

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

ных отделений пульмонологического профиля для подбора адекватной терапии.

* * *

Красновидова А.Е.¹, Махмудова С.Н.¹,
Красюкова А.А.², Симонова О.И.^{1,2}

¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Ключевые слова: дети; постковидный синдром; мониторинг микробиоты

Актуальность. Продолжительность жизни больных муковисцидозом (МВ) значительно увеличилась, однако хроническая инфекция остается ведущей причиной развития обострений и ухудшения качества жизни. Патогенез МВ обусловлен дефектом в гене трансмембранного регулятора МВ, что приводит к образованию вязкой мокроты, и это благоприятная среда для колонизации дыхательных путей патогенами микроорганизмами. Респираторные проявления первичной цилиарной дискинезии (ПЦД) обусловлены дефектом или отсутствием ресничек мерцательного эпителия и нарушенным мукоцилиарным транспортом, что также способствует воспалению дыхательных путей. Хроническое воспаление в обоих случаях приводит к нарушениям лёгочной функции, формированию бронхоэктазов, увеличению частоты обострений.

Цель работы: определить микробный спектр возбудителей бронхолёгочного воспаления у детей с МВ и ПЦД в динамике.

Материалы и методы. В исследование включено 100 пациентов с хронической бронхолёгочной патологией в возрасте от 1 мес до 17,5 года, проходивших обследование и лечение на базе пульмонологического отделения. Пациенты были распределены на две группы: с диагнозом МВ ($n = 50$) и с диагнозом ПЦД ($n = 50$). Всем детям в течение 2016–2022 гг. проводили микробиологическое исследование мокроты.

Результаты. Проанализировано 564 образца мокроты. Самой распространённой патогенной микробиотой у больных МВ явились *Pseudomonas aeruginosa* (86%), в том числе мукоидная форма, а также *Staphylococcus aureus* (82%) — метициллинчувствительный и, в меньшей степени, метициллинрезистентный (MRSA) штаммы. У пациентов с ПЦД — *Haemophilus influenzae* (38%) и *S. aureus* (24%). В обеих группах отмечался высев грибов рода *Candida* (78%). У детей с МВ с годами отмечается тенденция к увеличению процентного соотношения мукоидной колонии *P. aeruginosa* (от 20% в 2016 г. до 38% в 2022 г.) к обычной (от 48% до 44%). Также нарастает инфицированность MRSA (от 10% до 20%) по отношению к MSSA (от 62% до 54%). Высев *Candida* остался почти без изменений (от 60% до 52%). У детей с ПЦД увеличивалась частота выявления *H. influenzae* (от 16% до 38%) и *S. aureus* (от 12% до 22%), на долю MRSA приходилось не более 2%, *P. aeruginosa* — 10%, её мукоидной формы — 6%. Распространённость *Candida* уменьшилась (с 16% до 8%).

Заключение. Патогенная микробиота дыхательных путей представлена различными возбудителями при МВ и ПЦД. На фоне длительной базисной антибактериальной терапии при этих формах патологии формируются микробные биоплёнки у *P. aeruginosa*, а также возрастает количество MRSA-штаммов. Хроническую инфицированность этими микробными патогенами можно рассматривать как фактор прогрессирования бронхолёгочного процесса при МВ и ПЦД, в связи с чем необходимо проводить регулярный микробиологический контроль посевов мокроты не только в амбулаторных условиях, но и в стационар-