

Профессор Лусс Л. В.: «Необходимо выработать унифицированные подходы к определению самого понятия вторичной иммунной недостаточности и к тактике ведения таких пациентов».



Осенью на граждан РФ обрушивается реклама средств, созданных для укрепления их иммунитета. Этой рекламы полным-полно не только в журналах для народа, но и в профессиональной периодике для врачей и фармацевтов. Выбор иммуностропных средств сегодня велик как никогда, и практикующему врачу, неотягощенному глубокими познаниями в клинической иммунологии, не всегда легко бывает правильно сориентироваться в этом пугающем разнообразии. Существуют ли в России общепринятые критерии и принципы назначения иммуностропных препаратов? Как не ошибиться в выборе индивидуальной тактики иммунотерапии? Об этом мы беседуем с профессором, доктором медицинских наук Л. В. Лусс.

Начнем с того, что иммуностропная терапия — очень широкое понятие. Этот вид терапии назначается при самых разных по патогенезу заболеваниях и включает различные по механизму действия препараты и схемы их применения. К иммуностропной терапии относятся и проведение профилактической вакцинотерапии, и заместительная терапия, и включение иммуномодуляторов (или иммуностимуляторов) в комплексное лечение больных с клиническими проявлениями вторичных

иммунодефицитных состояний. Одной из актуальных проблем современной клинической иммунологии и аллергологии является определение понятия «вторичные иммунодефицитные состояния или вторичная иммунная недостаточность» и принципов назначения иммуномодулирующей терапии при этих состояниях.

Недаром говорят, что мы — страна крайностей. Это целиком относится и к проблеме применения иммуностропных средств с иммуномодулирующим эффектом. Спектр мнений, а точнее заблуждений, очень широк — от бездумного энтузиазма, когда иммуномодулирующая терапия назначается направо и налево, кому надо и кому не надо (второе, к сожалению, чаще встречается), до полного отрицания, когда игнорируется сама проблема лечения вторичных иммунодефицитных состояний. Но я должна сказать, что такая резкая поляризация мнений — это не чисто российская специфика, во всем мире сегодня идут жаркие споры о том, насколько оправданно широкое применение иммуностропных средств.

— Людмила Васильевна, если отсечь те крайности, о которых вы упомянули, то останется немало думающих и добросовестных врачей, у которых есть сомнения в эффективности и безопасности большинства иммуностропных препаратов, в частности иммуномодуляторов.

— Основная причина неэффективности иммуномодуляторов — это их использование не по назначению, т.е. при отсутствии показаний. Нередко при лечении инфекционных заболеваний пытаются заменить этиотропную терапию назначением иммуномодуляторов, что не только неправильно, но и опасно. Но если этиотропная (антибактериальная, противовирусная или противогрибковая) терапия не дает необходимого эффекта и у больного имеются клинические признаки вторичной иммунной недостаточности, тогда можно и нужно рассмотреть вопрос о назначении тех или иных иммуномодулирующих средств в комплексном лечении заболевания.

Оптимальный выбор препарата нередко осложняется тем, что даже в самых известных справочниках лекарственных средств все «свалено в одну кучу», когда к группе иммуномодуляторов относят и серьезные иммуномодуляторы с доказанной эффективностью (например, полиоксидоний), и всевозможные БАДы, ферментные препараты, комплексы витаминов и минералов. Этот информационный хаос способствует путанице в головах и подчас приводит к ошибкам в назначении средств для нормализации нарушенных функций иммунной системы. Следует напомнить, что к иммуномодуляторам относятся только те лекарственные средства, которые в терапевтических дозах восстанавливают **нарушенный иммунный ответ**. Если у больного иммунная система находится в состоянии активации (в том числе за счет возбудителей инфекции), назначение вместо иммуномодулятора иммуностимуляторов может привести к иммунному дисбалансу, что чревато развитием различных осложнений, особенно у детей. Даже правильно выбранный иммуномодулятор может принести больше вреда, чем пользы, если его назначить в неоправданно высокой дозе, на слишком длительный срок, без учета показаний и противопоказаний, — в этих случаях возможен непредсказуемый эффект, вплоть до иммунодепрессивного. Все-таки наш иммунитет — та область, куда надо вторгаться осторожно и взвешенно.

— А иногда создается впечатление, и фармацевтическое лобби его всячески поддерживает, что иммунитет современного городского человека настолько хилый и измочаленный, что сам по себе уже ни на что не способен, и его необходимо постоянно укреплять и подстегивать в массовом порядке с самого раннего возраста.

— Конечно, это не совсем так, а вернее, совсем не так. И врачи обязаны помнить, что иммунная система должна и способна самостоятельно защищать организм от внешней и внутренней агрессии и нельзя ее освобождать от исполнения своих прямых обязанностей. Но давайте смотреть правде в глаза: за последнюю четверть века в мире произошли глобальные перемены, которые отразились и на состоянии окружающей среды, и на состоянии организма человека. Меняется течение многих болезней, трансформируется ответ организма на прием лекарств, все чаще традиционная терапия оказывается недостаточно эффективной. Сегодня уже более трети всех существующих заболеваний протекают с клиническими признаками вторичной иммунной недостаточности. Это приводит к повышенной инфекционной заболеваемости, учащению рецидивов хронических воспалительных заболеваний, развитию осложнений и ухудшению прогноза ряда соматических болезней, к отсутствию достаточного клинического эффекта при проведении стандартных методов лечения соматической патологии.

И если в отношении первичных иммунодефицитов многое сегодня понятно, разработаны и утверждены очень четкие правила и рекомендации, то в подходах к лечению вторичных иммунодефицитных состояний наблюдается некоторая неразбери-

► **Интервью в номер**

ха, много разногласий. Осложняет ситуацию то, что в Международной классификации болезней такого диагноза вообще не существует и нет общепризнанных клинических маркеров вторичной иммунной недостаточности (ВИН).

— И все же по каким признакам врач может с большой долей уверенности сделать вывод о наличии у пациента вторичного иммунодефицитного состояния, нуждающегося в назначении иммуномодуляторов?

— Это обнаружение у пациентов хронических вялотекущих, рецидивирующих инфекционно-воспалительных процессов любой этиологии (вирусы, грибы, бактерии) и любой локализации, трудно поддающихся адекватному этиотропному лечению, — так называемые «часто болеющие и длительно болеющие», наличие лихорадки, лимфаденопатии. Данные клинические проявления позволяют заподозрить ВИН и обуславливают необходимость включения в комплексную терапию иммуномодуляторов.

— А какие лабораторные признаки позволяют подтвердить наличие вторичного иммунодефицита?

— Они общеизвестны: при вторичной иммунной недостаточности возможны изменения в гемограмме (снижение содержания форменных элементов периферической крови), снижение содержания иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови, сокращение общей популяции и субпопуляций лимфоцитов, уменьшение содержания и функциональной активности фагоцитов, комплемента, нарушение продукции интерферонов и синтеза цитокинов. Надо иметь в виду, что возможны транзиторные изменения показателей иммунной системы и у практически здоровых людей, но они носят временный характер и не требуют включения иммуномодуляторов. Поэтому, когда есть отклонения от нормы в иммунограмме, но при этом отсутствуют характерные клинические признаки вторичной иммунной недостаточности, не следует спешить с назначением иммуномодуляторов. Хорошо, если такого пациента понаблюдает врач-иммунолог, он более адекватно оценит показатели иммунограммы в динамике.

При выборе индивидуальной иммуномодулирующей терапии врач должен не только исходить из сочетания клинических и лабораторных признаков ВИН, но и учитывать особенности течения болезни, сопутствующие заболевания, предшествующую терапию. К сожалению, в нашей стране пока нет унифицированных подходов к определению самого понятия вторичной иммунной недостаточности (или вторичного иммунодефицитного состояния) и к тактике ведения таких пациентов. Давно пора выработать единые критерии и принципы назначения иммуномодуляторов.

— А пока клинические иммунологи и фармакологи «не нашли консенсус», где практикующим врачам получать достоверную информацию? Сегодня у нас любая группа единомышленников может себя назвать институтом или академией и выступать в медицинской периодике с заказными статьями, оплаченными фармспонсорами.

— В поисках информации могу посоветовать обращаться к опыту крупнейших научных и клинических школ в отечественной иммунологии и аллергологии. Очень продуктивная научно-исследовательская работа ведется в ГНЦ Институте иммунологии ФМБА России. Его директор, академик РАМН Р. М. Хаитов, и профессор Б. В. Пинегин предложили современную классификацию иммуномодуляторов с учетом особенностей строения и патогенеза иммуномодулирующего эффекта, которая существенно облегчает врачам выбор нужной группы иммуномодуляторов. Научные и клинические школы сформировались на кафедрах клинической иммунологии и аллергологии институтов последипломного образования в главных медицинских вузах страны, в частности в МГМСУ, РГМУ, ИПК ФМБА России и других.

Если говорить о специализированных журналах, на мой взгляд, очень важно, чтобы публикации в них проходили рецензирование специалистами, профессионалами в этой области. Именно по этому принципу работает «Российский аллергологический журнал». Кстати, там в разделе новостей всегда есть свежая информация для врачей об обучающих семинарах, циклах повышения квалификации по актуальным проблемам клинической аллергологии и иммунологии. Думаю, тот, кого тема выбора иммуномодулирующей терапии действительно интересует, сегодня не должен страдать от отсутствия объективной информации.

— Людмила Васильевна, и последний вопрос. Два года назад во Франции была запрещена для применения целая группа бактериальных иммуномодуляторов, среди которых так хорошо знакомые российским врачам имудон и ИРС-19. Ваше отношение к этому жесткому решению французского Агентства по санитарной безопасности медицинских препаратов?

— Да, действительно, в Интернете прошла информация о прекращении во Франции продажи препаратов иммуностимулирующего действия (рибомунил, имудон, ИРС-19, биостим и др.) на основании произведенной оценки соотношения их пользы и возможных рисков от 14 сентября 2005 года. Я не думаю, что нужно слепо следовать рекомендациям отдельных специалистов из других стран. В России накоплен собственный опыт эффективного применения иммуномодуляторов, в том числе бактериального происхождения, у больных с проявлениями вторичного иммунодефицита. Следует только строго придерживаться принципов назначения иммуномодуляторов в клинике.

— Давайте напомним читателям эти принципы.

Имуномодуляторы назначают в комплексном лечении одновременно с базисной терапией, в частности с антибактериальными, противогрибковыми или противовирусными препаратами, при этом по возбудителю наносится двойной удар, позволяющий добиться клинического эффекта:

- 1) антибактериальный препарат снижает функциональную активность микроба;
- 2) иммуномодулятор повышает функциональную активность клеток иммунной системы.

Имуномодуляторы можно назначать в виде монотерапии при проведении иммунореабилитационных мероприятий.

При наличии материально-технической базы применение иммуномодулятора целесообразно проводить на фоне иммунологического мониторинга.

Выбор иммуномодулятора определяется врачом в зависимости от специфики клинического течения заболевания, его степени тяжести и стадии, особенностей иммунограммы, возраста, наличия сопутствующих заболеваний. Схемы проведения иммуномодулирующей терапии должны соответствовать медицинским стандартам (протоколам) диагностики и лечения больных в зависимости от нозологической формы.

В качестве иммуномодуляторов должны использоваться только те лекарственные средства, которые зарегистрированы в Государственном реестре лекарственных средств как иммуномодулирующие препараты.

Беседовал Дмитрий Кубраков