

4. Сильні головні болі невідомої етіології або мігрень.
5. Загострення епілепсії.
6. Необхідність хірургічних втручань.
7. Жовтяниця.
8. Прогресування депресії.
9. Досягнення жінкою 40-річного віку.

ВИСНОВКИ: При призначенні гормональної контрацепції необхідно враховувати стан соматичного і психічного здоров'я жінки, щоби не зробити здорову жінку хворою і не погіршити стану хворої людини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багдань Шандор. Современное предупреждение беременности и планирование семьи. – Будапешт. – 1988. – 94 с.
2. Богатырева Р.В., Венцовский Б.М., Вовк И.Б. Руководство по планированию семьи. – Киев, 1998. – 258 с.
3. Вовк И.Б. К вопросу об эффективности и удобству применения современных местных контрацептивов// Вестник Ассоциации акушеров-гинекологов Украины. –Киев, 2001, №4. – С.11-14.
4. Корхов В.В. Контрацептивные средства. Руководство. – СПб: СпецЛит.-2000.- 155 с.
5. Кирющенков А.П. Фемоден – новый монофазный препарат для гормональной контрацепции// Акуш. и гинекол.-1995. - № 5, С.52-54.
6. Курбанова М.Х. Опыт применения внутриматочных противозачаточных средств у женщин, страдающих хроническим пиелонефритом// Акуш. и гинекол. – 1985. - № 7. – С.52-55.
7. Мануилова И.А. Современные контрацептивные средства // М., Малая медицина. – 1993. – 195 с.
8. Мануилова И.А. Микролют – низкодозированный гестагенный контрацептив (мини-пили) // Вестник Рос. Ассоциации акуш. и гинекол. – 1997. - №3. – С.93-94.
9. Прилепская В.Н., Тагиева Т.Т. Депо-провера - новый метод контрацепции// Рос.мед.журнал. – 1997. - №3. – С.53-54.
10. Тарасова М.А., Савельева И.С. Особенности контрацепции у женщин группы риска// Акушерство и гинекология. М., 1998. – С.4-11.
11. Планування сім'ї. Наказ МОЗ України № 582 від 15 грудня 2003 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»// Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні. – Київ. – 2005. - Том 2.- С.46-68.

Л.В.ЧАПЛЕНКО, Л.О.СОКІРКО

МОЖЛИВОСТІ СУЧАСНОЇ ІМУНОТЕРАПІЇ

Стаття присвячена проблемам імунотерапії і застосуванню нових фармакологічних препаратів.

Ключові слова: імунотерапія, фармакологічні препарати.

Статья посвящена проблемам иммунотерапии и применению новых фармакологических препаратов.

Ключевые слова: иммунотерапия, фармакологические препараты

This article deals with the problems of immunotherapy and application of new preparations.

Keywords: *immunotherapy, pharmacological preparations.*

При застосуванні антибактеріальних середників значно збільшилась можливість ефективного лікування ускладнень захворювань. Однак ці препарати, як правило, мають недовготривалу дію, що призводить до рецидивів захворювання, появи великої кількості резистентних та полірезистентних мікроорганізмів, їх селекції, виникнення дисбактеріозів, пригнічення імунної системи організму.

А.І.Потопальський і Л.В.Лозюк (1995) зазначають, що застосування впродовж довгого часу антибіотиків, сульфаніламідів чи інших лікарських форм призводять до виникнення стійких мікробних мутантів, дисбактеріозів, дисбалансів вітамінів, особливо групи В, що негативно впливає на фізіологічні процеси і загальну імунну систему організму.

Однак застосування сучасної імунотерапії почалось не в 1928 році, як зазначає А.В.Савустьяненко (2009), а ще 14 травня 1796 року від застосування першого досвіду офіційно проведеної англійським лікарем Е.Дженером (1769-1823) успішної вакцинації проти віспи. З часу відкриття Александром Флемінгом (1928) першого антибіотика пеніциліна, основна увага медицини зосередилась на етіотропному лікуванні. За минулі роки було вивчено і застосовано в практику величезну кількість нових антибактеріальних і противірусних середників, що значно розширило можливості сучасного лікування. Але поряд із вражаючими результатами лікування були отримані і насторожуючі дані. Більшість етіотропних середників викликають значні побічні ефекти і погано взаємодіють з іншими лікарськими препаратами. Їх застосування поєднане з виникненням високорезистентних мікроорганізмів, вірусів, які викликають значний, інколи блискавичний перебіг інфекційного захворювання. Враховуючи значну вартість подібних препаратів, в останні роки спостерігається зацікавленість до тих середників, які діють не стільки на збудників інфекцій, скільки на власні захисні механізми людини, примушуючи їх більш активно боротися з патогенними бактеріями і вірусами.

В даний час до імунотерапії можна віднести не тільки імунoproфілактику - вакцинотерапію, але і специфічну гіпосенсибілізацію, що широко використовується в алергології, імунодепресивну радіо- і хіміотерапію пухлинного процесу, імуносупресивну терапію при аутоімунних і імунотоксичних захворюваннях, лікування інфекцій за допомогою бактеріофагів, відновлення нормального мікробіоцинозу шкіри, відкритих та закритих слизових з ефектом моделювання місцевої імунної відповіді мікрофлори і позатим, імунотерапію, яка першочергово використовується в клінічній імунології і скерована на відновлення нормального функціонування дефектної імунної системи при різних патологічних станах.

Імунотерапія, що використовується в клінічній імунології— складна маніпуляція, чим досконально повинні володіти клінічні імунологи широкого профілю: педіатри, терапевти, інфекціоністи, акушер-гінекологи, хірурги, пульмонологи і лікарі інших спеціальностей, що пройшли первинну спеціалізацію з клінічної імунології і отримали відповідний сертифікат спеціаліста, що дозволяє кваліфіковано надавати допомогу в рамках основної спеціальності.

Імунотерапія - складний лікувальний процес, скерований на відновлення нормального функціонування імунної системи і досягнення повноцінної клінічної ремісії до повного видужання. Найчастіше імунотерапія здійснюється шляхом фармакологічної дії препаратами природного або синтетичного походження, що володіють різними за напрямком імунологічними ефектами: імунодепресивними, імуномодулюючими, імуностимулюючими, імунокоригуючими. Зони можуть мати характер активної (модулюючої, коригуючої, стимулюючої, депресивної) і пасивної терапії. До середників пасивної замісної імунотерапії необхідно віднести імуноглобуліни, тимічні фактори, інтерлейкіни, інтерферони, цитокіни, в тому числі і цитокінові коктейлі (лейкінферон). Крім цього, до імуностимулюючих заходів

відносяться також методи плазма- і імунофореза, гемосорбції, пересадка кісткового мозку, ЛАК-терапія, тканинна терапія і т.ін.

В практиці охорони здоров'я серед імунобіологічних препаратів широко використовуються вакцини, імуноглобуліни, бактеріофаги, препарати нормофлори, алергени, цитокіни, в т.ч. і діагностикуми. В Росії щорічно до 30 нових імунобіологічних препаратів з успіхом проходять державне визнання. Арсенал імунофармакотерапевтичних середників, не тільки біологічного, але і синтетичного походження, сьогодні присутній на фармакологічному ринку України. В основному це препарати російських виробників: міелопід, тактивін, поліоксидоній, ликопіл, діуцифон, беталейкін, віферон, лейкоферон і ін.

В даному огляді зроблена спроба узагальнити найбільш важливу інформацію про основні імунотропні препарати, що використовуються в даний час не тільки професіональними клінічними імунологами, але і в різних ділянках клінічної медицини, що знайшли широке застосування. Так багаточисельними дослідженнями підтверджена висока клініко-імунона ефективність біологічних і синтетичних препаратів тимуса: тактивіна, тималіна, тимоптина, тимогена, імунофана, тимомодуліна, тимостимуліна, тимопептина і ін.

Досвід клінічної імунотерапії демонструє необхідність використання різних методів у лікуванні хворих з гострою чи хронічною тимічною недостатністю: при лікуванні гострих імунодефіцитних станів, коли можливе застосування коротких інтенсивних (7-10 днів) курсів лікування, а також при хронічних довготривалих порушеннях Т-клітинного імунітету, коли необхідне проведення більш тривалих (до 1-3 місяців) курсів замісної терапії з частим переходом на підтримуючі дози препаратів. Тимічні фактори з хорошим клінічним ефектом використовуються при лікуванні гнійно-бактеріальних процесів, хронічних запальних захворювань різних органів і систем, дають хороший клінічний ефект при лікуванні хронічного гепатиту і СНДу, герпесвірусних інфекцій, при лікуванні пухлинних процесів ізольовано або в поєднанні з хіміотерапією. Приєднання терапії тимозином до програми лікування раку молочної залози, меланоми продемонструвало високу клінічну ефективність.

До синтетичних середників, що позитивно впливають на Т-клітинний імунітет, першочергово відносяться імідазольні сполуки: левамизол (декаріс), дібазол, метронідазол. Левамизол відновлює кількість і функціональну активність Т-лімфоцитів. До вітчизняних синтетичних імуномодуляторів, що проявляють таку ж активність, відносять диуцифон. Згадані середники виправдали себе при лікуванні хронічних запальних процесів, гострих і рецидивуючих гнійно-бактеріальних інфекцій, повільних мікобактеріальних інфекціях та аутоімунних процесах.

В останні роки більш відчувається потяг до тих лікарських засобів, які діють не стільки на збудників інфекції, скільки на власні імунні механізми людини, спонукаючи їх більш активно боротися з патогенними бактеріями і вірусами. Сьогодні одним з найбільш відомих представників імуномодуляторів є Гропрінозин. Доведено, що механізмом дії Гропрінозина є імуномодуляція і протівірусна активність. Гропрінозин ефективний по відношенню до всіх штамів віруса грипу і тому може бути з ефективністю використаний для профілактики і лікування грипу (свинного).

Гропрінозин ефективний для зниження тяжкості симптомів при всіх вірусних інфекціях. Особливо важливо, що Гропрінозин може бути з успіхом призначений при важких або часто рецидивуючих респіраторних інфекціях. Дані дослідження М. Golebiowska-Wawrzyniak і співавт. підтверджують, що кількість рецидивуючих респіраторних інфекцій протягом року знизилась в 5,31 рази в порівнянні з тим, що було до лікування Гропрінозином. В результаті дослідження було виявлено, що у хворих, що отримували Гропрінозин, основні симптоми захворювання зникали на 4-5 день терапії у порівнянні з хворими, в яких симптоми зникали на 7-9 день. У пацієнток, що отримували Гропрінозин, була відзначена менша частота рецидивів генітального герпесу, теж саме відзначалось при лікуванні лабіального герпесу.

При гострих гепатитах призначення Гропрінозина призводить до швидкого регресу клінічних симптомів, сповільнює прогресування захворювання.

Таким чином, Гропрінозин проявляє імуномодельючі властивості, протівірусну активність і підвищує клітинну резистентність (захист).

О.Є.Абатуров, І.Л.Височина (2009) теж приділяють велику увагу імуномодуляторам при гострих респіраторних вірусних інфекціях і відзначають велику ефективність в лікуванні препаратом Гропрінозин. У клінічних випробуваннях доведено, що Гропрінозин значно полегшує перебіг інфекційного процесу, особливо при вірусних захворюваннях дихальних шляхів, а також усуває імунологічні порушення, викликані збудниками. Клініко-імунологічні дослідження ефективності застосування Гропрінозину показали можливість істотно оптимізувати лікування хворих із такими вірусними інфекціями, як кір, краснуха, вітряна віспа, епідемічний паротит. Після призначення цього препарату відбувається швидке зниження температури, ліквідація симптомів інтоксикації, прискорюється зворотний розвиток запальних процесів. Крім цього, Гропрінозин здатний потенціювати протівірусну дію інтерферону, ацикловіру та інших протівірусних препаратів.

ВИСНОВКИ: Препарат Гропрінозин проявляє імуномодельючі властивості, протівірусну активність і підвищує клітинну резистентність. Препарат може бути використаний для монотерапії в лікуванні гострих респіраторних вірусних інфекцій. Гропрінозин у складі комплексної терапії може бути застосований для лікування герпесвірусної інфекції. Спектр клінічних досліджень вказує на те, що він ефективний при лікуванні всіх вірусних захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абатуров О.Є., Височина І.Л. Імунопрофілактика гострих респіраторних вірусних інфекцій на сучасному етапі.//Новости медицины и фармации.-2009. - № 17(291). - С.3-4.
2. Дранник Г.Н. Неспецифическая иммунопрофилактика острых респираторных вирусных инфекций //Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. -2006. - № 4.- С.10-11.
3. Земсков В.М. Иммуномоделирующие свойства препаратов инозина и их аналогов //Успехи современной биологии. -1989.- Т.І. -С.69-78.
4. Москалюк Б.Д., Андрейчин М.А. Динаміка показників клітинного імунітету у хворих на гострі респіраторні інфекції під впливом різних методів лікування //Буковинський медичний вісник.-2006. –Т.10, №3. – С.57-59.
5. Осипова Л.С. Иммуномоделирующие свойства Гропрінозина и особенности его клинического применения //Медицина.— 2005.- № 4.- С.76-78.
6. Хайтов Р.М., Пинегин Б.В. Современные иммуномодуляторы : основные принципы их применения //Имунология.-2000.- № 5. - С.4-7.
7. Крамарев С.О., Виговська О.В., Палатна Л.О., Шпак І.В. Ефективність застосування препарату Гропрінозин у комплексному лікуванні хворих на інфекційний мононуклеоз//Здоров'я України. – 2007. - №2/1. – С.3 - 13.

Л.Т.ШЕВЧУК

ФАКТОРИ ТА МОЖЛИВІ ПЕРСПЕКТИВНІ МАСШТАБИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАСЕЛЕННЯ НА РАК

Аналізуються найважливіші фактори захворюваності населення на рак, оцінюються ймовірні перспективні масштаби поширення цієї захворюваності та смертності від неї, окреслюються можливі заходи для поліпшення ситуації.

Ключові слова: здоров'я, захворюваність, рак.

Анализируются важнейшие факторы заболеваемости населения на рак, оцениваются вероятные перспективные масштабы распространения этой