

Аспергиллез дыхательных путей у детей

В.Х.Сосюра, Е.В.Климанская, Т.В.Куличенко, Е.А.Короткова

Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Получена дополнительная информация о возможности патогенетической роли аспергиллезной инфекции в инициировании и поддержании воспалительного процесса у детей с затяжным и хроническим воспалением дыхательных путей. Эндоскопические исследования с микроскопией и культурным изучением патологического секрета дыхательных путей позволяют верифицировать диагноз и провести целенаправленное противогрибковое лечение.

Ключевые слова: дети, респираторные заболевания, риноларингоскопия, трахеобронхоскопия, микроскопия и культурное исследование патологического секрета дыхательных путей, противогрибковые препараты

Aspergillosis of the respiratory pathways in children

V.Kh.Sosyura, E.V.Klimanskaya, T.V.Koulichenko, E.A.Korotkova

I.M.Sechenov Moscow Medical Academy

Additional information has been obtained on the possibility of the pathogenic role of aspergillar infection in initiating and maintaining inflammatory processes in children with persistent and chronic inflammation of the respiratory tract. Endoscopic examination with microscopy and cultural investigation of the pathological secretion of the respiratory tract permits to verify the diagnosis and carry out a targeted antimycotic therapy.

Key words: children, respiratory diseases, rhinolaryngoscopy, tracheobronchoscopy, microscopy and cultural investigation of the pathological secretion of the respiratory tract, antimycotic drugs

Аспергиллез дыхательных путей занимает второе место после кандидоза по частоте среди микозных заболеваний органов дыхания. Считается, что не существует характерной клинической картины аспергиллезного поражения верхних и нижних дыхательных путей, которое протекает в виде острого или хронического воспаления с приступами кашля и выделением сгустков мокроты.

В диагностике микозных поражений дыхательных путей важное значение приобретает интегральная оценка сочетания отдельных клинических признаков, каждый из которых не является облигатным клиническим симптомом. Хронизации микозной инфекции дыхательных путей способствуют ошибочная диагностика и неправильное лечение, в основном антибиотиками, подавление иммунитета при тяжелых хронических заболеваниях [1, 2].

Анализ анамнестических и клинических данных, учет факторов риска заражения микозом в труднодиагностируемых случаях подтверждаются микроскопией мокроты и бронхиального секрета, культуральными и серологическими методами диагностики [3, 4].

Эндоскопические методы исследования носоглотки, гортани, трахеи и бронхов позволяют получить с места воспали-

ения слизистой оболочки материал (секрет, соскоб, биоптат) для лабораторного исследования.

Целью работы явилось получение дополнительной информации о возможной патогенетической роли аспергиллезной инфекции в инициировании и поддержании воспалительного процесса у больных с затяжным и хроническим воспалением дыхательных путей.

Под наблюдением находилось 13 детей (6 девочек и 7 мальчиков) в возрасте от 4 до 14 лет, поступивших в клинику детских болезней с жалобами на постоянный кашель на протяжении от 6 мес до 5 лет. Кашель у 9 больных отличался надсадным, «лающим» характером без отхождения или с затрудненным выделением сгустков мокроты.

У 3 больных надсадный кашель сопровождался осиплостью голоса и болью в горле. У 4 больных кашель был «простым» со свободным отхождением мокроты слизистого и слизисто-гнойного вида. У 5 больных кашлевой синдром протекал на фоне постоянного затрудненного дыхания через нос. Кашель усиливался при обострении ринофарингита, ларинготрахеита и бронхита, которое возобновлялось спонтанно без характерных признаков ОРВИ. У 5 больных бронхит протекал с бронхообструктивным синдромом, у 7 – ларинготрахеит и бронхит протекали без бронхообструктивного расстройства дыхания. Обострения возникали 1 раз в 1–2 мес. У ряда больных кашель при ухудшении общего состояния носил непрерывно рецидивирующий характер.

У наблюдавшихся больных отмечались сопутствующие заболевания: атопический дерматит – у 5 больных, аденоиды и хронический тонзиллит – у 5, гастродуоденит с рефлюксной болезнью, пилороспазмом и дискинезией желче-

Для корреспонденции:

Сосюра Виталий Хрисанфович, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории эндоскопии в педиатрии при кафедре детских болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

Адрес: 119435, Москва, ул. Большая Пироговская, 19
Телефон: (095) 248-4616

Статья поступила 05.06.2003 г., принята к печати 21.10.2003 г.

выводящих путей – у 4. У 2 больных выявлялись антитела к микоплазменной инфекции.

У всех больных предшествующая курсовая терапия была направлена на устранение бактериальных агентов, улучшение экспекторации и купирование бронхообструктивного синдрома. У 7 больных антибиотикотерапия проводилась препаратами пенициллинового ряда, у 5 – макролидами. 6 больных дополнительно получали антибиотики цефалоспоринового ряда, 1 больной – гентамицин. Часто проводилась смена антибиотиков. У 5 больных в лечении применялась гипоаллергенная и бронхоспазмолитическая терапия, у 9 – секретолитики и муколитики. У большинства больных препараты применялись комплексно. Одному больному проводили гормональную терапию.

С целью верификации причины кашля и длительного воспаления в дыхательных путях, не поддающихся лечению традиционными средствами, у всех больных проведено эндоскопическое исследование носоглотки, гортани, трахеи и бронхов с помощью педиатрического фибробронхоскопа «Олимпас» под местной анестезией и методом ригидной наркозной бронхоскопии с использованием бронхоскопа «К.Шторц» при искусственной вентиляции легких кислородом способом инъекции.

При обследовании в клинике при аускультации ослабленное дыхание по всей поверхности грудной клетки с сухими рассеянными хрипами отмечено у 5 больных, у 7 – преобладали влажные хрипы, в основном на отдельных участках грудной клетки. При откашливании количество хрипов уменьшалось или они исчезали. 4 больных жаловались на боли в эпигастриальной области. Проведенная эзофагогастродуоденоскопия выявила у них хронический гастродуоденит.

При клиническом анализе крови у 4 больных выявлена эозинофилия от 6 до 26%, у 2 – увеличение СОЭ до 10–20 мм/ч. Определение уровня общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови выявило его существенное повышение от 134 до 864 кЕ/л у 5 больных. У остальных детей показатель был в пределах нормы или не определялся.

При рентгенографии грудной клетки у большинства детей выявлены: общее вздутие легочной ткани, диффузное усиление и деформация легочного рисунка, перибронхиальная инфильтрация, снижение четкости корней легкого. Рентгенография придаточных пазух носа выявила затенение и набухание слизистой оболочки в гайморовых пазухах у 3 больных.

У 5 больных отечное набухание и гиперсекреция слизистой оболочки охватывали только носоглотку и гортань. У 6 больных воспалительный процесс распространялся по всей слизистой оболочке воздухоносных путей. У 2 больных эндобронхит был локальным в нижней доле, пораженной бронхоэктазами. Скопление патологического секрета больше наблюдалось в области гортани и верхней части трахеи в виде студенистообразных сгустков и комочков секрета на слизистой оболочке или слизисто-гнойных комочков, закупоривающих просветы сегментарных бронхов.

У всех больных во время эндоскопического исследования из пораженных участков дыхательных путей стерильным катетером в асептических условиях в стерильный флакон аспирировался электроотсасывателем патологический секрет. Материал сразу же отправлялся в микологическую лабораторию. Культуральное исследование патологического секрета дыхательных путей выявило у всех 13 больных рост колоний аспергилл (*Aspergillus fumigatus*) в количестве от 5 до 60 кое/мл.

Учитывая полученные данные лабораторного исследования, мы провели целенаправленное противогрибковое лечение. У 3 больных в лечении был применен внутрь 2% иодистый калий в дозе 1 столовая ложка 2 раза в день в течение 1 мес. К концу курса лечения прекратился кашель с купированием фаринголарингита и трахеобронхита. У 9 больных с выраженным проявлением хронического ринофарингита, ларинготрахеита и бронхита в лечении был использован орунгал по 100 мг 1 раз в день в течение 15 дней. Из них у одного больного орунгал применялся в сочетании с нистатином (500 000 ед. 4 раза в день в течение 2 мес). Четверем больным из-за не полностью купированного ларинготрахеита и бронхита вслед за первым курсом был назначен второй курс лечения орунгалом. У 1 больного с упорным течением заболевания с бронхитом и интерстициальными легочными изменениями в лечении был использован амфотерицин В в дозе 100 мг/кг массы тела по схеме внутривенных вливаний. Клиническая эффективность была достигнута у всех больных, что выражалось в прекращении кашлевого синдрома и купировании воспалительного процесса в дыхательных путях.

Заключение

У детей с затяжным и хроническим течением ринофарингита, ларинготрахеита и бронхита в инициировании и поддержании воспалительного процесса в слизистой оболочке патогенетическую роль может играть аспергиллезная инфекция. Эндоскопические исследования с микроскопией и культуральным изучением патологического секрета дыхательных путей позволяют верифицировать диагноз и провести целенаправленное противогрибковое лечение.

Литература

1. Дайняк Л.Б., Кунельская В.Я. Микозы верхних дыхательных путей. М.: Медицина 1979.
2. Степанов С.Л. Влияние грибоносительства на развитие хронического бронхита и аллергического альвеолита. Саратов 1995; 3: 175–6.
3. Гамиля А.С. Респираторные микоаллергозы и пневмомикозы у детей. СПб. 2000.
4. Perfect J.R., Cox G.M., Lec J.V., et al. The impact of culture isolation of *Aspergillus* species: a hospitalbased survey of aspergillosis. Clin Infect Dis 2001; 33(11): 1824–33.