

растает до 600-800 и более 1000 мкг соответственно [7,8,9].

Таким образом, благодаря ограниченной биодоступности и активной биотрансформации ингаляционный путь введения кортикостероидов позволяет создать их высокую концентрацию непосредственно в бронхиальном дереве [10-16]. Отчетливо выраженные противовоспалительные свойства ИГКС обуславливают при их назначении больным БА с разной степенью тяжести независимо от возраста.

Хорошо известные клинические эффекты ИГКС: повышение функциональных показателей внешнего дыхания, снижение бронхиальной гиперреактивности, уменьшение частоты обострения и выраженности симптомов астмы, улучшение качества жизни пациентов.

Литература:

1. Айсанов З. Р., Стулова О. Ю., Калманова Е. Н. и др. Оценка эффективности комбинированной терапии фликсотидом и серевентом у больных бронхиальной астмой // Пульмонология. 1998. № 3. С. 14-18.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального института "Сердце, Легкие, Кровь" и Всемирной организации здравоохранения // Пульмонология. 1996. Прил. С. 1-166.
3. Гущин И. С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М.: Фармарус Принт.
4. Ильина Н. И. Ингаляционные глюкокортикостероиды // Астма.ru. 2001. № 0. С. 10-15.
5. Огородова Л. М., Петровский Ф. И. Серетид - препарат для комбинированной терапии бронхиальной астмы: четыре "почему?" // Аллергология. 2001. №3. С. 19-27.
6. Сенкевич Н. Ю., Белевский А. С., Мещерякова Н. Н. Пути повышения кооперативности больных бронхиальной астмой // Астма.ru. 2001. № 0. С. 25-29.
7. А. Н. Клиническая фармакология ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. 1996. № 2. С. 85-90.

8. Черняк Б. А., Воржева И. И. Новый этап комбинированной терапии бронхиальной астмы. Серетид: клиническая эффективность и безопасность // Аллергология. 2000. № 1. С. 32-39.

9. Bateman E. D., Bousquet J., Braunstein G. L. Is overall asthma control being achieved? A hypothesis-generating study // Eur. Respir. J. 2001. Vol.17. P. 589-595.

10. Greening A. P., Ind P. W., Northfield M., Shaw G. Added salmeterol versus higher-dose corticosteroid in asthma patients with symptoms on existing inhaled corticosteroid // Lancet. 1994. Vol. 344. P. 219-222.

11. Kumar J., Mohan A., Sharma S. K., Pande J. N. Recent concepts in the pathogenesis of bronchial asthma // Indian J. Chest Dis. allied Sci. 1997. Vol.39. P. 27-45; Информ. сб. ПААКИ. 1997. № 9. С. 1-2.

12. Markham A., Adkins J.C. Inhaled salmeterol/fluticasone propionate combination review of use in the management of asthma // Pharmacoeconomics. 2000. Vol. 105. P. 162-166.

13. Nielsen L. P., Dahl K. Therapeutic ratio of inhaled corticosteroids in adult asthma. A dose-range comparison between fluticasone propionate and budesonide, measuring their effect on bronchial hyperresponsiveness and adrenal cortex function // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000. Vol. 162. P. 2053-2057.

14. Pedersen S., Byrne P.O. A comparison of the efficacy and safety of inhaled corticosteroid in asthma // Eur. J. Allergy. 1997. Vol. 52. P. 1-34.

15. Shrewsbury S., Pyke S., Britton M. A meta-analysis of increasing inhaled steroid or adding salmeterol in symptomatic asthma (MIASMA) // B. M. J. 2000. Vol. 320. P. 1368.

16. Verberne A., Frost C., Duiverman E. et al. Addition of salmeterol versus doubling the dose of beclomethasone in children with asthma // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1998. Vol. 158. P. 213-219.

УДК 616.24-002.5-097-003.2

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Р. С. Игембаева, К. С. Игембаева, Л. П. Бритенкова, О. А. Горковенко,

Г. Ф. Кассирова, А. А. Еникеев, Г. Г. Дюсембаева, К. Сексенбаев

Государственный медицинский университет г. Семей,

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

Инфильтративті өкпе туберкулезі кезіндегі иммунитеттің көрсеткіштері

Туберкулезге байланысты адам ағзасында түзілетін иммунитетке интерлейкин – 2 – нің (ИЛ-2) тікелей қатысы бар. Осы ИЛ-2 затына фитогемоагглютининмен әсер еткенде, оның ағзада түзілу деңгейінің, туберкулез ауруының ағымының өзгеруімен тығыз байланысты екенін дәлелдейді. Туберкулез микобактериясының биологиялық қасиеттері туберкулез ауруларының иммуногенетикалық көрсеткіштеріне әсер ете алады. Осы иммуногенетикалық көрсеткіштерді, аурудың ағымының қалай аяқталатынын болжау үшін қолдануға болады.

Immunological parameters in infiltrative pulmonary tuberculosis

The revealed correlation communications of production IL - 2 with character of the immune answer testify about special roles IL - 2 in formation of immunity of an organism at a tuberculosis that confirms and the found out direct correlation of production IL - 2, at induction FGA with dynamics of specific process. Thus, results of the executed research force to pay special attention immunogenetic value of biological properties MBT. The received data can be used for the forecast of current of specific process.

Значение клеточного иммунитета при туберкулезе хорошо известно. Изменения клеточного и гуморального приобретенного иммунитета сочетаются с изменениями естественного иммунитета, причем для каждой клинико-

морфологической формы туберкулеза эти сочетания характерны. Речь идет не только о степени выраженности иммунологических реакций, но и об их цитокиновой регуляции. Так угнетение синтеза интерлейкина-2 (ИЛ-

2) ведет к снижению количественных и качественных показателей клеточного иммунного ответа, выраженность, которой соответствует тяжести туберкулезного процесса (1-3).

Целью исследования явилось сопоставление показателей приобретенного иммунитета и биологических свойств МБТ при инфильтративном туберкулезе легких.

Материалы и методы

Материалом служили 31 пациент, страдающих инфильтративным туберкулезом легких. Этим больным проведено клинико-иммунологическое обследование. Диагноз туберкулеза легких ставили на основании клинических, рентгенологических и бактериологических исследований мокроты на МБТ.

Результаты и обсуждение

Все пациенты лица молодого и среднего возраста (23-60 лет). У 14 больных выявлены поражения легких ограниченной протяженности (в пределах 1-2 сегментов), у остальных имелись долевыми и полисегментарными поражениями. При поступлении бактериовыделение отмечено в 100% случаев. Во всех случаях оценивали жизнеспособность МБТ выделенных у больных по критериям скорости и массивности роста на питательной среде Левенштейна-Йенсена и Финна-2. Для изучения корреляции между жизнеспособностью МБТ и состоянием приобретенного иммунитета пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 14 больных, у которых выделен МБТ с низкой жизнеспособностью, 2-группа – 17 больных, у которых выделен возбудитель со средней и высокой жизнеспособностью (более 100 колоний при длительности роста менее 30 суток).

При исследовании взаимосвязи степени жизнеспособности МБТ и выраженности иммунного ответа были получены следующие основные результаты на основании выявленных достоверных отличий по представленных группам. Специфический клеточный ответ у лиц со средней и высокой жизнеспособностью возбудителя заболевания (2 группа) был достоверно ниже, чем у пациентов 1-й группы. В то же время интенсивность гуморального иммунного ответа у больных 1-й группы была выше, а уровень ЦИК достоверно ниже по сравнению с больными, у которых выделен возбудитель со средней и высокой жизнеспособностью. Ранее было

показано, что снижение содержания ЦИК в сыворотке крови при гиперпродукции ПТАТ (противотуберкулезных антител) является неблагоприятным признаком течения специфического процесса. У больных 2-ой группы отмечено достоверное повышение числа циркулирующих в крови лимфоцитов в процентах ($CD3+55,1\pm 2,8$), тогда как их функциональная активность была ниже, чем у больных 1-ой группы ($CD3+46,2\pm 2,4$), то есть количество $CD3+$ в 1-ой группе ниже, чем во 2-ой группе. Пролиферативная активность лимфоцитов в ответ на ФГА, как и на ППД, а также продукция ИЛ-2 при индукции ФГА оказались значительно более высокими у больных 1-й группы, что свидетельствует о более высокой активности Т-хелперов типа 1 у пациентов с низкой жизнеспособностью МБТ. Таким образом, больные инфильтративным туберкулезом, инфицированные микобактериями с высокой жизнеспособностью, отличаются от пациентов, инфицированных микобактериями с низкой жизнеспособностью, более низкими показателями пролиферативной активности лимфоцитов в ответ на ППД и ФГА, продукции ИЛ-2, индуцированного ФГА, показатели: ИЛ-2 на ФГА, ед/мл – $23,8\pm 3,8$ в 1-ой группе и $14,2\pm 4,5$ во 2-ой группе.

Наряду с этим, у больных, выделявших МБТ с высокой жизнеспособностью, отмечалась более высокая продукция противотуберкулезных антител при одновременном понижении концентрации ЦИК. Все эти различия являются статически достоверными.

Литература:

1. Сахно Л.В., Тихонова М.А., Курганова Е.В. и др. Т-клеточная анергия в патогенезе иммунной недостаточности при туберкулезе легких // Пробл. туб.-2001.- №5. - С.23-28
2. Литвинов В.И., Апт А.С., Еремеев В.В. и др. Иммунологические исследования. Иммунология и иммуногенетика // Фтизиатрия. Национальное руководство под ред. М.И. Перельмана. Москва, 2007. - С.166-170
3. Хасанова Р.Р., Воронкова О.В., Уразова О.И. и др. Роль цитокинов в модуляции субпопуляционного состава лимфоцитов крови у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. - 2008. - №3. - С.31-34

УДК 616.24 – 002.5 – 07

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЕ БОЛЬНЫЕ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Л. П. Бритенкова

Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей

Алғаш рет тыныс ағзаларының туберкулезімен ауырған адамдар

Алғаш рет тыныс ағзаларының туберкулезімен ауырған адамдарды, өзіндік химиотерапияға патогенетикалық емдерді қосу арқылы емдесе оң нәтиже алуға болады. Емнің оң нәтижелі болуы көп жағдайға байланысты, соның ішінде негізгілері мынау: емдеу уақытында басталуы керек, қосымша ауруларды емдеу керек және негізгі туберкулезді емдеуге қолданылатын дәрілермен қатар патогенетикалық емдеу тәсілдерін кеңінен пайдалану керек. Оң нәтижелі ем аурулардың 81% алынды.

For the first time revealed by sick tuberculosis organ breathings

The complex treatment of a tuberculosis of a respiratory organs at the for the first time revealed patients results in most cases in favorable results. The efficacy of treatment depends on a well-timed beginning of treatment, treatment of concomitant diseases, nosotropic (pathogenetic) therapy and from the optimally pick up schema (circuit) of a chemotherapy. The favorable results are received (obtained) at 81% of the patients.