

Особливості мікробного пейзажу в жінок з доброякісними захворюваннями молочних залоз та корекція кандидозного вульвовагініту

І.А. Жабченко, Т.С. Черненко, Т.Г. Шевель, М.В. Похитун, О.І. Матяшова

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Проведено мікробіологічне дослідження піхви в I та II половину вагітності в 137 жінок з доброякісними захворюваннями молочних залоз. Із них у 43,8% та 46,5% випадків виявлено кандидозний вульвовагініт. Проведене лікування Ліваролом довело його достатню ефективність та рекомендовано до широкого застосування в акушерській практиці з наступним відновленням біоценозу пробіотиками.

Ключові слова: вагітність, вульвовагінальний кандидоз, доброякісні захворювання молочних залоз.

Поширеність доброякісних захворювань молочної залози в жінок фертильного віку, за даними різних авторів, становить від 29–92% [11, 12, 16]. До розвитку патологічних станів, які супроводжуються ростом пухлин, призводить здебільшого гормональне розбалансування в організмі. Отже, жінки з фіброзно-кістозною хворобою молочних залоз (ФКХМЗ) вступають у вагітність з наявністю гормональних порушень [1, 2, 5]. Відомо, що під час вагітності гормони відіграють роль контролю за піхвою мікрофлорою [15]. Порушення ж гормонального гомеостазу викликає зміни рН піхвового вмісту в лужний бік, що, у свою чергу, викликає дисбіоз цього біотопу. На характер та ступінь вираженості дисбіотичного стану впливають також оточуюче середовище, екологічні негаразди, безконтрольний прийом антибіотиків, які призводять до великого розмаїття інфекційних збудників, появи нових штамів і як наслідок – різного ступеня порушень резидентної мікрофлори піхви, з якими жінка вступає у вагітність [13].

Вагінальні інфекції особливо важливого значення набувають у акушерській практиці тому, що виступають частою причиною розвитку ускладнень під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. До ускладнень гестаційного періоду і пологів, що пов'язані з різними порушеннями мікробіоценозу піхви, належать загроза переривання вагітності, самовільний викидень, передчасні пологи, хоріоамніоніт, несвоечасний вилив навколоплодових вод, внутрішньоутробне інфікування плода тощо [17].

У патогенезі захворювання основну роль відіграє динамічний процес впливу естрогенів та прогестерону на колонізацію мікроорганізмів статевої сфери. Під впливом гормонів жовтого тіла слизова оболонка піхви потовщується, синтез глікогену відбувається з максимальною інтенсивністю, що є сприятливими умовами для життєдіяльності лактобактерій. Лактобацили спроможні продукувати молочну кислоту з глікогену, який присутній у слизовій оболонці піхви. Ця кислота зумовлює кисле середовище піхви, що необхідно для підтримки нормобіоценозу. До пологів численність лактобацил повинна досягати максимального рівня, що має важливе значення, оскільки лактобацили є першими мікроорганізмами, з якими дитина стикається під час народження, а також вони стають основою для формування її власної мікрофлори [10].

Зниження рН піхви під впливом гормонального дисбалансу викликає пригнічення росту лактобацил, що сприяє колонізації слизової піхви різними видами патогенної та умов-

но-патогенної мікрофлори. Крім цього, навіть і в кислому середовищі може збільшуватися кількість організмів, стійких до такого рН. Це генітальні мікоплазми та дріжджові гриби, які змінюють середовище піхви та призводять до порушення імунітету її слизової оболонки і розвитку дисбіозу [14].

У здорових жінок репродуктивного віку кількість мікроорганізмів у вагінальних виділеннях сягає 6–8,5 lg КУО/мл і складається з різноманітних видів, число яких більше 40. Домінуючими бактеріями в піхві є лактобацили, що становлять 95–98% піхвового вмісту бактерій.

Під час вагітності кількість анаеробів знижується, тоді як число умовно-патогенних мікроорганізмів залишається відносно постійним. Зниження концентрації глікогену в піхві призводить до порушення субстратного забезпечення нормальної ацидофільної мікрофлори піхви: наявність альтернативних джерел енергозабезпечення в асоційованих з бактеріальним вагінозом мікроорганізмів сприяє її гіперколонізації та пригніченню нормальної ацидофільної флори піхви. Більше ніж у половини жінок під час вагітності виникає хоч один епізод генітальної інфекції [4].

На загальному тлі росту сексуально-трансмісивних захворювань спостерігається збільшення частоти інфекцій піхви, що перебігають за участю мікроорганізмів із складу нормальної вагінальної мікрофлори.

Вочевидь, що представники нормальної мікрофлори статевих шляхів за певних умов стають збудниками цілого ряду хвороб бактеріальної етіології, які в ряді випадків і виступають основною причиною розвитку тяжкої інфекційної патології матері, плода та новонародженого. Ця група захворювань отримала назву «нетрансмісійної інфекції». До неї належить бактеріальний вагіноз, урогенітальний кандидоз, бактеріальний вагініт [3].

Ураження слизової оболонки піхви дріжджоподібними грибами роду *Candida* є найбільш поширеним захворюванням під час вагітності. Частота виявлення захворювання коливається від 13 до 40% серед інфекцій, які передаються статевим шляхом, і 75% від числа жінок фертильного віку мали хоча б один випадок захворювання, а у 50% спостерігалися реінфікування.

Гриби роду *Candida* є одноклітинними умовно-патогенними мікроорганізмами, безсимптомне їх носійство не є патологією, а лише в разі появи явищ вагініту вони вважаються патогенними. Гриби роду *Candida* здатні прикріплюватися до поверхні вагінальних епітеліоцитів за допомогою специфічних поверхневих структур і викликати за допомогою своїх стабілізуючих та алергізуючих властивостей різноманітні патологічні ураження слизової оболонки за рахунок того, що продукт їх життєдіяльності – глютоксин пригнічує функціональні можливості людських лейкоцитів. Внаслідок утворення гідролітичних ферментів та токсинів – продуктів життєдіяльності грибів роду *Candida* – ураження мають довготривалий перебіг та погано піддаються лікуванню [3].

Якщо на початку 90-х років минулого століття серед грибів роду *Candida* 95% складали *Candida albicans*, то, за сучасними даними, 17–30% вульвовагінальних кандидозів вик-

ликаються групою р. *Candida*, які в літературі прийнято називати *C. non-albicans*. Найбільш часто зустрічаються *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. Parapsilosis*, *C. krusei* та ін. [6, 8, 9]. Деякі автори вважають, що в 30–40% випадків передача інфекції відбувається статевим шляхом, проте тільки у 5–25% партнерів виявляється носійство грибів, при цьому титр колонізації шкіри статевого члена низький та недостатній для інфікування піхви [7, 18]. Існують дані, що резервуаром грибів та джерелом інфікування піхви є кишковий тракт. Також вважається, що порушення захисної ролі нормофлори призводить до неповної елімінації збудника зі слизової оболонки піхви, що і викликає рецидив вувльвовагінального кандидозу.

Діагностика хронічного персистоючого вувльвовагінального кандидозу є достатньо складною, перш за все внаслідок наявності періодів відносного благополуччя. До лікування жінки відзначають появу нетипових скарг, свербіж у ділянці ануса, больових відчуттів під час статевого контакту. Крім цього, з'являються психоемоційні порушення: лабільність психіки, дратівливість, плаксивість, погіршення сну, швидка стомлюваність, головний біль, що не завжди адекватно інтерпретуються лікарями акушерами-гінекологами, і лікування цих симптомів перекладається на психотерапевтів.

Фармацевтичний ринок пропонує велику кількість препаратів. Вони здебільшого традиційно використовуються у формі вагінальних кремів та супозиторіїв. Згідно з наказом № 906 МОЗ України від 27.12.2006 р. «Перинатальні інфекції», лікування проводять протигрибковими препаратами місцевого застосування в II і III триместрах вагітності і в період лактації лише за наявності скарг. Токсичність і здібність антимікотичних препаратів пригнічувати лактобацилярну мікрофлору піхви диктують необхідність застосування у вагітних препаратів з мінімальною резорбцією та впливом на мікст-інфекцію. Таким вимогам відповідає вагінальний препарат кетоконазол (Ліварол) – синтетична похідна імідазолдоксиану. Він справляє фунгіцидну та фунгістатичну дію на дерматофіти, дріжджі, диморфні та вищі гриби, що зумовлено його здатністю інгібувати біосинтез ергостеролу та змінювати ліпідний склад мембрани грибів, пригнічувати процеси клітинного дихання, порушувати трансформацію дріжджових грибів у міцелійні форми. Крім цього, він також є активним щодо стрептококів і стафілококів.

Мета роботи – виявити частоту та характер грибкових уражень піхви у вагітних із ФКХМЗ та оцінити ефективність застосування препарату Ліварол у комплексному лікуванні цього контингенту жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Мікробіологічне дослідження проведено у 137 вагітних з доброякісними захворюваннями молочної залози: із них 50 жінок мали дифузно-фіброзну мастопатію (I група) та 87 жінок страждали на кістозно-вузлову мастопатію (II група). Дослідження проводились у I та II половині вагітності. До групи порівняння (III група) увійшли вагітні без патології молочних залоз – 41 жінка.

Вивчення мікробіоценозу статевих шляхів включало визначення видового та кількісного складу мікрофлори.

Проведення мікробіологічних аналізів та облік результатів здійснювали згідно з наказом № 535 МОЗ СРСР від 1985 р. та наказом № 234 МОЗ України від 2007 р.

Для посіву слизу використовували такі діагностичні середовища: кров'яний агар, жовточно-сольовий агар, «шоколадний» агар, середовища Ендо, Плоскірева, Сабуро, тьогліколеве середовище, середовище MRS для лактобактерій.

Слиз висівали методом секторного посіву на щільні середовища, що дозволяє встановити ступінь мікробного обсіменіння та виявити максимально можливий спектр аеробної та факультативно-анаеробної мікрофлори.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проведено дослідження мікробіоценозу піхви в 137 вагітних з дифузно-фіброзною мастопатією (I група) та кістозно-вузловою (II група) у I та II половині вагітності.

Одержані дані свідчать, що в цілому видовий склад виділеної з піхви мікрофлори в I половині вагітності в групах суттєво не відрізнявся. Але якісні та кількісні показники мікроекології у вагітних з різними формами мастопатії певною мірою відрізнялись.

До складу виділеної з піхви мікрофлори з найбільшою частотою входило 16 видів мікроорганізмів. Спектр мікрофлори переважно був представлений грампозитивними коками (стафілокок епідермальний, стафілокок епідермальний з гемолізом, ентерокок). Частота висіву цих мікроорганізмів була в межах 21–38%.

У обстежених обох груп було виявлено значну контамінацію піхви кишковою паличкою. У вагітних з дифузно-фіброзною мастопатією – 15% та з кістозно-вузловою – 17,4%, а також грибами роду *Candida*: у вагітних I групи – 43,8%, II групи – 46,5%. Підвищеною виявилась і контамінація піхви вагітних обох груп ентерококом (відповідно 18% – I група і 21% – II група).

Звертає на себе увагу велика частота асоціацій мікроорганізмів у II групі обстежених – 34% проти 23% у I групі. Частіше мікробні асоціації були представлені різними видами умовно-патогенних бактерій (стафілококи та гриби роду *Candida*, ентерококи та ентеробактерії).

Кількісні показники обсіменіння статевих шляхів грампозитивною коковою умовно-патогенною мікрофлорою у вагітних обох груп в I половині вагітності відрізнялись між собою. Концентрація виділеної з піхви кокової мікрофлори у вагітних у I половині вагітності становила $lg\ 3,2$ КУО/мл – $lg\ 4,7$ КУО/мл. Найвищими були показники висіву стрептококу зеленячого – 4,7 КУО/мл, стафілококу епідермального – 4,6 КУО/мл, ентерококу – 4,4 КУО/мл та грибів роду *Candida* – 4,6 КУО/мл у вагітних II групи. У вагітних I групи кількісні показники мікробіоценозу піхви були менш виражені. Установлено підвищення концентрації грампозитивних мікроорганізмів: гемолітичного стафілококу ($4 \pm 0,01$), ентерококу ($lg\ 4,3$ КУО/мл) та грибів роду *Candida* ($lg\ 4,2$ КУО/мл).

У задачі роботи входив аналіз стану нормальної мікрофлори у вагітних з мастопатією. В обстежених обох груп у I половині вагітності виявлено значне зниження кількості лактобактерій, проте більш суттєвий їх дефіцит виявлено у вагітних II групи: I група – $lg\ 4$ КУО/мл, II група – $lg\ 3,2$ КУО/мл.

Була проведена оцінка стану мікробіоценозу статевих шляхів вагітних з мастопатією в II половині вагітності.

Спектр виділеної умовно-патогенної мікрофлори змінився на краще порівняно з показниками, одержаними в I половині вагітності. Виявлено значне оздоровлення мікробного пейзажу піхви: зменшення частоти висіву ентеробактерій (кишкова паличка висівалась в 11% вагітних I групи і у 12% – II групи, ентеробактер не висівалась у вагітних I групи, у II групі – у 3%), грибів роду *Candida* – 34,5% у вагітних I групи і у 36% – II групи. Високою залишалась тільки частота висіву стафілококу, особливо у вагітних II групи – 30% – стафілокок епідермальний, 20,6% – стафілокок епідермальний з гемолізом, та ентерококу (20,2% у вагітних I групи і 20% – II групи).

Крім цього, у 32% вагітних II групи виявлено асоціативні форми бактеріального обміненія піхви, тоді як у вагітних I групи тільки 18% мали асоціації мікроорганізмів.

До складу асоціацій, як і в I половині вагітності, найчастіше входили грампозитивні коки та ентеробактерії (клебсієла, кишкова паличка) або гриби роду *Candida* та ентерокок.

Кількісні показники обміненія піхви умовно-патогенними бактеріями у більшості жінок у II половині вагітності мали тенденцію до зниження (lg 3 КУО/мл – lg 4,2 КУО/мл).

Відомо, що одним з головних механізмів захисту статевих шляхів від патогенної і умовно-патогенної мікрофлори є присутність індигенних бактерій, переважно лактобацил.

Рівень контамінації піхви жінок з мастопатією лактобацилами в II половині вагітності наближувався до показників норми: lg 4,8 КУО/мл у вагітних з дифузно-фіброзною мастопатією і lg 4,6 КУО/мл – з кістозно-вузловою.

Для корекції порушень вагінального мікробіоценозу у вагітних з мастопатією, у клінічній картині захворювання яких домінували симптоми кандидозного вульвовагініту, було запроваджено препарат Ліварол. Проведене бактеріальне дослідження у 137 вагітних з доброякісними хворобами молочних залоз дозволило встановити у значної кількості з них кандидозний вульвовагініт. Так, прояви кандидозного вульвовагініту були у 23 (16,79%) вагітних I групи і в 47 (34,3%) – II групи.

Ліварол призначали по 200 мг на добу протягом 10 днів, після цього проводилось заселення здоровою мікрофлорою пробіотиком протягом 20 днів.

Проведена терапія була мікробіологічно ефективною в 75,5% випадків. Після лікування частота контамінації піхви кишковою паличкою знизилась у вагітних з дифузно-фіброзною мастопатією до 6% і з кістозно-вузловою – до 7%, стрептококом гемолітичним відповідно до 2% і 4%. Стафілокок золотистий після лікування не виділявся в обох групах вагітних.

Значно знизилась частота контамінації піхви грибами роду *Candida* (17% у вагітних I групи і 19,5% – II групи).

Частота реєстрації асоціацій умовно-патогенної мікрофлори знизилась до: 25% у вагітних II групи і до 16% – I групи. Кількісні показники контамінації піхви умовно-патогенними бактеріями у всіх вагітних з мастопатією були нижчими за діагностичні норми (lg 2,4 КУО/мл – lg 3,8 КУО/мл).

Рівень контамінації піхви жінок з мастопатією лактобацилами в II половині вагітності після проведеного лікування досяг показників: lg 5,4 КУО/мл – у I групі і lg 5,2 КУО/мл – у II групі.

Якщо порівнювати склад мікрофлори піхви, виявленої у вагітних з доброякісними захворюваннями молочної залози, і вагітних без цих захворювань (III група – порівняння), то можна дійти висновку, що мікрофлора жінок з мастопатією є більш різноманітною в якісному і кількісному плані.

Кількісно у вагітних з доброякісними пухлинами молочних залоз значно більше виявлялось стафілокок (стафілокок епідермальний, стафілокок золотистий, стафілокок гемолітичний), грибов роду *Candida*, кишкової палички з гемолізом, ніж у вагітних без патології молочних залоз.

Кількісні показники висіву лактобацил у вагітних без патології молочних залоз були значно вищими, ніж у I і II групах.

ВИСНОВКИ

1. Проведені дослідження свідчать, що порушення мікробіоценозу піхви в більшості вагітних з мастопатією мають сполучний характер. Еубіотичний стан мікробіоценозу виявлено тільки у 15,7% жінок.

2. Структура та ступінь дисбіотичних порушень статевих шляхів у вагітних з мастопатією залежать від типу мастопатії. Найбільш суттєвий дисбаланс між показниками умовно-патогенної мікрофлори та лактобацил формується в жінок з кістозно-вузловою мастопатією.

3. У вагітних з дисгормональними захворюваннями молочної залози в II половині вагітності відзначається тенденція до відновлення мікробіоценозу піхви, що виявляється зменшенням у біотопах кокової та грибової мікрофлори та збільшенням кількості лактобацил.

4. Проведений комплекс лікувально-профілактичних заходів сприяє зменшенню обміненія слизових оболонок геніталій вагітних з мастопатією кокової мікрофлорою (стафілокок золотистий, стрептокок гемолітичний), ентеробактеріями, грибами роду *Candida* та сприяє збільшенню рівня нормальної мікрофлори (лактобацил).

5. Доцільним є контроль за показниками біоценозу піхви у вагітних з мастопатією з метою ранньої корекції дисбалансу між показниками нормальної та умовно-патогенної мікрофлори.

6. Найбільш перспективним, враховуючи сучасні трансформації у спектрі грибів *Candida* та патогенетичну спрямованість, у лікуванні вульвовагінального кандидозу у вагітних із ФКХМЗ слід вважати застосування препарату Ліварол з наступним відновленням мікробіоценозу за допомогою пробіотиків та контролем ефективності.

Особенности микробного пейзажа у женщин с доброкачественными заболеваниями молочных желез и коррекция кандидозного вульвовагинита И.А. Жабченко, Т.С. Черненко, Т.Г. Шевель, М.В. Похитун, О.И. Матяшова

Проведено мікробіологічне дослідження влагалища в I і II половині вагітності у 137 жінок з доброкачественними захворюваннями молочних залоз. З них у 43,8% і 46,5% випадках виявлен кандидозний вульвовагініт. Проведене лікування Ліваролом показало його достаточну ефективність, що дозволяє рекомендувати його к широкому застосуванню в акушерській практиці з наступним відновленням біоценозу пробіотиками.

Ключевые слова: вагітність, вульвовагінальний кандидоз, доброкачественные заболевания молочных желез.

Particularities of Microflora of Women with Non-cancerous Mastopathy and Candidal Vulvovaginitis Correction

I.A. Zhabchenko, T.S. Chernenko, T.G. Shevel',
M.V. Pokhitun, O.I. Matyashova

The microbiological study of a sheath in the first and second period of gestation of 137 women with the non-cancerous mastopathy has been carried out. In 43.8% of cases and 46.5% of cases candidal vulvovaginitis has been diagnosed. The treatment with Livarol proved its effectiveness. It allows to recommend it for a wide application in obstetrics with the further biocenosis restoration with probiotics.

Key words: gestation, candidal vulvovaginitis, non-cancerous mastopathy.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Е.Н., Леднева Е.В. Основные аспекты этиологии и патогенеза фиброзно-кистозной болезни молочной железы // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 6. – С. 7–9.
2. Андреева Е.Н., Леднева Е.В. Доброкачественные заболевания молочных желез у женщин с эндокринной патологией. – М.: Адамант, 2006. – С. 4–21.
3. Астахов В.М. Эффективность препарата «Микосист» (Гедон Рихтер) в лечении женщин с хроническим персистирующим вульвовагинальным кандидозом, сопровождающимся нарушениями психоэмоционального состояния // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 3 (28). – С. 202–204.

ЛИВАРОЛ®

супозиторії вагінальні

Екологічне лікування
вагінального кандидозу,
що попереджує рецидиви

В гармонії з собою...



ЛИВАРОЛ®
ефективний проти збудників, що
нечутливі до флуконазолу та
ітраконазолу^{1,2}



НИЖФАРМ
ГРУППА КОМПАНІЙ STADA

Виробник: «Нижфарм», Росія.
Представництво в Україні: м. Київ, вул. Велика Васильківська, 9/2, оф. 52.
Р.П. № UA/1958/01/01 від 31.08.2009 р. видане МОЗ України.

Перед застосуванням ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування.
Препарат має протипоказання. Дотримуйтеся рекомендованих доз.
Зберігати у місці, недоступному для дітей.

¹ «Применение препарата «Ливарол®», вагинальные супозитории, для купирования рецидива хронического рецидивирующего кандидоза гениталий, обусловленного не-albicans Candida spp.» (А. К. Мирзабалаева, 2007)

² «Оптимальні схеми лікування хронічного рецидивного вульвовагінального кандидозу» (Л. Б. Маркін, К. Л. Шатілович, 2007)

4. Жук С.И., Косяненко С.М. Застосування препарату «Гінофорт» для проведення деконтамінації піхви перед пологами // Здоровье женщины. – 2006. – № 2 (26).
5. Ильин А. Б., Бескровный С.В. Молочная железа как орган репродуктивной системы женщины // Акушерство и женские болезни. – 2002. – № 2. – С. 51–52.
6. Лыкова С.Г., Петренко О.С. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему // Сибирский журнал дерматологии и венерологии. – 2003. – № 4. – С. 27–29.
7. Некоторые аспекты эпидемиологии и перспективы лечения вагинального кандидоза в современных условиях / Грищенко О.В., Дудко В.Л., Лахно И.В. и др. // Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. – 2006. – № 720. – С. 61–66.
8. Патология влагалища и шейки матки / Под. ред. Краснополского В.И. – М.: Медицина, 1997. – 237 с.
9. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Хронический рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз // Consilium medicum. – 2004. – Т. 6, № 7. – С. 46–49.
10. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Комплексный подход к диагностике и лечению маммологических заболеваний и нарушений // Гинекология. – 2004. – № 5 (4). – С. 144–146.
11. Рось Н.В., Тарутинов В.И. Дисгормональные гиперплазии молочных желез: Молочная железа: рак и предраковые заболевания/ Под ред. В.И. Тарутинова. – К.–Ж.: Полиграфист, 2006. – С. 53–80.
12. Серов В.Н. Дорочастотные заболевания молочных желез // Гинекологическая эндокринология / В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Т.В. Овсянникова. – М.: МДЕпресс-информ, 2006. – С. 335–380.
13. Сидорова И.С., Боровкова Е.И. Микрофлора половых путей у женщин репродуктивного возраста. – М.: Практическая медицина, 2007. – С. 80.
14. Степурина О.В. Бактериально-иммунологические параллели в периоде новорожденности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь, 2005. – 23 с.
15. Суркова Л.В., Уварова И.П., Белоконь Н.В. и др. Маммогенез в различные периоды жизни женщины // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – № 2. – С. 70–76.
16. Татарчук Т.Ф., Ефименко О.А. Лечение циклической мастодии у женщин с фиброзно-кистозной мастопатией // Здоровье женщины. – 2007. – № 3 (31). – С. 87–90.
17. Тютюник В.Л. Дисбиотические состояния при беременности и методы их коррекции // РМЖ. – № 16. – С. 34–37.
18. Экобиологические аспекты эпидемиологии и лечения вагинального кандидоза / Грищенко О.В., Дудко В.Л., Лахно И.В. и др. // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 4 (24). – С. 23–26.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

УЧЕНЫЕ ОБНАРУЖИЛИ НОВЫЙ ТИП ИММУНОДЕФИЦИТА

Британские исследователи выявили новый тип иммунодефицита у молодой женщины, сообщается на сайте Нью-каслского университета. Ранее это заболевание известно не было.

23-летняя Стейси Шеппард (Stacey Sheppard) из Сандерленда была доставлена в университетскую клинику в конце 2009 года с жалобами на затрудненное дыхание. Обследование выявило у нее редкое обменное нарушение - легочный альвеолярный протеиноз, однако его причину найти не удавалось.

Женщине пришлось провести в клинике несколько месяцев, поскольку на почве ее состояния развился инфекционный процесс в легких, плохо поддающийся лечению. В ре-

зультате этого она стала нуждаться в постоянном источнике кислорода и из-за тяжелой одышки утратила способность совершать даже простые действия.

В процессе диагностического поиска Шеппард выполнили биопсию костного мозга. Исследование полученного образца ткани показало, что у женщины практически отсутствуют предшественники дендритных клеток - неотъемлемой части иммунной системы. Как выяснилось, трое ее ближайших родственников, включая отца, умерли в возрасте от 24 до 35 лет от рака крови, с высокой вероятностью развившегося на почве аналогичной иммунной недостаточности.

Исследователи назвали обнаруженное наследственное

заболевание DCML-дефицитом (от dendritic cell, monocyte, B and NK lymphoid - дендритные клетки, моноциты, В- и NK-лимфоциты).

Выяснение причин болезни указало на возможное лечение - пересадку костного мозга. Шеппард согласилась на операцию, и после восстановительного лечения, по ее собственным словам, "вернулась к жизни".

Как отметил исследователь Мэтью Коллин (Matthew Collin), обнаружение нового заболевания имеет крайне важное значение, поскольку позволит выявлять пациентов на ранних стадиях заболевания и даст им шанс на полное излечение.

<http://medportal.ru>