

УДК: 57.01

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ. ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ.

Русских И.С.¹, Черемных А.И.¹, Пронина И.В.¹, Поносова В.О.¹

¹ *ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия*

(614000, Пермь, ул.Петропавловская, 26), email: russkikh.irina2015@yandex.ru

Русских И.С. (Russkikh I.S.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Черемных А.И. (Cheremnykh A.I.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Пронина И.В. (Pronina I.V.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Поносова В.О. (Ponosova V.O.) – студентка стоматологического факультета ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. Акад. Е.А.Вагнера» Минздрава России

Для корреспонденции: Русских Ирина Сергеевна, 614000, Пермь, ул. Петропавловская, 26, email: russkikh.irina2015@yandex.ru, тел: 89617480731

Специальность 03.03.03 – Иммунология.

Выбор иммунокорректирующего препарата и схемы его применения определяются врачом-иммунологом в зависимости от нозологической формы, фазы течения, степени тяжести основного заболевания, сопутствующей патологии, типа иммунного дефекта. Основным принципом выбора такой терапии в настоящее время является лабораторно-иммунологический, основанный на выявлении того или иного варианта дефектов иммунной системы при выполнении иммунограммы. Лечение заболевания должно быть комплексным, включая базисную терапию, если она предусмотрена стандартами. Иммунокорректирующая терапия также может быть базисным лечением, например, в случае хламидийной инфекции различной локализации и т.д. Но в ряде случаев она является дополнительным методом, требующим обоснования с учетом патогенеза основного заболевания и фазы его течения. Термин «иммунореабилитация» используется для обозначения группы мероприятий, направленных на восстановление здоровья человека и его социальной активности. Реабилитация или восстановительная медицина представляет собой систему научных знаний и практических действий, способствующих восстановлению функциональных резервов взрослых и детей, нарушенных неблагоприятным воздействием факторов среды или болезнями. Реабилитация тесным образом связана с профилактикой. Задача врача состоит в том, чтобы совершенствовать и реализовывать внутреннюю программу самосохранения человека.

Ключевые слова: иммунокорректирующая терапия, иммунореабилитация, профилактика, иммунология, восстановительная медицина

IMMUNOCORRECTIVE THERAPY. IMMUNOREHABILITATION.

Russkikh I.S.¹, Cheremnykh A.I.¹, Pronina I.V.¹, Ponosova V.O.¹

¹ Acad. E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, Russia

The choice of an immunocorrecting drug and the scheme of its use are determined by the immunologist, depending on the nosological form, phase of the course, severity of the underlying disease, concomitant pathology, type of immune defect. The main principle of choosing such therapy at present is laboratory-immunological, based on the identification of one or another variant of defects in the immune system when performing an immunogram. Treatment of the disease should be comprehensive, including basic therapy, if it is provided for by standards. Immunocorrective therapy can also be a basic treatment, for example, in the case of chlamydia infection of various localization, etc. But in some cases, it is an additional method that requires justification, taking into account the pathogenesis of the underlying disease and the phase of its course. The term "immunorehabilitation" is used to refer to a group of activities aimed at restoring human health and social activity. rehabilitation or restorative medicine is a system of scientific knowledge and practical actions that contribute to the restoration of functional reserves of adults and children who are disturbed by the adverse effects of environmental factors or diseases. rehabilitation is closely linked to prevention. the task of the doctor is to improve and implement the internal program of self-preservation of a person.

Key words: immunocorrective therapy, immunorehabilitation, prevention, immunology, restorative medicine

Иммунокорректирующая терапия

Выбор иммунокорректирующего препарата и схемы его применения определяются врачом-иммунологом в зависимости от нозологической формы, фазы течения, степени тяжести основного заболевания, сопутствующей патологии, типа иммунного дефекта. Основным принципом выбора такой терапии в настоящее время является лабораторно-иммунологический, основанный на выявлении того или иного варианта дефектов иммунной системы при выполнении иммунограммы [1,2].

Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушением иммунной системы (Москва, 2000) рекомендует применение следующих препаратов:

1. При поражении монофитарно-макрофагального звена – полиоксидоний, ликолипид, реже молграмостим (лейкомакс), филграстим (нейпоген) и заместительная терапия лейкоцитарной массой;
2. При дефектах клеточного звена системы иммунитета – полиоксидоний, тактивин, тимоген, тимолин, имунофан;
3. При нарушении синтеза антител – милолипид, полиоксидоний, реже заместительная терапия – сандоглобулин, октаграм, интраглобин, нормальный Ig человека для внутривенного введения, биавен, пентаглобин;
4. При нарушении синтеза альфа- и гамма-интерферонов показаны индукторы интерферонов (амиксин, циклоферон, неовир, полудан), интерфероны (человеческий лейкоцитарный интерферон, эгиферон, лейкинферон), рекомбинантные (реаферон, роферон, виферон, ральдирон, интрон А, инрек).

Дополнительная терапия:

- Плазмаферез;
- Иммуносорбция.

Лабораторно-иммунологический принцип выбора иммунокорректирующей терапии не является оптимальным, так как не содержит рекомендаций по обоснованию лечения с учетом клинических особенностей течения заболевания. Современная медицинская практика все чаще основывается на стандартах, основанных на нозологической форме, особенностях клинического варианта и тяжести заболевания. Лабораторные данные обычно используются в качестве вспомогательных признаков для постановки диагноза и оценки характера течения заболевания. Программы лечения различаются в острой фазе заболевания и в фазе ремиссии. Поэтому ведение больного с аллергическим заболеванием или другим иммунопатологическим состоянием должно быть в первую очередь обосновано с точки зрения нозологической формы и в меньшей степени зависеть от показателей иммунограммы [1,3].

Обострение аллергического или иммунного заболеваний часто требует оказания неотложной помощи в условиях стационара. Рекомендуемая для купирования обострения заболевания, обусловленного ИДС, продолжительность стационарного лечения составляет 20-30 дней. После выписки из стационара больные подлежат диспансерному наблюдению у аллерголога-иммунолога и специалиста по основному заболеванию с целью уменьшения частоты рецидивов заболевания и нормализации (или тенденции к нормализации) измененных показателей иммунного статуса.

Выбор программы иммунокорректирующей терапии должен зависеть от нозологической формы заболевания и варианта течения воспалительного процесса: инфекционно-воспалительный, аллергический, аутоиммунный или метаболический вариант и др. Важным вопросом клинической практики является дифференциальная диагностика различных патогенетических вариантов течения воспалительных процессов. Именно в этом вопросе ценность консультации аллерголога-иммунолога представляется наиболее значительной[4].

Инфекционно-воспалительные и аллергические заболевания имеют общие черты клинических проявлений, обычно именуемые простудными (катаральными) явлениями со стороны верхних или нижних дыхательных путей. Дифференциальная диагностика аллергических и инфекционно-воспалительных заболеваний представляет известные трудности. По данным статистических исследований, частота аллергических заболеваний, протекающих с поражением слизистых оболочек респираторного тракта желудочно-кишечного тракта и других локализаций, не уступает инфекционно-воспалительным заболеваниям вирусной и бактериальной этиологии. Следовательно, важным принципом выбора тактики иммунокорректирующей терапии является клиничко-лабораторный подход к дифференциальной диагностике воспалительных поражений при заболеваниях внутренних органов[1,5].

Для правильной оценки иммунологических критериев врач должен придерживаться следующих правил:

1. Иммунологические показатели крови, как правило, оцениваются в абсолютных величинах.
2. Умеренное снижение общего количества Т-лимфоцитов и ТРФ в венозной крови не является критерием иммунной недостаточности, напротив, указывает на активность иммунных реакций (активные лимфоциты мигрируют в лимфатические узлы и очаг воспаления).

3. Умеренное снижение общего количества Т-лимфоцитов и ТФР в венозной крови встречается как при инфекционных заболеваниях, так и при аллергических заболеваниях легкой и средней тяжести течения.
4. Увеличение общего количества Т-лимфоцитов и ТФР всегда указывает на декомпенсацию и чрезмерную активацию Т-клеточного звена системы иммунитета, чаще встречается при аллергических заболеваниях.
5. Увеличение концентрации Ig (IgM, IgG, IgA) в сыворотке крови всегда указывает на активность гуморального иммунитета, часто наблюдается при инфекционно-воспалительных заболеваниях, не характерно для аллергических заболеваний, но не исключает вероятность.
6. Наиболее точным критерием дифференциальной диагностики инфекционно-воспалительных и аллергических заболеваний в случаях одинаковых клинических проявлений является индекс аллергического воспаления (ИАВ). Острые аллергические реакции и тяжелое течение аллергического заболевания сопровождается увеличением этого показателя. Острые инфекционные заболевания и хронические инфекционно-воспалительные заболевания вне обострения сопровождаются снижением ИАВ.
7. Наиболее частым лабораторным признаком нарушения противoinфекционной активности системы иммунитета является снижение ФАЛ, ФЧ ниже 0,7

Иммунологические показатели также могут быть использованы для оценки тяжести течения заболевания, диагностики фазы обострения и ремиссии. Следовательно, иммунокорректирующая терапия не может быть назначена только на основании изменений лабораторных показателей, так как их снижение или увеличение указывает не на дефекты иммунной системы, а на активность и характер воспалительного процесса. Для более точной характеристики фазы заболевания одновременно используют не только лабораторные, но также инструментальные методы. Для каждой нозологической формы определяют наиболее информативные показатели, указанные в стандартах оказания медицинской помощи[2,4].

Лечение заболевания должно быть комплексным, включая базисную терапию, если она предусмотрена стандартами. Иммунокорректирующая терапия также может быть базисным лечением, например, в случае хламидийной инфекции различной локализации и т.д. Но в ряде случаев она является дополнительным методом, требующим обоснования с учетом патогенеза основного заболевания и фазы его течения.

Основные принципы выбора иммунокорректирующей терапии могут быть сформулированы следующим образом.

Принципы иммунокорректирующей терапии:

1. Выбор программы иммунокорректирующей терапии в зависимости от нозологической формы и характера течения заболевания.
2. Использование иммунологического и аллергологического обследования для дифференциальной диагностики патогенеза воспалительного заболевания.
3. Дифференцированное воздействие на систему иммунитета в зависимости от фазы обострения или ремиссии заболевания.
4. Комплексное лечение основного заболевания с учетом нозологической формы и необходимой коррекции состояния системы иммунитета.
5. Этапность иммунокорректирующей терапии, клинический и лабораторный контроль результатов лечения, проведение курсов поддерживающей иммунокорректирующей терапии.
6. Диспансерное наблюдение больных аллергическими и иммунными заболеваниями.

Иммунореабилитация

Термин «иммунореабилитация» используется для обозначения группы мероприятий, направленных на восстановление здоровья человека и его социальной активности.

Реабилитация или восстановительная медицина представляет собой систему научных знаний и практических действий, способствующих восстановлению функциональных резервов взрослых и детей, нарушенных неблагоприятным воздействием факторов среды или болезнями.

Для практического врача реабилитация – это прежде всего искусство сделать человека здоровым.

К сожалению или к счастью, но сегодня медицинская помощь ориентируется на личный опыт врача, а не заключения экспертов и анализ проведенных многоцентровых крупномасштабных исследований. Но такие рекомендации направлены только на лечение острых ситуаций, они вооружают нас алгоритмами, нацеленными на стабилизацию процесса болезни, купирование острых ситуаций. В области реабилитации таких четких рекомендаций не существует. Таким образом, существует как бы две области медицины – медицина стандартов диагностики и лечения заболеваний, цель которой стабилизировать течение заболевания. Другая медицина – реабилитация, или восстановление здоровья человека. Она не носит характер стандартизированной медицины, она опирается на знания и опыт врача. Она не менее значима экономически для государства, потому что полноценный здоровый человек экономит ресурсы здравоохранения и активно участвует в производстве материальных благ[1,2].

Реабилитация тесным образом связана с профилактикой. Первая задача реабилитации – предупреждение обострений хронического заболевания. Современная медицина требует от врачей проведения образовательных программ. Образование больного является неотъемлемой частью лечебного процесса. Эффективность образовательных программ сопоставима с длительным приемом медикаментозных препаратов. Видимо, подсознательно человек, осведомленный о причинах своего заболевания, желающий быть здоровым и знающий как этого достичь, стремится избегать провоцирующих факторов, подсознательно использует для этого свои приемы самосохранения. Задача врача состоит в том, чтобы совершенствовать и реализовывать внутреннюю программу самосохранения человека.

Ярким примером эффективности образовательных программ служит терапия бронхиальной астмы. Больные астмой, обученные приемам оказания самопомощи, самоконтроля (пикфлоуметрии) и базисной терапии, практически не нуждаются в неотложной помощи и стационарном лечении. Это реальное достижение программы развития больных и внедрения базисной противовоспалительной терапии.

Сегодня актуальной проблемой является развитие образовательных программ в области борьбы с ХОБЛ. Это заболевание чаще всего развивается по причине курения. Существует два метода лечения этого заболевания, которые реально влияют на увеличение продолжительности жизни этих больных и снижают темпы прогрессирования заболевания. Первый метод заключается в отказе от курения. Второй – длительная малопоточная оксигенотерапия[4].

Отказ от курения осуществляют в два этапа:

1. Назначение никотинзамещающей;
2. Ликвидация психической зависимости от потребности курения.

Первая задача решается с помощью препарата никоретте и других никотиндатирующих препаратов. Вторая – не может быть полностью решена с помощью рекарственных

препаратов и требует применения других методов – психотерапии, иглорефлексотерапии и др.

Больные ХОБЛ отличаются низким уровнем комплайенса (стремления к взаимопониманию с врачом, точности выполнения медицинских рекомендаций) по отношению к больным бронхиальной астмой. Такие пациенты больше надеются на помощь медикаментов, чем на помощь врача. Но медикаментозная терапия малоэффективна для лечения их заболевания[1,3].

Также трудно убедить больного ХОБЛ применять кислородотерапию. Этот метод не дает быстрых результатов. Единственный результат, который мы реально можно ожидать от кислородотерапии, - продление жизни больного. Возможно, эта проблема должна решаться родственниками больного, которые заинтересованы в его здоровье. Врач должен искать среди них союзников и пользоваться их поддержкой.

Существует ли современное теоретическое обоснование реабилитационных мероприятий?

На поставленный вопрос дает ответ концепция взаимосвязей между системами реагирования и адаптации организма человека. Воспалительные механизмы определяются активностью иммунной системы. Но ее реакция зависит от взаимодействия с нервной и эндокринной системами. Оказалось, что изменения в иммунной системе подчиняются законам общего адаптационного синдрома. Этому существует много доказательств, полученных при БА, ХОБЛ, пневмонии, других аллергических заболеваниях, ИБС и др.

Концепция базируется на следующих основных принципах:

- 1) Воспалительные заболевания характеризуются адаптационными изменениями систем иммунитета, гемостаза и липидного спектра крови;
- 2) При каждой нозологической форме имеют место специфические черты адаптационных реакций, преобладающие в той или иной системе;
- 3) Увеличение тяжести и прогрессирующее течение любого хронического воспалительного заболевания тесно связано с дисбалансом реагирующих механизмов, сменой фазы адаптации фазой дезадаптации реагирующих систем.

Эта концепция предусматривает возможность смены фазы компенсаторно-приспособительных реакций различными вариантами дезадаптации вследствие истощения механизмов адекватной защиты. Такие изменения можно выявить у больных бронхиальной астмы, хронической обструктивной болезнью легких, пневмонией, ишемической болезнью сердца[5].

Данная концепция подтверждается:

- 1) Наличием и усугублением признаков нарушения противоинфекционной защиты у больных с тяжелым течением заболевания;
- 2) Признаками развития ДВС-синдрома у больных с тяжелым течением заболевания;
- 3) Признаками нарушения липидного обмена у больных с тяжелым течением заболевания.

Задачи и принципы реабилитации

1. Восстановление функции центральных механизмов регуляции (ЦНС);
2. Восстановление механизмов эндокринной регуляции;
3. Иммунореабилитация.

Более простым выражением данной концепции является схема оценки лабораторных иммунологических критериев. Согласно данной концепции у здорового человека при

лабораторном исследовании выявляются нормальные величины показателей иммунитета, гемостаза и липидного обмена, включая соответствующие циркадные ритмы этих показателей.

При остром заболевании или легком и средней тяжести течении хронического воспалительного процесса параметры названных систем отражают компенсаторно-приспособительные реакции.

При тяжелом течении заболевания наблюдаются признаки дезадаптации. В частности, одним из критериев дезадаптации можно считать увеличение индекса аллергического воспаления.

Исходя из представленного выше, все методы реабилитации можно условно поделить на методы восстановления центральных механизмов регуляции и собственно методы иммунореабилитации. К методам восстановления центральных механизмов регуляции приспособительных механизмов и иммунной защиты относятся:

- Рефлексотерапия;
- Психотерапия;
- Климатотерапия;
- Ароматерапия;
- Водные процедуры;
- Дыхательная гимнастика;
- Электроаэрозольтерапия;

Собственно иммунореабилитацией называют комплекс лечебных мероприятий и мер социального порядка, направленных на восстановление иммунокомпетентности, трудоспособности и здоровья человека.

Методами иммунореабилитации являются:

- 1) Элиминация причинных аллергенов;
- 2) Спелеотерапия;
- 3) Специфическая аллерговакцинация;
- 4) Применение иммунокорректирующей терапии;
- 5) Вакцинопрофилактика;
- 6) Фитотерапия.

Большинство методов реабилитации сконцентрировано в зонах курортного лечения и отдыха. Для больных пульмонологического профиля актуальными являются климатические и некоторые питьевые, бальнеологические курорты.

Среди климатических курортов можно выделить:

- Морские;
- Среднегорные;
- Равнинные лесные.

Для больных хроническими бронхообструктивными заболеваниями предпочтительны морские курорты Южного берега Крыма, а также средиземноморские курорты. Многим больным можно рекомендовать среднегорные курорты Кавказа. Наиболее широкие показания и минимальное количество противопоказаний делают равнинные лесные курорты наиболее популярными.

Противопоказания к санаторно-курортному лечению при болезнях органов дыхания:

1. Пневмосклероз, эмфизема легких, хроническая пневмония, хронические бронхиты, пневмокониозы, некоторые сопровождаются легочно-сердечной недостаточностью выше 2-й степени.
2. Бронхоэктазии и хронические абсцессы легких, если они сопровождаются резким истощением больных, повышением температуры тела, обильным выделением гнойной мокроты.
3. Спонтанный пневмоторакс.
4. Бронхиальная астма с часто повторяющимися и тяжелыми приступами, а также с приступами средней тяжести на фоне гормональной терапии.
5. Состояние после операции на легких при наличии трахеобронхиальных свищей, после неэффективных операций по поводу нагноительных процессов, при массивных плевральных выпотах[1].

Список литературы:

1. Корюкина И.П., Туев А.В. Иммунодефицитные состояния: диагностика и лечение в клинике внутренних болезней . – П: РИЦ «Здравствуй», 2008. – 167 с.
2. Корюкина И.П., Туев А.В. Диагностика и лечение аллергических заболеваний. – П: РИЦ «Здравствуй», 2008. – 129 с.
3. Полушкина, Н. Н. Диагностический справочник иммунолога / Н.Н. Полушкина. - М.: АСТ, Астрель, Полиграфиздат, 2010. - 480 с.
4. Хаитов, Р. М. Иммунология / Р.М. Хаитов, Г.А. Игнатьева, И.Г. Сидорович. - Москва: Наука, 2017. - 536 с.
5. Чиркин В.В.: Иммунореабилитация (патофизиологические и клинические аспекты). - М.: Медицина, 2003.