафунгин. Также по результатам дообследования пациентке поставлен диагноз вторичный МДС/МПЗ, ассоциированный с предшествующим лечением. Старт специального лечения повлек за собой ухудшение общего состояния. В динамике отмечались рост со стороны провоспалительных показателей, снижение сократительной способности сердца с нарастанием объема жидкости в полости перикарда, несмотря на получаемые антибактериальные препараты широкого спектра действия. Учитывая отсутствие эффекта от комбинированной противогрибковой терапии – назначена терапия **Резуфунгином (Rezzayo) off-label**. Мировых данных о применении препарата у детей нет, принято решение назначить препарат в дозировке 200 мг 1 раз в качестве нагружочной дозы, затем по 100 мг еженедельно в/в. Пациентка получила 5 введений Резафунгина. Уже через несколько дней после первого введения отмечалась положительная динамика (снижение провоспалительных маркеров, уменьшение кратности фебрильных подъемов до 1–2 в сутки и количества жидкости в перикарде) с дальнейшим разрешением инфекционного процесса. За время лечения и через 2 недели после окончания терапии побочные эффекты, указанные в инструкции по применению, не зарегистрированы.

Выводы

Резафунгин может эффективно применяться в схемах лечения у детей. Однако необходимо проводить дальнейшие клинические исследований.

Нефёдова Елена Александровна
elena.mglv@yandex.by