

6. Маслова В.Г., Чиркина С.С., Макарова О.В. Реабилитация больных туберкулезом органов дыхания в сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Пробл. туб. 1991; 4: 26–28.
7. Мелюхин С.Т. Философские проблемы естествознания. М.: Высшая школа; 1985.
8. Ободзинский В.Н., Алексеева Р.С., Кравцова Т.С. Пульмонологические больные во фтизиатрической службе области. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме III (XII) Съезда фтизиатров. М.: Медицина; 1997. 91, № 322.
9. Омаров Т.О. Диагностика и лечение туберкулеза легких, осложненного бронхообструктивным синдромом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1991.
10. Панасик О.Л., Молодцова В.П., Годес Ю.Э. Посттуберкулезные рубцовые изменения в бронхах и их значение в патогенезе неспецифических заболеваний легких. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме III (XII) Съезда фтизиатров. М.: Медицина; 1997. 91, № 324.
- 10^a. Хабиб О. Туберкулез: настоящее и будущее. Рус. мед. журн. 1999; 7(5): 211.
11. Хоменко А.Г. Современные тенденции распространения туберкулеза в России. Там же 1998; 6(17): 1121–1125.
12. Хоменко А.Г. Концепция организации борьбы с туберкулезом в конце XX и начале XXI века. В кн.: Проблемы туберкулеза: Сборник резюме IV (XIII) Съезда Научно-мед. ассоциации фтизиатров. М.; Йошкар-Ола; 1999. 5–6.
13. Худзик Л.Б., Лупалова Н.Р., Морозова Т.И. Туберкулез и хронические бронхиты. Пробл. туб. 1994; 2: 24–26.
14. Шестерина М.В. Некоторые аспекты проблемы туберкулеза легких, сочетающегося с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. В кн.: Труды Моск. НИИ туберкулеза МЗ РСФСР. 1984; т. 95: 7–13.
15. Шмелев Е.И., Кувшинчикова В.Н. Хронический обструктивный бронхит при туберкулезе легких. В кн.: Чучалин А.Г. (ред.) Хронические обструктивные болезни легких. М.: ЗАО "Изд-во БИНОМ"; СПб.: "Невский диалект"; 1998. 57–65.
16. Zumla A., Grange O. Science, medicine and the future. Tuberculosis. Br. Med. J. 1998; 316: 1962–1964.

Поступила 22.09.2000.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2001

УДК 616.24–002.828–085.282

Г.В. Воинова, С.А. Бурова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОМИКОЗОВ МЕДОФЛУКОНОМ

Центр глубоких микозов, ГКБ № 81, Москва

AN EXPERIENCE OF TREATMENT OF PNEUMOMYCOSIS WITH MEDOFLUCON

G.V. Voyinova, S.A. Burova

Summary

The article shows a scheme and treatment results for 88 adults with *Candida* bronchitis and pneumonia. Medoflucon (fluconazole) was included in a complex therapy as an etiotropic drug. As a result 66.7% of the *Candida* pneumonic patients and 74.7% of the *Candida* bronchitis ones recovered; 33.3% of the *Candida* pneumonic patients and 22.8% of the *Candida* bronchitis ones were improved.

Резюме

В статье приведены данные о схеме и результатах лечения 88 взрослых больных кандидозным бронхитом и кандидозной пневмонией. В качестве этиотропного препарата в комплексное лечение был включен Медофлюкон (флуконазол). У 66,7% больных кандидозной пневмонией достигнуто выздоровление, у 33,3% — улучшение, среди больных кандидозным бронхитом в 74,7% случаев — выздоровление и в 22,8% — улучшение.

На территории нашей страны за последние 30 лет отмечен значительный рост числа заболеваний, вызываемых дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Они поражают слизистые оболочки и кожу, а при ослаблении иммунзащитных сил организма приводят к тяжелым диссеминированным формам с вовлечением в патологический процесс легких, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и генитальной систем, нередко случаи кандидозного сепсиса и менингита [1,4,5].

Среди всех грибов рода *Candida*, вид *C. albicans* является основным возбудителем кандидоза у человека. 10–15 лет назад его выделяли в 95% случаев заболеваний. В настоящее же время до 38–46% увеличилось число случаев кандидоза, вызываемого грибами *Candida non-albicans*. Установлено, что *Candida krusei* приводит к заболеванию у 10,6% больных, *Candida tropicalis* — у 5%, *Candida parapsilosis* — у 2%, *Candida torulopsis*, *Candida kefyr*, *Candida guilliermondii*, *Candida stellatoidea* — у 3% [2,3].

Разнообразие видов *Candida* требует продолжения изучения их чувствительности к современным противогрибковым препаратам как *in vitro*, так и в клинической практике. Оработка доз и схем лечения с учетом формы и тяжести заболевания — актуальная проблема, имеющая большое практическое значение.

В Центре глубоких микозов за последние 5 лет пролечено 286 больных кандидозным бронхитом и кандидозной пневмонией с использованием различных антимикотиков.

Кандидоз, как правило, развивался на фоне обструктивного бронхита, хронических неспецифических заболеваний легких, туберкулеза и других заболеваний бронхолегочной системы. Характеризовался чередованием фаз ремиссии и обострений, во время которых больные жаловались на повышение температуры, боль в грудной клетке неопределенной локализации при глубоком выдохе, одышку в покое и при физической нагрузке, кашель вначале сухой, затем с мокротой. Мокрота обычно была слизистой или слизисто-гнойной, иногда с комочками, редко с прожилками крови. Кандидозная пневмония имела характерные рентгенологические черты: усиление легочного рисунка, пятнистые инфильтративные тени без четких границ и др.

Лечение легочного кандидоза требовало комплексного этиопатогенетического подхода, включающего применение системного антимикотика, который назначали с учетом вида возбудителя моно- или микст-инфекции, давности заболевания, распространенности процесса, наличия сопутствующих заболеваний, переносимости препарата, массы тела и возраста больного. Антимикотическое лечение, будучи системным, было направлено на подавление кандидозной инфекции в легких и во внепульмональных очагах, последние по результатам наших исследований составили 43,7%. При лечении кандидоза бронхолегочной системы параллельно проводили симптоматическую комплексную терапию сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, хронический пиелонефрит, вульвовагинит и др., которые были выявлены у 62,6% больных бронхолегочным кандидозом.

С целью лечения основной легочной патологии, на фоне которой развивался кандидоз, больным назначали нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики широкого спектра действия по показаниям, противокашлевые, бронхолитические, бронхорасширяющие, общеукрепляющие, антигистаминные средства, стимуляторы гемопоэза и Т-клеточного иммунитета, физиотерапию. Этиотропное лечение проводили известными противогрибковыми препаратами из различных фармакологических групп (полиены, азолы, пирамидиновые производные, аллиламины). В клинической практике наиболее эффективными и малотоксичными препаратами при кандидозе признаны триазолы (флуконазол и интраконазол).

Приводим опыт лечения Медофлюконом (флуконазол) 88 взрослых больных кандидозом бронхолегочной системы (79 кандидозным бронхитом и 9 кандидозной пневмонией) в стационаре и амбулаторно. У всех больных диагноз кандидоза был верифицирован по результатам микологического исследования. В 1 мл мокроты и/или промывных вод бронхов грибы рода *Candida* превышали 10^3 колониеобразующих единиц. Использовали Медофлюкон в капсулах по 50 и 200 мг.

Больные кандидозной пневмонией (9 чел.) в первую неделю получали капсулы по 200 мг 2 раза в день, затем по 200 мг 1 раз в день (1 неделя). Клиническая и рентгенологическая эффективность наблюдалась у всех больных: выздоровление у 6 (66,7%), улучшение у 3 (33,3%). Микологическая санация достигнута у всех больных. В 1 случае наблюдали побочный эффект: тошнота, "дискомфорт в кишечнике".

Среди больных кандидозным бронхитом выделили 32 пациента, у которых грибковая инфекция развивалась на фоне обструктивного бронхита. Эти больные получали Медофлюкон по 200 мг в день (2 недели). Остальные 47 человек с более легким течением простого бронхита получали Медофлюкон по 100 мг в день в течение 2 недель. Эффективность лечения оказалась следующей: у 59 (74,7%) больных клиническое и микологическое излечение, у 18 (22,8%) — улучшение. Отсутствие эффекта отмечено у 2 больных, где в клинической картине преобладали признаки обструктивного бронхита с астматическим компонентом, в мокроте после лечения по-прежнему обнаруживали грибы *Candida albicans*, хотя и в меньших количествах (400–700 КОЕ/мл).

Таким образом, еще раз доказано, что лечение кандидоза бронхолегочной системы должно быть комплексным, с включением системного антимикотика, с обязательным учетом сопутствующей патологии, экстрапульмональных очагов грибковой инфекции и других факторов. Этиотропный препарат Медофлюкон (флуконазол) в проведенном исследовании показал высокую клиническую эффективность, был толерантен, не имел побочных действий и рекомендован для использования в пульмонологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурова С.А., Меркулова Е.А., Егорова Т.П. Микробиологическая характеристика некоторых глубоких микозов. Вестник дерматологии 1994; 2: 6–7.
2. Бурова С.А. Проблемы грибковых заболеваний человека. Рос. журн. кож. и вен. бол. 1998; 1: 39–41.
3. Knoke M., Schulz K., Bernharelt H. Dynamics of *Candida* populations in the last four years. In 3rd meeting of the European confederation of medical mycology. Lisbon 1996. 22–25.
4. Pfaller M.A. Epidemiological typing for mycoses. Clin. Infect. Dis. 1992; 1: 14 (suppl. 1): S4–S10.
5. Wenzel R.P. Epidemiology of nosocomial candida infections. Infect. Dis. Clin. Pract. 1994; (suppl. 2): 556–559.

Поступила 09.12.2000.