

РОЛЬ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

По данным ВОЗ, число больных с хроническими заболеваниями легких во всех индустриальных и развитых странах мира возрастает с каждым годом. В настоящее время хронические заболевания легких (ХЗЛ) по показателям заболеваемости и смертности занимают одно из первых мест в мире, причем в разных регионах заболеваемость достигает от 10 до 40%, что определяет большую экономическую и социальную значимость данных заболеваний. Наиболее распространенными и опасными своими осложнениями являются внебольничная пневмония (ВП), хронический бронхит (ХБ), хронический обструктивный бронхит (ХОБЛ), инфекционно-зависимая бронхиальная астма (БА).

Ключевые слова: хронические заболевания легких, бронхиальная астма, бронхит, бактериальные возбудители, иммуномодуляторы

Влияние на организм неблагоприятных факторов окружающей среды, распространение вредных привычек, необоснованная антибактериальная терапия, неадекватно проводимое лечение способствуют росту и дальнейшему распространению этих заболеваний. Так, например, по официальной статистике, число больных ХОБЛ в России составляет около 1 млн. человек, но подсчет с использованием эпидемиологических маркеров показал, что гипотетически их должно быть около 11 млн. В настоящее время ХОБЛ занимает четвертое место в структуре причин смертности в мире, однако в ближайшие десятилетия прогнозируется дальнейший рост как распространенности, так и смертности от ХОБЛ. В соответствии с прогностическими данными, к 2020 г. ХОБЛ будет занимать пятое место по комбинированному показателю DALY (Disability—Adjusted Life Years) среди всех заболеваний в мире после ИБС, депрессии, дорожных происшествий и цереброваскулярных заболеваний. Неоптимистичен прогноз и в отношении БА. Согласно данным Российского респираторного общества, по результатам эпидемиологических исследований в России распространенность БА среди детей составляет от 5,6 до 12,1%, а среди взрослых — 5,6–7,3%; смертность же на 100 000 населения не превышает 0,6–0,7 случая в год. Нарастает тяжесть течения БА. По некоторым данным, доля больных с тяжелым течением БА достигает 25–30%.

Одной из главных причин, способствующих возникновению и прогрессированию хронического воспалительного процесса в бронхолегочной системе, являются разнообразные нарушения системного и местного иммунитета. Развитие иммунных нарушений при легочных заболеваниях может быть связано как с первичными изменениями иммунного статуса, обусловленными генетическими факторами, так и с вторичными изменениями, формируя т. н. вторичную иммунную недостаточность (ВИН).

Клиническими признаками ВИН являются хронические, часто рецидивирующие, вялотекущие, трудно поддающиеся лечению традиционными средствами инфекционно-воспалительные заболевания любой локализации, вызванные оппортунистическими или условно-патогенными микроорганизмами, а также патогенной флорой с атипичными биологическими свойствами и/или наличием множественной устойчивости к антибиотикам.

Чаще всего ВИН наблюдается у пациентов с хроническим гнойно-обструктивным бронхитом и бронхоэктатической болезнью, со среднетяжелым и тяжелым течением БА и ХОБЛ, длительно получающих системные глюкокортикостероиды, острыми пневмониями, несанированными очагами хронической инфекции, а также у лиц с выраженной сопутствующей патологией (онкологические заболевания, аутоиммунные заболевания, сахарный диабет). Изменения показателей иммунного статуса зависят от характера инфекционного агента, вызывающего воспаление, от остроты воспаления и его продолжительности, наличия сопутствующей патологии. При исследовании иммунологических параметров, играющих ведущую роль в противоинфекционной защите, необходимо не только проводить изучение количества и функциональной активности основных компонентов иммунной системы, но и соотносить стадию и тяжесть течения инфекционного процесса, соматический фон больного, терапию, получаемую больным, и т. д. Причем необходимо помнить о том, что иммунный ответ на одних и тех же возбудителей заболеваний у разных пациентов может отличаться, т. к. особенности функционирования иммунной системы строго индивидуальны.

Так, например, для процессов, обусловленных бактериальными возбудителями, характерны изменения в фагоцитарном и гуморальном звеньях иммунной системы. При этом у людей с нормально функционирующей иммунной системой ответ на острое воспаление будет заключаться в повышении показателей, характеризующих поглотительную и переваривающую способность фагоцитов, и повышении уровней иммуноглобулинов классов А, М и G. Напротив, при вторичной иммунной недостаточности отмечается снижение пока-

зателей фагоцитоза и гипогаммаглобулинемия. При этом количественные соотношения субпопуляций лимфоцитов могут сильно варьировать, но только выраженное снижение количества зрелых Т-клеток является показателем для назначения иммуномодулирующих препаратов. При хроническом течении инфекционно-воспалительного процесса изменения в иммунном статусе могут отсутствовать либо выявляется истощение функций макрофагально-моноцитарного звена и антителообразования, что, как и в случае острого бактериального воспаления, сопровождается снижением показателей фагоцитоза и гипогаммаглобулинемией.

Важное значение для успешного выбора иммуотропной терапии имеет правильная трактовка причинно-следственных связей выявляемых изменений в иммунном статусе и клинической картины заболевания. Включение иммуномодуляторов в комплексную терапию больных с вяло и длительно текущими инфекционно-воспалительными процессами, сопровождающимися изменениями показателей иммунного статуса, как врожденного, так и приобретенного характера, позволяет значительно повысить эффективность проводимой терапии инфекционно-воспалительного процесса в легких и нормализовать измененные показатели иммунологического статуса больных ХЗЛ, что в свою очередь позволит значительно сократить длительность лечения, удлинить ремиссию заболевания, а значит, улучшить качество их жизни.

Вопрос о выборе иммуномодулирующего лекарственного средства в комплексной патогенетической терапии основного заболевания должен решаться с учетом клинических проявлений иммунной недостаточности, стадии заболевания и выявленных дефектов в параметрах иммунного статуса.

В качестве иммуномодулирующих средств должны назначаться препараты, зарегистрированные в Государственном реестре лекарственных средств как «иммуномодуляторы».

Схемы проведения иммуномодулирующей терапии в клинической практике должны соответствовать медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы.

Длительное использование в комплексной терапии бронхолегочных заболеваний такого препарата, как Полиоксидоний, показало его высокую эффективность и безопасность. Полиоксидоний — это высокомолекулярный, химически чистый иммуномодулятор, полученный с помощью направленного химического синтеза.

Полиоксидоний обладает широким спектром фармакологического воздействия на организм, заключающимся в совокупности иммуномодулирующего, антиоксидантного, детоксицирующего и мембранопротекторного эффектов.

Иммуномодулирующее действие препарата заключается в его способности повышать функциональную активность тканевых макрофагов и дендритных клеток, расположенных под эпителием слизистых оболочек, активизировать развитие адаптивного иммунитета, осуществляющего завершение процесса борьбы организма с инфекцией. Полиоксидоний является также активатором синтеза антител к инфекционным агентам и увеличивает эффективность кооперативного взаимодействия Т- и В-лимфоцитов в реакциях антителообразования и

ответ на чужеродные антигены. Данный препарат не нарушает естественных механизмов торможения иммунных реакций, а обусловленная его действием стимуляция иммунитета не истощает резервных возможностей кроветворной системы.

Антиоксидантные свойства Полиоксидония обусловлены его способностью уменьшать концентрацию каталитически активного двухвалентного железа в клетках в воспалительном очаге, что ведет к ингибированию перекисного окисления липидов и образованию активных форм кислорода.

Детоксицирующие свойства Полиоксидония связаны с особенностью его химической структуры и наличием в основной цепи макромолекулы большого количества активных N-оксидных групп, взаимодействующих с различными токсическими веществами.

Он адсорбирует на своей поверхности циркулирующие в крови как растворимые токсические субстанции, так и микрочастицы. Препарат снижает цитотоксичность химических, лекарственных веществ и инфекционных агентов.

Совокупность вышеуказанных свойств делает Полиоксидоний одним из наиболее эффективных иммуномодулирующих средств, обладающих противовоспалительным действием. Препарат хорошо переносится, не оказывает аллергизирующего, мутагенного, эмбриотоксического, тератогенного и канцерогенного действия; широко применяется в комплексной терапии в пульмонологии, фтизиатрии, оториноларингологии, урологии, гинекологии, хирургии, ревматологии (ревматоидный артрит), онкологии (в процессе и после химио- и лучевой терапии опухолей, для коррекции иммуносупрессивного влияния опухолей и специфической терапии), снижении нефро- и гепатотоксического действия химиопрепаратов, для активации регенераторных процессов (переломы, ожоги, трофические язвы).



ЛИТЕРАТУРА

1. Аллергология и иммунология: национальное руководство / под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С.120—149, 385—395.
2. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пер с англ. под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательство «Атмосфера», 2003, 96 с.
3. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. М.: Атмосфера, 2008, 108 с.
4. Иммунотерапия: руководство/Под редакцией Р.М. Хаитова, Р.И. Атауллаханова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 49—64, 176—187.
5. Латышева Т.В., Сетдикова Н.Х. Эффективность иммуномодулирующей терапии у больных ХНЗЛ. Лечащий врач, 2000, №3, С.19—22.
6. Латышева Т.В., Сетдикова Н.Х. Эффективность Полиоксидония при некоторых формах первичных иммунодефицитов (ОВИН) и при вторичных иммунодефицитных состояниях. Аллергия, астма и клиническая иммунология. 2000, №1, С. 41—43.
7. Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В., Пинегин Б.В. и др. Иммунодефициты: принципы диагностики и лечения. В помощь практическому врачу. — М.: Фармарус Принт, 2006, 19 с.
8. Хроническая обструктивная болезнь легких. Практическое руководство для врачей. Под ред. А.Г. Чучалина, М.: ООО «Колор Ит Студио», 2004, 64 с.
9. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Иммунодефициты: диагностика и иммунотерапия. Лечащий врач. 1999, №2, С. 63—69.
10. Ярилин А.А. Основы иммунологии. М.: Медицина, 1999, 607 с.