



— Медлайн-Экспресс, 2004, №4, апрель, с.10-12.

Иммунитет и «скрытые инфекции»

*Н.В. Шабашова, профессор,
Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург.*

Достаточно давно стало понятно, что иммунная система является компонентом гомеостатического треугольника, в который кроме нее входят нервная и эндокринная системы. А иммунитет защищает постоянство клеточного состава организма человека, выявляя и удаляя любые генетически чужеродные клетки и вещества, поступающие извне и образующиеся внутри организма. Против всех этих антигенов развивается иммунный ответ с образованием разных эффекторных клеток и молекул.

Если не нарушены взаимные регуляторные отношения между иммунной, нервной и эндокринной системами и все участники иммунного ответа качественно выполняют свои функции, человек будет адекватно реагировать на любые антигены, в том числе на микроорганизмы. При этом организм без видимой клинической симптоматики ответит на контакты с нормальными и условнопатогенными микроорганизмами, а также на облигатные патогены в случае предварительной искусственной или естественной иммунизации. Если же таковой не было, развивается инфекционное заболевание, протекающее более или менее быстро в зависимости почти исключительно от эффективности проводимого лечения, в первую очередь этиотропного.

По данным ВОЗ, в настоящее время первой особенностью состояния здоровья населения в мире является снижение иммунореактивности в целом: по разным источникам до 50-70% людей имеют нарушения иммунитета. И второй особенностью, вытекающей из первой, считают повышение частоты заболеваний, вызываемых условнопатогенной микробиотой, а также рост числа аллергических, аутоиммунных и онкологических болезней.

Следовательно, неполноценность функционирования иммунитета в целом или местных защитных факторов является причиной усиления патогенетических свойств условнопатогенной микробиоты. Это определяет развитие инфекционных процессов чаще всего в слизистых оболочках, в том числе так называемых «скрытых инфекций». Прежде всего, страдают урогенитальная и пищеварительная системы. Появляются клинические признаки воспалительных процессов, которые в практике врачей гинекологов и урологов называют хламидиозами, уреа- и микоплазмозами, развивается кандидоз и генитальный герпес, и т.п. состояния. Могут выявляться и другие микроорганизмы. Эти заболевания по аналогии с дисбиозом кишечника иногда называют в гинекологии вагинозами.

Частота выявления указанных микроорганизмов, постоянное изменение их спектра в ходе воспалительного процесса урогенитальной сферы, неэффективность и нестабильность результатов терапии, несмотря на массивное этиотропное лечение с учетом чувствительности микроорганизма к антибактериальным средствам, показывают, что в проблеме «скрытых инфекций» необходимо обратить внимание на состояние иммунной системы.

Показано, что возникновение, тяжесть проявления, течение и исход этих инфекций зависят не столько от присутствия конкретного микроорганизма, но определяются прежде всего качеством и характером иммунного реагирования данного пациента, в том числе состоянием местной защиты. Дело в том, что система иммунитета играет решающую роль на всех стадиях любой воспалительной реакции, в том числе возникающей в ответ на различные микроорганизмы. Успешное быстрое в течение 7-15 дней завершение воспаления с восстановлением поврежденной ткани или замещением ее соединительной, т.е. выздоровление характерно для людей со здоровой компетентной во всех отношениях иммунной системой. Если же иммунные функции ослаблены, то исход острого воспаления может оказаться неблагоприятным для организма, чаще всего оно становится хроническим, что как раз и характерно для «скрытых инфекций».

Нами установлено, что у женщин с вульвовагинитами, где этиологическими агентами являются хламидии, вирусы герпеса, грибы, мико- и уреоплазмы, почти в 80% случаев имеются отклонения в

эндокринной системе: нарушения менструального цикла, заболевания щитовидной железы чаще всего. В то же время известно, что именно гормоны женской половой сферы и щитовидной железы являются активаторами иммунной системы и ответственны за состояние слизистой оболочки женских половых путей. Следует подчеркнуть, что эпителиоциты в настоящее время рассматриваются не только как барьерные, но и как иммунокомпетентные клетки. Известно, что в отсутствие повреждающих и стимулирующих воздействий эпителиоциты выполняют барьерную и секреторную функции и как будто ничем не напоминают иммунокомпетентные клетки. Но, тем не менее, уже в состоянии покоя они несут на своей поверхности рецепторы для цитокинов: ИФН- γ , ИЛ14,17, ТФР β и др., что является предпосылкой для вовлечения их в иммунные процессы. В условиях повреждения эпителиального барьера или воздействия микробов или их продуктов происходит активация эпителиальных клеток. Фактически активация есть постоянно из-за присутствия на слизистых различных представителей мира микробов. При этом эпителиоциты приобретают свойства иммунокомпетентных клеток: начинают сами выделять цитокины, например, ИЛ1, 6, ФНО, ИФНа по спектру, похожему на цитокины макрофагов, и потому определяющие характер воспаления и участие эпителиоцитов в представлении антигенов лимфоидным клеткам. Также эпителиоциты выделяют гемопоэтины: ростовые факторы для нейтрофильных гранулоцитов, моноцитов, ИЛ7, действующие и на сами эпителиальные клетки, а не только на гемопоэз. Описана также выработка эпителиальными клетками ИЛ12,15,16,17,18, секреция ими хемокинов, ответственных за привлечение в слизистые циркулирующих Т-лимфоцитов и др. клеток.

Поэтому состояние эпителия определяет качество иммунного местного ответа, характер и течение воспалительного процесса в слизистой при контакте с микроорганизмами. Но состояние эпителия определяется не только гормональным фоном, но зависит и от предыдущих инфекций, вызванных облигатными патогенами, от тех методов и лекарств, которые были использованы для их лечения. Поэтому в анамнезе пациентов со «скрытыми» инфекциями зачастую фигурируют трихомониаз, реж гонорея, нередко трихомониаз оказывается недолеченным и выявляется при повторных исследованиях на «скрытые инфекции». Приходится встречаться с такими воспалительными процессами у женщин с длительно стоящими внутриматочными контрацептивами, использующих пероральные контрацептивы.

Во всяком случае, стало очевидным, что попытки решить проблему лечения этих инфекционных заболеваний с помощью антибиотиков и противовирусных препаратов, других этиотропных средств далеко не всегда приводят к полному успеху, если не принимать во внимание состояние иммунного реагирования. Пожалуй, следует даже сделать вывод о том, что если есть иммунитет полноценный – нет инфекций. Если же при наличии клинических признаков воспаления обнаруживаются вышеуказанные микроорганизмы, значит нет полноценного, качественного иммунного реагирования в целом или местно, по крайней мере. И мы имеем дело с неблагоприятным для организма течением инфекционно-воспалительного процесса — оно приобретает черты хронического. Следовательно, насущной становится задача мобилизации резервов иммунной защиты, ее активизации.

Кроме того, в клинической медицине насущной стала проблема резистентности микроорганизмов к антибактериальным, противовирусным и антимикотическим препаратам. Считают, что до 90% банальных микроорганизмов устойчивы сегодня к этиотропной терапии. И при этом еще этиотропное лечение нередко вызывает побочные эффекты в виде дисбиозов, гепатотоксического и иммуносупрессивного действия, реж эндокринологического и нефротоксического.

Чтобы повысить эффективность этиотропной терапии, и учитывая зависимость развития «скрытых инфекций» от состояния иммунореактивности, следует включать в схемы комплексного лечения иммуномодулирующие препараты системного и местного действия. При этом необходимым условием является уточнение причины или причин нарушений иммунитета, а также характера этих нарушений. Причинами изменения иммунореактивности в случаях «скрытых инфекций», как уже было упомянуто выше, могут быть перенесенные половые инфекции, чаще всего трихомониаз, хронические воспалительные процессы и не только урогенитальной сферы, гормональные дисфункции, другие соматические и инфекционные заболевания. Если пациент получил традиционное и этиотропное лечение этих процессов или получает, то к нему рационально присоединить иммуномодулирующие средства.

Чаще всего терапия является комплексной, включающей как антибактериальные, так и иммунотропные препараты. Среди иммунотропных или иммуномодулирующих следует различать препараты общего или системного действия и местного. В случаях изменения общего иммунного реагирования или вторичных иммунодефицитных состояний с нарушением функции Т-системы следует использовать иммунофан. В качестве системного активатора киллерных клеток и

механизмов, особенно если речь идет о преобладании внутриклеточной или вирусной инфекции, препаратом выбора может стать иммуномакс. Он вводится достаточно коротким курсом из шести инъекций (1,2,3,8,9,10 дни) и при этом оставляет длительное последствие, восстанавливая адекватность иммунного реагирования в течение еще шести месяцев. При наличии интоксикации, необходимости антиоксидантной терапии, для стабилизации мембран клеток и иммуномодулирующего эффекта может быть использован в качестве системного препарата полиоксидоний. Интерферонсодержащие препараты, но не интерфероногены как системные средства оказывают лечебный и, в том числе, иммуномодулирующий эффект при вирусной, например, герпетической этиологии воспалительных процессов урогенитальной сферы.

Как средство, прежде всего, местного действия препаратом выбора может быть гепон. Он повышает функциональную активность фибробластов и эпителиоцитов, что определяет высокую устойчивость к инфицированию и повышает способность эпителиальных покровов к регенерации. При этом гепон легко всасывается через эпителий, эффективно воздействуя на местную защиту и против бактерий, и против вирусов, и против грибов. Кроме того, гепон тормозит репликацию вируса в инфицированных клетках. Препарат эффективен и при острых воспалительных процессах, поскольку может значительно сократить размеры и степень воспаления, сроки выздоровления и с гарантией предотвратит переход острого воспаления в хроническое. Местно гепон может быть использован в виде орошений или мази.

Показана даже эффективность местной монотерапии гепоном при кандидозе слизистых оболочек, как известно, хроническом рецидивирующем заболевании, трудно поддающемся вполне современной качественной этиотропной терапии. У женщин орошали слизистую влагалища и вульвы, у мужчин использовали примочки или инстилляции 0,04% раствором гепона. Сразу после курса терапии исчезали признаки воспаления, споры и мицелий гриба со слизистой почти у всех наблюдаемых пациентов с сохранением эффекта и через месяц после лечения.

Названными выше препаратами не ограничивается круг иммуномодулирующего лечения. Пациенты со «скрытыми инфекциями» часто нуждаются в психологической помощи, что поможет сбалансировать взаимоотношения иммунной и нервной систем. Регуляция эндокринных нарушений это тоже необходимое условие для сбалансированной работы иммунных механизмов. Витаминотерапия, адаптогены, физиотерапия также должны быть включены в схемы лечения пациентов со «скрытыми инфекциями», поскольку обладают как опосредованным, так и непосредственным действием на ход воспалительных процессов.