



Легочные проявления болезни Чарга – Стросса у детей

Республиканская научно-практическая конференция
«Актуальные вопросы пульмонологии и аллергологии
детского возраста» Донецк, 25.04.2022

Е. В. ПРОХОРОВ, Е.В. ПШЕНИЧНАЯ

Синдром Чарга-Стросса (СЧС)

Заболевание относится к первичным системным васкулитам.

Характеризуется гранулематозно-некротизирующим поражением сосудов преимущественно мелкого и среднего калибра с вовлечением в процесс респираторного тракта с клиническими проявлениями бронхиальной астмы и эозинофилии.

СЧС – достаточно редкое заболевание, которое в научной европейской литературе официально было описано у 400 больных.

СЧС встречается как у детей, так и у взрослых, однако наиболее часто в возрасте от 35 до 45 лет.

Распространённость СЧС в мире составляет 1 – 3 случая на 1 млн. населения. При этом европейцы болеют в 2 раза чаще чем представители других рас. В последние годы заболеваемость СЧС существенно возросла.

Несколько чаще болеют лица мужского пола (соотношение колеблется от 1,1 : 1 до 3 : 1).

Морфологическая картина дополняется изменениями со стороны бронхов и бронхиол, которые характерны для бронхиальной астмы. Стенка бронхов инфильтрирована эозинофилами, слизистая отечна, гладкие мышцы находятся в состоянии гипертрофии, налицо метаплазия бокаловидных клеток, происходит значительное утолщение базальной мембраны, формируются слизистые пробки в просвете терминального отдела дыхательных путей. Интерстициальная ткань легких, так же как и интеральвеолярное пространство, инфильтрирована лимфоцитами, плазматическими клетками и гистиоцитами.

Клинические проявления СЧС

Основное проявление заболевания — **синдром гиперреактивности бронхов**. В большинстве случаев он предшествует клиническим проявлениям системного васкулита.

Нередко отмечается присоединение легочной инфекции с развитием инфекционно-зависимой формы БА. Инфильтраты в легких выявляются у двух третей больных. У трети больных обнаруживается плеврит с эозинофилией в плевральной жидкости.

Бронхиальная астма - один из основных проявлений этого первичного системного васкулита, что чаще приходится на старшую возрастную группу. Течение болезни в подобных случаях становится тяжелым, что вынуждает врачей в ранние сроки назначать системные кортикостероидные препараты.


Обострения болезни бывают частыми, плохо контролируются приемом умеренных доз стероидов, врачи вынуждены их постоянно наращивать. Ремиссии сокращаются, интенсивность и тяжесть клинических проявлений бронхиальной астмы нарастают.

Подобные формы бронхиальной астмы трактуются, как тяжелые (злокачественные). С появлением признаков системного васкулита степень тяжести бронхиальной астмы может уменьшиться; генерализации процесса предшествует период длительной лихорадки, выраженной интоксикации при

Другая клиническая особенность течения бронхиальной астмы **появление легочных инфильтратов**. Они регистрируются у двух третей больных, что делает диагноз СЧС более вероятным. Инфильтраты в легких могут развиваться на разных этапах болезни: в период появления первых приступов удушья или уже в период развернутой клинической картины системного васкулита. В диагностике инфильтратов решающее значение имеют рентгенологические методы обследования органов грудной клетки. Инфильтраты носят транзиторный характер, могут распространиться на всю долю легкого, но чаще локализованы в нескольких сегментах. Они быстро подвергаются обратному развитию при назначении глюкокортикостероидных препаратов, что может быть использовано для постановки диагноза СЧС.

Форма и локализация инфильтратов могут быть самыми разнообразными; в тех случаях, когда они симметрично расположены по периферии, возникает необходимость дифференцировать их с хронической эозинофильной пневмонией.

Узловатые и билатерально расположенные инфильтраты, в отличие от гранулематоза Вегенера, редко осложняются формированием асептической полости. Инфильтраты могут быть диффузными, распространяясь по интерстициальной ткани легких; увеличение лимфатических узлов наблюдается редко.



Плевральные изменения при СЧС встречаются относительно часто. Плевральный экссудат содержит в большом количестве эозинофилы, что характерно для этой формы легочного васкулита.

В подобных клинических ситуациях необходимо провести дифференциальный диагноз с эозинофильными плевритами другой этиологии: паразитарные заболевания (парагонимоз), синдром Леффлера, разрыв пищевода, туберкулез и другие. Появление плеврального выпота у больных с СЧС свидетельствует о распространении процесса, этому сопутствует усиление одышки, обусловленное нарастающей дыхательной недостаточностью.

