

клиникалық және зертханалық зерттеулер өткізілді. Бактериялы жұқпалы ауру мен вирустық жұқпалы аурулардың және атопиялық аурулардың (поллиноз) арасындағы кері коррелятивті байланысы анықталды.

Түйін сөздер: атопия, бактериялы инфекция, вирусты инфекция поллиноз гепатиті, ринит, шөптік демікпе, аллергиялық реакция, туберкулез иммунді жүйе, иммуноглобулиндер, интерлейкиндер, антагонизм, синергизм

SUMMARY

Correlative bond of allergic inflammation and infectious process is far from being unambiguous. For a number of years

the authors have been examining the mutual impact between infectious diseases in patients with tuberculosis, infectious hepatitis, other infections and the development of allergic inflammation in case of pollinosis in subsequent years. The clinical and laboratory studies have been carried out to determine the difference in the course of pollinosis and pollinosis+ tuberculosis, pollinosis + ХВГВ. The reverse correlative bond between bacterial infections, viral infections and atopies (pollinosis) has been determine

Keywords: atopy, bacterial infection, viral infection, hepatitis, pollinosis, rhinitis, pollen asthma, allergic reactions, tuberculosis, immune system, immunoglobulins, interleukins, antagonism, synergism.

УДК 616.2 – 022.1: 616.94 – 022.7 (574)

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ

Митковская О.А., Сманова А.Е., Меденова Г.А.

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей МЗ РК

Последние данные информируют о том, что распространенность аллергических заболеваний по всему миру занимает шестое место среди нозологий. Наиболее распространенными заболеваниями являются аллергический ринит и бронхиальная астма, атопический дерматит, пищевая и лекарственная аллергия. Это связано с тем, что многие люди занимаются самолечением – сочетанием различных лекарственных препаратов, что при неадекватном назначении способно снизить работу иммунитета и спровоцировать аллергическую заболеваемость, в дальнейшем развитие аллергической нозологии, вплоть до бронхиальной астмы. В последние годы заболевание аллергическими заболеваниями и бронхиальной астмой (аллергическая и инфекционно-зависимая форма) приводит к значительному ухудшению здоровья – снижению уровня жизни, увеличение инвалидизации, повышение смертности населения, в том числе и в Казахстане.

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в развитие которого принимают участие многие клетки, включая тучные клетки и эозинофилы [GINA, 2008]. Взаимодействие факторов генетики организма и окружающей среды обуславливает иммунопатологические изменения, характерные для БА, которые включают эозинофильную и мононуклеарную инфильтрацию дыхательных путей, дисрегуляцию Т-клеточного ответа, синтез Th2-типа лимфокинов, провоспалительных цитокинов и т.д. В связи с нарастанием заболеваемости – ежегодно выявляется до полумиллиона новых случаев БА – рост заболеваемости астмой характеризует как эпидемию.

Бронхиальная астма является проблемой мирового масштаба. В мире от астмы страдают более 100 млн.

человек, что наносит экономический и социальный ущерб в виде затрат на лечение, потери работоспособности и проблем в семье. От этого серьезного заболевания, которое может быть достаточно тяжелым и иногда смертельным, страдают люди всех возрастов во всех странах мира. По причине бронхиальной астмы в 2010 году погибло 5 498 человек, приблизительно 498 000 было госпитализировано, около 12,8 млн. посетили больницы. В 2008 г. оцененные расходы на бронхиальную астму составили в США 15,9 миллиардов долларов.

Материалы и методы. Направлением нашего исследования было сравнение АЗ в различных группах представлена клиника течения БА в различных группах АІ – БА атопическая форма (30 человек), АІІ – БА атопическая форма + туберкулез (30 человек), АІІІ – БА атопическая форма + HBsAg (30 человек). Основными показателями клиники были частота приступов удушья, частота приема бронходилататоров, частота ночных приступов, результаты комбин.ингаляц. серетидом 50/100, ОФВ₁ ежедневно, ІІ-5; ІІ-4 ІgЕ общ.

В таблице 1 представлена клиника течения БА в различных группах 1 группа – БА атопическая форма (30 человек), 2 группа - БА атопическая форма + туберкулез (30 человек), 3 группа– БА атопическая форма + HBsAg (30 человек). Основными показателями клиники были частота приступов удушья, частота приема бронходилататоров, частота ночных приступов, результаты комбин.ингаляц. серетидом 50/100, ОФВ₁ ежедневно, ІІ-5; ІІ-4 ІgЕ общ

Таблица 1 - Сравнения течения и эффективности лечения бронхиальной астмы в различных группах(в таблице показаны средние показатели среди обследуемой группы)

	1 группа 30	2 группа БА + tbc 30	3 группа БА + HbsAg 30
Частота приступов удушья	2-3 в нед.	1-2 р/нед	2-5 р/нед
Частота приема бронходилататоров	3-5 р/день	1-2 р/день	4-5 р/день

Частота ночных приступов	2-3 в нед	1-2 р/нед	2-5 р/нед
Результаты комбин.ингаляц. серетидом 50/100	Улучшение у 26 человек,у 4 –без изменений	Улучшение у 24 человек,у 6 –без изменений	Улучшение у 20 человек,у 9 –без изменений, у 1-ухудшение
ОФВ ₁ ежедневно	У 30 улучшается при приеме бронходилататоров	У 28 улучшается при приеме бронходилататоров	У26 улучшается при приеме бронходилататоров
IL-5; IL-4 IgE общ	↑ IL4 – 91% ↑ IL-5 – 96% ↑ IgE общ – 98%	В пределах нормы	↑ показатель у 73%

В диаграммах отдельно представлена клиника течения БА в разных группах в рисунках 1,2, 3, 4.

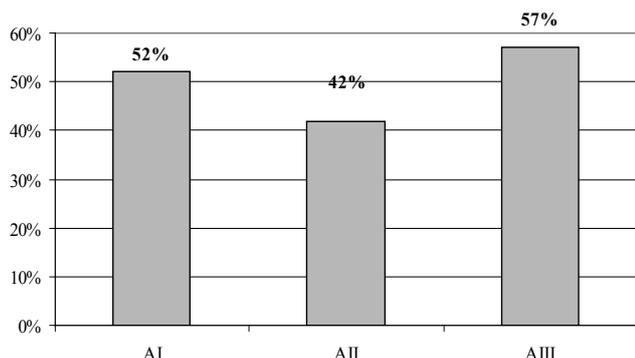


Рисунок 1. Показатели течения БА Частота приема бронходилататоров

Анализируя показатели приема бронходилататоров , при сочетании течения БА с туберкулезом наименьший прием-42%,при сочетании БА + HbsAg наибольший прием бронходилататоров-57%,приобычной атопической форме БА средние показатели-52%.

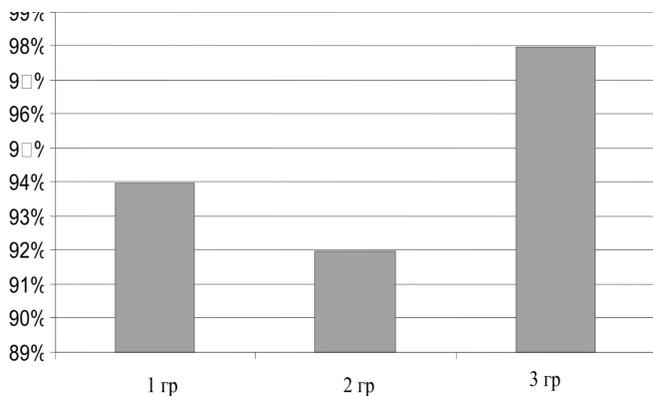


Рисунок 2. Частота ночных пристов у скольких

Анализируя показатели частоты ночных приступов,приходим к следующим : при сочетании течения БА с туберкулезом наименьший показатель-92%,при сочетании БА + HbsAg наибольшее количество ночных приступов у пациентов -98%,приобычной атопической форм

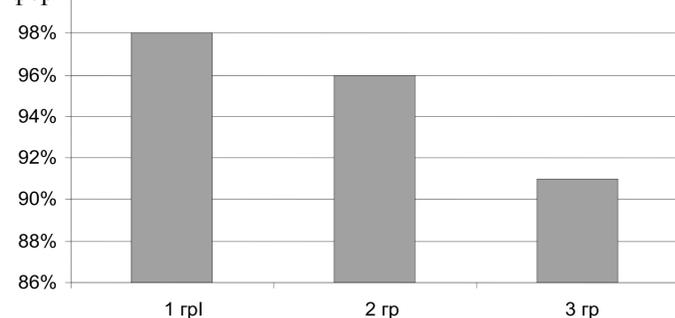


Рисунок 3. Повышение ОФВ1 при лечении серетидом

Анализируя показатели улучшения показателей ОФВ1 после проведенного ингаляционной комбинированной терапии серетидом в течение 2 месяцев,приходим к следующему : при сочетании течения БА с туберкулезом средний показатель-96%,при сочетании БА + HbsAg наименьший показатель -91%,при обычной атопической форме БА самый высокий показатель среди обследуемых групп-98%.

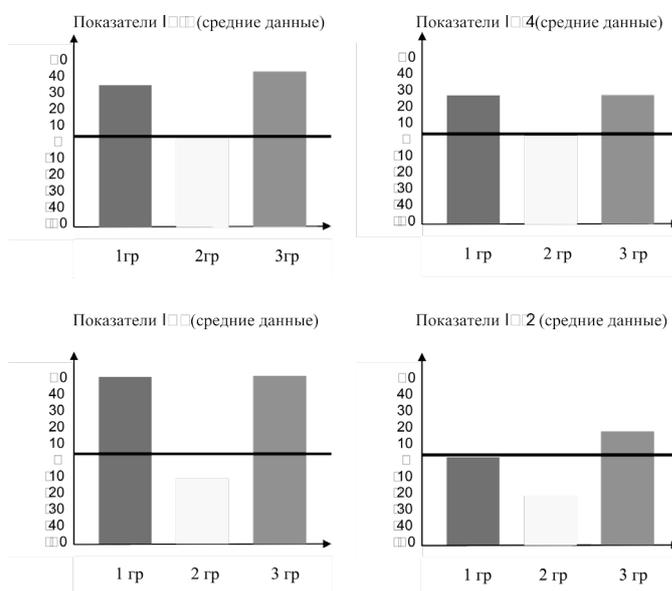


Рисунок 4.

В данной диаграмме представлены показатели интерлейкинов и иммуноглобулина E общего у пациентов БА в разных группах .

Анализируя показатели ,представленные в данной диаграмме можно остановится на следующем, что IL-5 больше нормы на 44% у группы БА + HbsAg, при обычной атопической форме БА больше на 34%, у группы БА с туберкулезом в пределах нормы; IL-4 больше нормы на 24% у группы БА + HbsAg,также на 24% при обычной атопической форме БА, у группы БА с туберкулезом в пределах нормы; Показатели IgE (средние данные) больше нормы на 51% у группы БА + HbsAg,также на 51% при обычной атопической форме БА, у группы БА с туберкулезом в пределах нормы.Показатели IL-2 больше нормы на 19% у группы БА + HbsAg, при обычной атопической форме БА в пределах нормы , у группы БА с туберкулезом ниже нормы на 21%.

Выводы.

1. По данным обследования действие перенесенного гепатита ведет к возникновению аллергического заболевания.

2. Клинические проявления БА на фоне туберкулезной инфекции протекает менее активно и по показателям интерлейкинов -4,5 более снижены , также , как показатели общего IgE

3. Клинические проявления БА на фоне HBsAg протекает более активно и по показателям интерлейкинов -4,5 близки к показателям АЗ (БА) и иногда даже выше, также как показатели общего IgE.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо А. Д. «Общая аллергология» (М.: Медицина), 1978.
2. Алексеев О. А., Сульдавецев А. А. «Иммунные механизмы в патогенезе геморрагической лихорадки». Тер. архив (70) II: 39-42, 1998.
3. Беклемишев Н. Д., Мошкевич В. С., Суходоева Г. С. «Иммунотерапия при аллергии к микробам» (Алматы.: Наука), 1980.
4. Беклемишев Н. Д. «Т-хелпер 2 - ключевая клетка прометазойного иммунитета и реакции аллергии немедленного типа». Иммунология 3: 4-8, 1995.
5. Железникова Г. Ф. «Иммуноглобулин Е: биологическая роль при инфекционных заболеваниях». Медицинская иммунология 4/4-5/: 515 - 530, 2002.
6. Инсанов А. В., Фейзуллаева Н. А., «Гуморальный и клеточный иммунитет при менингитах различной этиологии». Проблемы туберкулеза №2:21 -23, 2000.
7. Кривицкая В. З., Александрова И. А. «Антивирусный IgE при респираторно-вирусной инфекции у больных бронхитом». Ж. Микробиологии №4 : 56 - 61 , 1998.
8. Литвинов В. И., Гергерт В. Я. «Иммунология туберкулеза: современное состояние проблемы». Рос. Вестник АМН №7 : 8-11, 1997.
9. Мошкевич В. С. «Аллергические заболевания верхних дыхательных путей в Казахстане». Дисс. Д-ра мед. наук (М.) 450 с., 1973.
10. Сепиашвили Р. И. «Функциональная система иммунного гомеостаза». Аллергология и иммунология (4) №2: 5-14, 2003
11. Jntti H., Kokkonen J. «Association of an early respiratory syncytial virus infection and atopic allergy». Allergy 58 (9): 878 - 883, 2003.
12. Matricardi P. M., Bjorksten B., Bonini S., Bousquet J. «Microbial products in allergy prevention therapy». Allergy 58 (6): 461 - 469, 2003.
13. Allergy Asthma Immunol 79 : 229 – 233, 1997.
14. Xatzipsalti M. «Rhinoviremia in children with acute wheezing. XXII Congress of EAACI abstract book : 66, 2003.
15. Сергеев В.П., Малышев М.А., Дрынов И.Д. Эволюция инфекционных болезней – М., 2000-С. 207.

16. *Microbial threats to health // Smolinski M., Hamburg M.A., Ledelberg J. (eds) – Washington, The national academies press, 2003 – 396 p.*

17. *Valiante N.M., O'Hagan D., Ulmer J. Innate immunity and biodefence vaccines. //Cell.Microbiol. – 2003 – Vol.5 – P. 755-766.*

18. *Hackett C.J. Innate immune activation as a broad – spectrum*

ТҮЙІН

Ұзақ уақыт бойы туберкулезбен, инфекциялық гепатитпен, басқа да инфекциялармен ауыратын науқастардағы инфекциялық ауру мен тыныс демікпесі кезіндегі аллергиялық қабынудың келесі жылдары дамуының арасындағы өзара әрекеті зерттелді. Зерттеулердің деректері бойынша пайда болған гепатиттің әрекеті аллергиялық аурулардың пайда болуына әкеледі. ТД туберкулездік инфекцияның аясында клиникалық пайда болуы аса белсенді емес болады және -4,5 интерлейкиндердің көрсеткіштері бойынша, сонымен қатар жалпы IgE10 төмендетілген болады. ТД HBsAg аясында клиникалық пайда болуы айтарлықтай белсенді болады және -4,5 интерлейкиндердің көрсеткіштері бойынша АЗ (ТД) көрсеткіштеріне қатысты жалпы IgE көрсеткіштерінен де үлкен болады.

Түйін сөздер: атопия, тыныс демікпесі, бактериалдық инфекция, вирустық инфекция, гепатит, аллергиялық реакциялар, туберкулез, иммундық жүйе, иммуноглобулиндер, интерлейкиндер, антагонизм, синергизм.

SUMMARY

For a long time studying the interference between infectious diseases in patients with white plague, infectious hepatitis, other infections and the development in the years of allergic inflammation in bronchial asthma. According to the examination the action of transferred hepatitis leads to allergic disease. Clinical manifestations of AD against TB infection occurs less active in terms of interleukins and -4.5 more reduced, as well as indicators of the general IgE10 Clinical manifestations of AD against HBsAg proceeds more actively and in terms of interleukins -4.5 close to those of AZ (BA) indexes and sometimes even higher, as well as total IgE indexes.

Keywords: atopy, bronchial asthma, bacterial infection, virus infection, hepatitis, allergic reactions, white plague, immune system, Ig, interleukins antagonism synergism.

УДК: 616.757.7-007.681

МИКРОХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАДОННОГО ФИБРОМАТОЗА

Мурадов М.И., Сайк П.Ю.

ННЦХ им.А.Н.Сызганова МЗ РК

Лечение больных с контрактурой Дюпюитрена остается одной актуальной проблемой современной медицины. Социальная значимость обусловлена тем, что до 50% пациентов с заболеваниями кисти, нуждающихся в оперативном лечении составляют больные, страдающие контрактурой Дюпюитрена [1,2,3].

Известны несколько способов хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена, заключающиеся в иссечении патологически измененного ладонного апоневроза и рубцовоизмененной соединительной ткани [4,5,6,7,8]. Отличаются они доступами и способами закрытия ран.

Из них наиболее распространенными являются метод «открытой ладони и пальцев», когда поперечные разрезы по сгибательным складкам на ладони и пальцах не заживают вторичным натяжением. Метод продольных разрезов на ладони и пальцах с последующим выкраиванием встречных треугольных лоскутов [9,10].

Однако известные способы имеют ряд существенных недостатков: риск некроза треугольных лоскутов; возможность гнойной инфекции; образование грубых рубцов с формированием контрактуры пальцев; неврит пальцевых нервов, некроз сухожилий; длительные