

**Аймақта тұрушы Қарашығанақ кен орнының әсер етуінен иммундық жетіспеушілігі
аллергиялық синдромы болатын адамдардағы жасушалық иммунитеттің көрсеткіштері**

Ю.А. Лоторева

Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын иммунды жетіспеушіліктік аллергиялық синдромы бар адамдарда жасушалық иммунитет көрсеткіштері зерттелген. CD3-лимфоциттердің солыстырмалы және абсолютті төмендеуі, CD4 жасу жоларынуы солыстырмалы жоғарымауы, CD8-лимфоциттерінің солыстырмалы төмендеуі, CD56 фенотипті жасушалардың солыстырмалы және абсолюттік санының төмендеуі, сонымен қатар иммундық реттегіш индексінің жоғарылауы анықталды.

Түйінді сөздер: экология, иммундық жетіспеушілік, жасушалық иммунитет, аллергиялық синдром.

**Factors cellular immunity beside persons
with allergic syndrome immunной to insufficiency, living in region
of the influence Karachaganakskogo месторождения**

YU.A. Lotoreva

An investigation of people who live in unfavorable ecological region with allergic syndrome of immune deficient. An increase of CD4-cells, correlation CD4/CD8 and decrease of CD3-cells, CD8-cells, CD56-cells.

Key words: ecology, immune insufficiency, cellular immunity, allergic syndrome.

УДК 616.248:576.8.097.32

**МИКОСИСТ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ,
ВЫЗВАННОЙ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ**

О.А. Митковская

Казахстанский медицинский университет

В статье представлена высокая эффективность применения микосиста в лечение бронхиальной астмы с грибковой сенсibiliзацией.

Ключевые слова: бронхиальная астма, грибковая сенсibiliзация, микрофлора бронхиальной системы, аллергены.

В последние годы отмечается широкое распространение аллергических заболеваний среди детей и взрослых, особенно в странах с западным стилем жизни, каждые 20 лет количество больных удваивается [И.И. Балаболкин, 2003, Duchau V., 2005].

Количество больных БА изучено во многих странах мира. В США зарегистрировано более 15 миллионов больных, в Москве БА выявлена у 7% взрослых, в Алматы – у 8%. Инвалидизация от БА в Германии отмечена у 15% больных, в Узбекистане – у 38%, в Алматы – у 16%. Смертность от БА в высокоразвитых странах равна 0,3% от поступивших в стационары больных. За последние 10 лет смертность от БА увеличилась во всех странах в 2 раза и продолжает расти (Ж.Ж. Рапопорт и др., 1980).

Большое количество грибов различной степени патогенности и вирулентности могут вызывать заболевания у человека. Для жителей географической полосы Средней Азии и Казахстана имеют значение патогенные грибы дерматофиты, вызывающие болезни кожи, волос и ногтей, условно-патогенные грибки, которые распространены в природе по-

всеместно - почве, воде, воздухе и в организме животных. К ним относятся дрожжеподобные грибы рода *Candida* (196 видов), *Gliptococcus* и многочисленные виды плесневых грибов (*Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Phisopus* и др.). Часто вызывают болезни грибки рода *Aspergillius* (*A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger*).

В последнее время отмечается рост грибковых заболеваний: по проведенным обследованиям в мире каждый четвертый человек страдает грибковой инфекцией, которая может быть в любом органе человека. В Казахстане 40% больных грибковой этиологии. Распространенно инфекционное проявление заболевания, а также кандидоносительство.

Рост грибковой микрофлоры имеет важную роль для аллергических заболеваний. Известно, что грибковые болезни подразделяются на две большие группы: инфекционные (инвазивные) и аллергические.

Виновные аллергены вызывают симптоматические проявления со стороны любого органа. Аллергические механизмы проходят по следующей схеме:

- иммунологическая - антиген + антитело, в процессе которой определяется иммунологический механизм развития и степени данного заболевания;

- патофизиологическая (выделение биологически активных веществ: гистамин, серотин, лейкины и т. д.);

- симптоматическая, которая вызывает проявления симптомов заболевания данного органа.

В данной статье остановимся на бронхиальной астме инфекционно-аллергической формы, которая относится к проявлениям микогенной аллергии.

Цель исследования

применение микосиста в лечении бронхиальной астмы, вызванной грибковой сенсибилизацией:

Микосист (флуконазол) является селективным ингибитором синтеза стеролов в клетке грибка.

Микосист высокоактивен в отношении *C. albicans*: лишь около 3-5% штаммов *C. albicans* резистентны к флуконазолу или имеют промежуточную чувствительность. *Candida krusei* и отдельные штаммы *Candida glabrata* резистентны к флуконазолу.

После перорального приема флуконазола более 90% препарата попадает в системный кровоток. Он отлично проникает в слюну, мокроту, мочу и другие тканевые жидкости. Выводится Микосист преимущественно с мочой в неизменном виде. Период полувыведения при нормальной функции почек - 27-34 ч. Микосист выпускается в двух формах - для внутривенного и для перорального введения, пероральная форма обладает очень хорошей биодоступностью.

Микосист является препаратом выбора при кандидозной инфекции мочевыводящих путей, эзофагите, перитоните, раневой инфекции, используется в лечении фебрильных нейтропений. При урогенитальном кандидозе Микосист назначают в дозе от 50 до 200 мг в сутки в течение 7-28 дней. При кандидозном эзофагите рекомендуется доза 400 мг с последующим снижением до 200 мг.

Микосист считается средством выбора в системной терапии кандидоза полости рта. При орофарингеальном кандидозе Микосист взрослым назначают в дозе 100 мг один раз в сутки в течение 7-14 дней. При атрофическом кандидозе полости рта предпочтительно назначать Микосист в дозе 50 мг в сутки в течение 14 дней. При развивающейся устойчивости *C. albicans* дозу Микосиста повышают до 400-800 мг/сут. При частых рецидивах возможно назначение пульс-терапии Микосистом (150 мг 1 раз в неделю). Интермиттирующие схемы позволяют предотвратить развитие устойчивости.

При кандидозе кожи эффективная доза Микоси-

ста колеблется от 50 до 100 мг в сутки в течение 14-28 дней. При кандидозе кожи стоп мы рекомендуем дозу 150 мг в сутки в течение 14-28 дней.

Материалы и методы

Нами проводилось лечение микосистом больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергической формой в ЛДЦ и клинике КАУ.

Больные применяли микосист в таблетках по нашей схеме лечения: 100мг 1 раз в день в течение 14 дней, при тяжелом течении БА применялась пульс-терапия - 150 мг в неделю в течение 4 недель. Больные применяли основное лечение в течение месяца, Нами больные наблюдались в течение шести месяцев в 2006-2007 годах. Больные проходили перед началом лечения, через 5 месяцев, в конце лечения следующие исследования: общий анализ крови, цитология мокроты, бакпосев мокроты на грибки, спирография, рентгенография органов грудной клетки. Нами оценивалось объективное состояние больных, бакпосев мокроты. Исследованы 31 больной бронхиальной астмой, из них инфекционно-аллергического генеза - 13 больных, инфекционно-зависимой формы - 10 больных, аллергического - 15 больных. По тяжести течения БА: среднетяжелая-20, тяжелая степень - 11. Из больных сопутственно страдали хроническим инфекционно-аллергическим ринитом - 12 больных, хроническим гайморитом - 4 больных, тонзиллитом - 5 больных. Присутствовали у некоторых другие сопутствующие заболевания: заболевание желудочно-кишечного тракта 7 больных, заболевание печени и желчного пузыря - 4 больных, заболевание почек - 8 больных, гипертоническая болезнь - 6 больных.

Распределялись больные: женщины - 19 человек, мужчины - 12 человек. По возрасту: до 20 лет - 6 больных, от 20 до 30 лет - 7 больных, от 30 до 40 лет - 10 больных, от 40 до 50 лет - 3 больных, от 50 до 60 лет - 2 больных, старше 60 лет - 1 больной.

Результаты и обсуждение

В период лечения больные хорошо переносили препарат, серьезных побочных эффектов не было, только у двух больных наблюдалась отрыжка.

Бакпосев мокроты при анализе результатов в начале лечения и через 5 месяцев у наших больных - 98% улучшение-отсутствие грибковой микрофлоры в бак. посевах.

Микосист в качестве терапии позволяет эффективно воздействовать на микрофлору слизистой бронхиальной системы больных БА, что приводило к улучшению основной функции дыхательных

путей, что подтвердило повторное проведение спирографии. Были отмечены не только уменьшение частоты и тяжести течения эпизодов инфекций, но и значительное снижение необходимости в назначении антибиотикотерапии в группах с приемом препарата. Этот последний критерий наиболее убедителен при анализе эффекта терапии микосистом.

На фоне приема микосиста постепенно уменьшались признаки воспаления в бронхолегочной системе, что коррелировало с положительной динамикой клинических симптомов и улучшением параметров анализов. Выявлен отчетливый клинико-аналитический параллелизм, позволяющий рекомендовать микосист для использования в комплексной терапии при лечении больных бронхиальной астмой инфекционно-аллергической формы.

Выводы

1. Микосист играет важную роль в улучшении микрофлоры бронхиальной системы у больных БА с грибковой сенсibilизацией.

2. Лечение БА зависит от стадии процесса, выраженности воспаления, наличия кандидозной инфекции слизистых бронхов.

3. Микосист хорошо переносится, побочные реакции встречаются, в основном, со стороны желудочно-кишечного тракта (боль в животе, тошнота, метеоризм), реже наблюдаются головная боль, кожные высыпания.

4. При лечении и профилактике грибковой инфекции первостепенное значение имеет профилактика, включающая в себя элиминационные мероприятия:

- при вакцинации необходимость уточнить алергоanamнез;
- проводить вакцинацию по индивидуальному графику;
- исключить из назначений лекарственные препараты и вакцины, содержащие в себе дрожжевые грибки;
- решение вопроса по поводу работы;
- проведение профилактических курсов лечения антигрибковыми препаратами, чтобы уменьшить их эндогенное действие;
- при посещении бассейна и бани использовать противогрибковые мази для профилактики.

Литература

1. Соболев А.В. Аллергические заболевания органов дыхания, вызываемые грибами: Автореф. дис... докт.мед. наук. - СПб., 1997. - 41с.

2. Соболев А.В., Васильева КВ. Микогенная аллергия (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика) // Аллергология. Частная аллергология. Под ред. Г.Б.Федосеева. - СПб.: Нордмедиздат, 2001. - Том 2. - С. 200 - 211.

3. Маккензи Д. У.П. Иммуный ответ при грибковых инфекциях /В кн.: Иммунологические аспекты инфекционных заболеваний. Под ред. Дика Дж.- М: Медицина, 1982. - С. 36-95.

4. Зуева Е.В. Антигенно-активные компоненты *Candida albicans* для выявления повышенной чувствительности немедленного типа: Автореф. дис... канд. биол. наук. - Л., 1990.-18 с.

5. Nissen D., Petersen L.J., Esch R., and oths. IgE-sensitization to cellular and culture filtrates of fungal extracts in patients with atopic dermatitis // Ann. Allergy Asthma Immunol. - 1998. - Vol.81. - №3.-P. 247-55.

6. Savolainen J., Lintu P., Kosonen J., and oths. *Pityrosporum* and *Candida* specific and non-specific humoral, cellular and cytokine responses in atopic dermatitis patients // Clin. Exp. Allergy.-2001.-Vol.31. - №1.-P. 125-134.

7. Akiyama K. The role of fungal allergy in bronchial asthma // Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi. - 2000. - Vol.41. - № 3.- P. 149-55.

8. Корнишева ВТ. Микозы кожи и подкожной клетчатки: Автореф. дис... докт. мед. наук. -СПб., 1998.-31с.

9. Романюк Ф.П. Микозы у детей, вызываемые условно-патогенными грибами: Автореф. дис... докт. мед. наук. - Л., 1998. - 44 с.

10. Гамиля М. А. С. Респираторные микоаллергозы и пневмомикозы у детей: Автореф. дис... канд. мед. наук. - СПб., 2000. - 25 с.

11. Lebedeva T.N., Ignatieva S. M., Minina S. V., and oths. Peculiarities of humoral immunity in patients with candidosis //8-th congress of the European Confederation of Medical Mycology. - Budapest, 25-27 August, 2002. - P.34.

12. Мирзабалаева А.К. Кандидоз и актиномикоз гениталий у женщин: Аллергические заболевания органов дыхания, вызываемые грибами: Автореф. дис... докт. мед. наук.- СПб., 2001.-39 с.

13. Kimura M., Tsuruta S, Yoshida T. Measurement of *Candida*-specific lymphocyte proliferation by flow cytometry in children with atopic dermatitis //Alerugi.- 1998.- Vol.47. - № 4. - P. 449-56.

14. Лебедева Т.Н., Соболев А.В., Игнатьева СМ. с соавт. Циркулирующие иммунные комплексы у больных с атопией и гиперсенсibilизацией к *Candida albicans* //Ж. Проблемы мед. микологии.- 2003.- Том 5. - №2.- С.36.

**Таз дене түршігуінен қоздырылған
демікпені емдеудегі микосист
О.А. Митковская**

Мақалада таз дене түршігуі демікпесін емдеуде микосисті пайдаланудың жоғары тиімділігі көрсетілген.
Түйінді сөздер: демікпе, таз дене түршігуі, қолқа жүйесінің микрофлорасы, аллергендер.

**Mikosist in treatment of the bronchial
asthma, caused fungous сенсбилизацияей.
О.А. Mitkovskaya**

High efficiency of the using микосиста is presented In article in treatment of the bronchial asthma with fungous сенсбилизацияей.

Key words: bronchial asthma, fungous сенсбилизация, микрофлора bronchial system , аллергены.

УДК 616-08:616.248/615.451.3.5

**КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ
СУХИМИ АЭРОЗОЛЯМИ**

О.А. Митковская

Казахстанский медицинский университет

В статье показаны результаты лечения больных бронхиальной астмой сухими аэрозолями.

Ключевые слова: бронхиальная астма, терапевтическая эффективность, аллергия, больной.

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность сочетанного применения различных ингаляционных препаратов; оценка результативности лечения бронхиальной астмы сухими аэрозолями: серетид(бронхолитик + кортикостероид).

Количество больных БА изучено во многих странах мира. В США зарегистрировано более 15 миллионов больных, в Москве БА выявлена у 7% взрослых, в Алматы – у 8%. Инвалидизация от БА в Германии отмечена у 15% больных, в Узбекистане – у 38%, в Алматы – у 16%. Смертность от БА в высокоразвитых странах равна 0,3% от поступивших в стационары больных.

За последние 10 лет смертность от БА увеличилась во всех странах в 2 раза и продолжает расти (Ж.Ж.Рапопорт и др., 1980).

Актуальность проблемы изучения с целью оптимизации современных методов лекарственного лечения бронхиальной астмы признана всеми.

Методы и материалы

Согласно современной классификации БА мы разделили всех больных на три группы: экзогенная (атопическая), эндогенная (инфекционно-аллергическая) и сочетанная формы.

Методика обследования

Обследование больных проводилось в несколько этапов: сбор аллергоанамнеза, осмотр больного, клинические, инструментальные, лабораторные и иммунологические методики исследования. Постановка диагностических кожных и провокационных проб с аллергенами проводится только в период ремиссии БА. Поэтому у больных мы использовали результаты проб, проведенных ранее, в период ремиссии БА, что позволило установить правильный диагноз.

Эффективность проведенной комбинированной схемы лечения оценивалась по пятибалльной системе (В.С.Мошкевич, 1989) через 1, 4, 6 мес., а некоторых больных и через 12 месяцев после окончания лечения.

Всех больных мы разделили на три группы по тяжести течения БА: 77,0% -77 человек– средняя степень тяжести, 21,% -21 человек– тяжелая степень течения. С легкой степенью течения было 2% больных -2 человека.

Клинико-инструментальные обследования

В работе применялись следующие инструментальные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография,