

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 полисегментарные поражения. 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.

По количеству больных туберкулезом Казахстан занимает 33-е место среди 212 стран мира и 4-е место в Европейском регионе и входит в число стран с высокой заболеваемостью туберкулезом. Показатель конверсии мазка в конце интенсивной фазы среди новых случаев по Республике Казахстан с бацилловыделением зарегистрированных в 2009 г. составил 81%. Неудача лечения составил в 2009 г. – 52,3%, а рецидивы составили – 62,8%. Одной из причин неэффективности лечения туберкулеза является наличие сопутствующей патологии других органов и систем (1-3).

Цель исследования – повышение эффективности лечения впервые выявленного туберкулеза органов дыхания путем разработки наиболее оптимальных стандартных и индивидуальных схем химиотерапии туберкулеза органов дыхания, новых патогенетических методов лечения.

Материалы и методы

Нижеприведенные данные основаны на результатах 70 наблюдений за впервые выявленными больными в возрасте 15-69 лет с активными формами туберкулеза органов дыхания, находившимися на лечении в областном противотуберкулезном диспансере.

Результаты и обсуждение

Среди больных преобладали больные с инфильтративным – 49 (70%) и очаговым – 10 (14,3%) туберкулезом. Среди других форм встречался экссудативный плеврит – 8 (11,4%), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 3 (4,3%) пациента.

Среди наших больных лица женского пола составили 32 (45,7%), мужского – 38 (54,3%). Бактериовыделение имелось у 45 (64,3%) больных, полости распада определялись у 23 (32,8%). У 18 (25,7%) больного выявились распространенные процессы. Схема назначения химиотерапии зависела от выраженности процесса, наличия распада и бактериовыделения, категории тяжести заболевания и других показателей. Больным с распространенными осложненными процессами назначали 4-5 противотуберкулезных препаратов. Наиболее частой комбинацией являлось назначение изониазида, рифампицина, пиразинамида и стрептомицина или последним препаратом был этамбутол. Больным без распада и бактериовыделения назначали 3 препарата, чаще изониазид, рифампидин, пиразинамид или изониазид, пиразинамид и этамбутол. Остальные получали разные комбинации по индивидуальной схеме в зависимости от переносимости препаратов, сопутствующих заболеваний и других факторов, не дающих возможности применить стандартные схемы лечения. Известен способ лечения иммуномодуляторами больных туберкулезом тималин, тимоген, туберкулин, левамизол, тактивин и другие. К недостаткам большинства иммуномодуляторов применяемых при туберкулезе относится отсутствие у них способности повышать местный иммунитет верхних дыхательных путей. Последние годы острые вирусные и хронические бактериальные инфекции верхних дыхательных путей часто (от 10 до 19,2%) сопутствуют туберкулезу органов дыхания.

С целью повышения эффективности лечения, а именно показателя закрытия полости распада мы наряду со специфической химиотерапией из четырех препаратов (H, R, Z, E или S) применяли иммуномодуляторы: ИРС-19 и бронхо-мунал. Бронхо-мунал содержит лио-

филизованный лизат бактерий, чаще всего вызывающих инфекции дыхательных путей. Каждая капсула бронхо-мунала содержит 7,0 мг лиофилизованного лизата бактерий. Данный препарат модулирует иммунный ответ организма, стимулирует как клеточный, так и гуморальный иммунитет. Наши больные получали бронхо-мунал утром натощак по 1 капсуле в течение 10 дней. Курс лечения повторяли 3 раза с 20 дневным интервалом, так как среди наших больных основным сопутствующим заболеванием было острые респираторные и хронические бактериальные инфекции верхних дыхательных путей. Для применения бронхо-мунала основанием служили наличие иммунодефицита (относительный показатель Е-РОК до лечения составил $41,93 \pm 6,63$, а относительный показатель Тхелпера – $25,8 \pm 7,78$). Основанием для применения ИРС-19 служили наличие у наших больных сопутствующей патологии в виде тонзиллитов, фарингитов, ринитов и других отоларингологических заболеваний.

Препарат ИРС-19 содержит детерминанты антигенов наиболее частых возбудителей респираторных инфекций, таких как стрептококк, стафилококк ауреус, клебсиелла, мейоракселла, *Diplococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*. Эти интагенные детерминанты абсолютно непатогенны. В то же время на слизистой оболочке они иницируют защитные иммунные реакции, идентичные реакциям, вызываемым самыми исходными возбудителями.

Препарат ИРС-19 используется в виде аэрозоля для интраназального использования. Последний путь введения перспективен, так как благодаря анатомическим и физиологическим условиям в области носоглотки ИРС-19 может чрезвычайно быстро и интенсивно проникать через слизистую оболочку в организм, вызывая тем самым немедленную мобилизацию защитных механизмов в слизистой оболочке и запуская эффективное производство антител в иммунных органах носоглотки. Применение препарата в форме аэрозоля позволяет создавать равномерный слой препарата на слизистой оболочке, что в свою очередь, создает оптимальные условия для всасывания.

Применение наряду с химиотерапией иммунокорректирующих методов лечения способствовало повышению эффективности лечения и сокращению сроков стационарного этапа лечения на один месяц. Комплексное лечение впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания способствовало достижению благоприятных исходов у 81% больных.

Литература:

1. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Вылегжанов С.В. Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением // Пробл.туб.-2001.-№7. - С. 13-18.
2. Паролина Л.Е., Морозова Т.И., Докторова Н.П. Критерии оценки эффективности химиотерапии в противотуберкулезном стационаре // Пробл.туб. и болезней легких. - 2007. - №6. - С.13-17.
3. Игембаева К.С., Игембаева Р.С., Жаксылыкова Н.Т. и др. Клиническая структура туберкулеза органов дыхания у подростков // 6-й съезд фтизиатров Казахстана.- Алматы. - 2010. - С.101-104.