

Деякі препарати таргетної терапії поєднують один з одним під час здійснення курсу для покращення ефекту. Вибір проводиться після проведення обстеження та визначення специфіки мутацій та інших особливостей у клітинах пухлини.

При цьому наявність деяких побічних ефектів часто говорить про ефективність терапії, що проводиться. Так, при формуванні шкірного висипу подібного до підліткового акне або гіпертензії – можна судити про позитивну реакцію на препарати.

Імунотерапія-порівняно нова течія в медицині, тому для неї існує багато протипоказань, над усуненням яких працюють фахівці.

Клітинна імунотерапія-метод полягає в попередньому взятті імунних клітин з організму пацієнта та активізації їх проти пухлини. Потім вони розмножуються в лабораторних умовах і запускаються знов в організм пацієнта. Клітини імунітету розпізнають і атакують атипові. Такий вплив допомагає уповільнити зростання і зовсім знищити злоякісне новоутворення.

Інгібітори контрольних точок. Клітини імунітету спочатку мають контрольні точки, які є специфічними речовинами для придушення роботи імунітету. Це необхідно через схильність імунної системи негативно впливати на здорові тканини.

Модулятори роботи імунітету. Є загальним методом підкріплення імунітету, який забезпечується приймання медичних препаратів. Їх специфіка — безпосередньо впливати на імунітет без конкретизації якихось особливих компонентів злоякісних клітин.

Імунотерапія раку в Україні при злоякісних новоутвореннях останнім часом показує позитивні результати. Суть методу лікування полягає у стосунках імунітету з пухлиною і необхідності «завести» імунітет для боротьби з атиповими клітинами. Для активації імунітету використовуються спеціальні компоненти та препарати. Залежно від форми, виду, типу, стадії раку та індивідуальних особливостей організму визначається ефективний вид імунотерапії.

Всі види лікування раку несуть той чи інший ризик для життя та здоров'я пацієнта. Іноді після проведення курсів хіміотерапії у пацієнтів зростає небезпека вторинного утворення злоякісної пухлини. Не менш ризикованим є й хірургічне втручання: під час операції виникає висока небезпека зупинки серця або сильної кровотечі.

Висновки. Рак-це дуже важка хвороба, що завдає великого впливу на весь організм людини та послаблює його. Сьогодні не існує стовідсоткового лікування та профілактики, але якщо відвідувати лікаря та перевіритися, уникнути хвороби можна.

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Демко А. А.

Науковий керівник: Рибак В. А.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
inchcoffeepot@gmail.com

Вступ. Україна продовжує боронити свою незалежність у війні з росією. Сьогодні багато українців травмовані подіями, які відбуваються в нашій країні. Люди живуть пліч о пліч з війною, втратами, руйнуваннями і це негативно впливає на психоемоційний стан, створюючи загрозу розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

ПТСР – це важкий психічний стан, ознаки якого зберігаються більш як місяць після травми, який може розвинутися у людини в результаті травматичного впливу. Це можуть бути стресові та лякаючі події, пережиті людиною в небезпечних для життя ситуаціях, таких як війна, теракт, звалтування, раптова смерть близької людини, пожежі, природні катастрофи тощо. ПТСР є одним із найтяжчих для діагностики розладів, оскільки на відміну від інших психосоматичних реакцій і хвороб не визначений стабільним поєднанням симптомів або синдромів.

Мета дослідження. Сформувані сучасні уявлення про ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи. Проаналізовано інформацію за сучасними літературними джерелами ПТСР, використано аналітичний, логічний, узагальнюючий методи.

Результати дослідження. ПТСР – це комплекс соматичних, когнітивних, афективних і поведінкових ефектів психологічної травми, що характеризується нав'язливими думками, нічними кошмарами та спогадами минулих травматичних подій, уникненням нагадувань про травму, підвищеною настороженістю та порушеннями сну, що призводить до значної соціальної, професійної та міжособистісної дисфункції.

Ймовірність розвитку ПТСР і прояви розладу залежать від ряду індивідуальних і суспільних факторів ризику. До таких факторів належать: історія травм, які пережила людина, до появи розладу; низький рівень освіти; низький соціально-економічний статус; дитячі труднощі (включаючи дитячу травму/абуз); особиста та сімейна психіатрична історія; стать; раса; фізичні травми (включаючи черепно-мозкові травми) як частина травмуючої події; початкова інтенсивність реакції на травматичну подію.

Дослідження з використанням магнітно-резонансної томографії показали, що спостерігається зменшення об'єму гіпокампу, лівої мигдалини та передньої частини поясної кори головного мозку у пацієнтів із ПТСР порівняно з контрольною групою. Інші результати досліджень продемонстрували підвищення центрального рівня норадреналіну з пригніченою регуляцією центральних адренергічних рецепторів, зниження рівня глюкокортикоїдів із посиленням регуляції рецепторів (можливо, за рахунок наявності у таких пацієнтів аутоімунних захворювань) і процесу півкульної латералізації, при якій спостерігається відносна недостатність функції лівої півкулі (можливо, через сплутану свідомості, пов'язану з часовою послідовністю травматичних подій).

Також, було визначено генетичну схильність людей, щодо розвитку ПТСР через взаємодію з факторами навколишнього середовища. Генетичні дослідження показали, що ПТСР є полігенним фенотипом, на який впливають тисячі локусів у геномі. Потенційна взаємодія генів із середовищем, наявність одного з чотирьох поліморфізмів стрес-гену FKBP5 пов'язують з підвищеним ризиком ПТСР у пацієнтів із наявністю дитячої травми, тоді, як у людей без дитячої травми, ризик розвитку симптомів ПТСР був мінімальним.

Фармакотерапія ПТСР базується на запобіганні хроніфікації реакції на травму і ПТСР. На етапі початкового формування патологічних симптомів ПТСР рекомендовано застосовувати фітопрепарати. Дані доказової медицини констатують ефективність застосування пасифлори, валеріани, меліси для лікування ПТСР.

Прегабалін, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну широко застосовують для подолання гострої реакції на травму, профілактики ПТСР і корекції ранніх проявів. Перевагою такого підходу є можливість безпосереднього ефективного впливу на емоційні та больові симптоми.

Висновки. Пацієнти з ПТСР мають помітні когнітивні, афективні та поведінкові реакції на стимули, що нагадують їм про пережиту травму і компенсують інтенсивне збудження через уникнення, емоційне заціпеніння та зниження інтересу до людей і діяльності. Для профілактики та корекції клінічних симптомів ПТСР застосовують фітопрепарати (пасифлора, валеріана, меліса), прегабалін, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ МОЛЕКУЛ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ ПРИ ОЦІНЦІ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Дорошенко С. Р.

Науковий керівник: Галузінська Л. В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

ljubvgaluzinskaja@ukr.net

Вступ. Серед широкого кола метаболітів, що мають токсичну дію, заслуговує уваги клас середньомолекулярних продуктів протеолізу чи МСМ. Останні є одним із загальноприйнятих маркерів ендогенної інтоксикації. У результаті активації протеолізу відбувається утворення значної кількості продуктів деградації білків – середньомолекулярних пептидів, які впливають на життєдіяльність усіх систем та органів. Порушення метаболізму різних органів і систем, адаптаційно-приспосувальних процесів призводить до підвищення концентрації природно існуючих метаболітів, проміжних і кінцевих продуктів обміну, неприродних метаболітів, які проявляють токсичну дію та сприяють розвитку інтоксикації («метаболічна інтоксикація»). Вміст МСМ у крові залежить від інтенсивності їх утворення в організмі, стану органів і систем, які приймають участь у їхньому виведенні та метаболізмі.

Мета дослідження. Дослідити вміст МСМ у хворих на псоріаз для оцінки ендогенної інтоксикації.

Матеріали та методи. З метою оцінки стану ендогенної інтоксикації було обстежено 29 практично-здорових осіб та 23 хворих на псоріаз. Вміст МСМ у плазмі крові визначали скринінг-методом за Н.Н. Габриелян при 254 нм (вимірювання катаболічного пулу) та 282 нм (анаболічного пулу).

Результати дослідження. Як свідчать результати, у обстежених хворих до лікування спостерігається вірогідно збільшений вміст фракції МСМ, що реєструються при 254 нм. При розрахунку співвідношення фракцій МСМ в плазмі крові було встановлено, що у хворих на псоріаз цей коефіцієнт знижується на 25%.

Висновки. Вважається, що в якості механізму регуляції синдрому ендогенної інтоксикації може виступати надмірна активація ПОЛ, деструктивно-запальні та імунopatологічні процеси. У той же час не виключено, що МСМ мають імунodeпресивні властивості, які виявляються в їх спроможності інгібувати реакції бласттрансформації лімфоцитів, утворення розеток лімфоцитами, фагоцитарну реакцію лейкоцитів. Тому можна вважати, що збільшення рівня МСМ в плазмі крові при ускладнених формах псоріазу виступає одним з факторів, що призводять до розвитку порушень деяких ланцюгів імунітету та виникненню хронізації патологічного процесу.