

ВТОРИННІ ІМУНОДЕФІЦИТНІ СТАНИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСОБИ ЇХ КОРЕКЦІЇ (лекція)

- ¹ О. І. Волошин, д. мед. н., проф. каф. пропед. внутр. хвор.
- ² Л. О. Волошина, д. мед. н., доц. каф. внутр. мед та інф. хвор.
- ¹ Б. П. Сенюк, к. мед. н., доц. каф. пропед. внутр. хвор.,
- ² І. В. Присяжнюк, к. мед. н., асист. каф. внутр. мед та інфек. хвор.,
- ² І. О. Буздуган, к. мед. н., асист. каф. внутр. мед та інфек. хвор.

- ¹ Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
- ² Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Прогресуюче погіршення стану довкілля, інтенсивні, наростаючі темпи життя і супутні їм психоемоційні стреси, погіршення біологічної цінності їжі, якості питної води не тільки сприяють зростанню захворюваності населення Землі, але й суттєво ослаблюють імунну систему людини за дії численних факторів ендо- і екзогенного походження. Існує сумна перспектива зростання частоти, вираженості імунодефіцитних станів та появи їх у все молодших вікових групах населення [1, 4, 5]. Найчастіше імунодефіцитні стани проявляються як «додаток» до будь-якого захворювання чи групи хвороб різних органів і систем у одного індивідуума. Тобто, імунодефіцитний стан – це не самостійна хвороба, а «додаток» до численних хвороб у вигляді втрати здатності організму до захисту від інфекцій та пухлин. Однак діагностика, особливо лікувальна тактика імунодефіцитних станів, є досить складною, дискусійною та постійно вдосконалюється [4, 5, 11].

Метою даної роботи є інформування широкого загалу лікарів, особливо загальної практики – сімейної медицини, щодо найбільш узгоджених рекомендацій щодо діагностики і лікування цього патологічного стану.

Матеріал і методи дослідження.

Нами здійснено науковий пошук в монографічних та інших друкованих і електронних виданнях, пошукових наукових базах, Державному реєстрі лікарських засобів України, наведені результати власного клінічного досвіду із застосуванням методів аналізу, порівняння та узагальнення інформаційних даних.

Результати дослідження та їх обговорення.

Наводимо основні положення для кращого розуміння імунодефіцитного стану та правильних шляхів, засобів вибору в його корекції, розроблені класифікації імунодефіцитних станів за походженням та причинами [4, 5, 11, 12].

За походженням імунодефіцитні стани (ІС) поділяють на:

- **первинні (вроджені)**, часто генетично зумовлені;

- **вторинні (набуті)**, що виникають під впливом несприятливих ендо- та екзогенних факторів після народження.

Сімейному лікарю та лікарю загальної практики переважно зустрічатимуться вторинні імунодефіцити (ВІД), які виникають за дії численних факторів. Згідно визначальних діючих причин виділяють ВІД [4, 5, 11, 12]:

- **інфекційної природи:** вірусні, бактеріальні інфекції, глистно-протозойні інвазії, дисбактеріоз кишечника;

- **аліментарні:** недостатність харчування, дефіцит вітамінів, мікроелементів, надмірне харчування, синдром порушеного кишкового всмоктування, харчування генетично модифікованими продуктами;

- **метаболічні:** хронічна ниркова недостатність, нефротичний синдром, хронічні хвороби печінки, цукровий діабет, гіпотиреоз, гіперкатаболізм імуноглобулінів;

- **при імунодепресивних методах лікування:** цитостатики, кортикостероїди, антиметаболіти, імунодепресанти, антибіотики у високих дозах, тривале їх застосування, нестероїдні протизапальні препарати (тривале застосування), проме-

нева, поліхіміотерапія;

- **при будь-яких важких захворюваннях, поліпатології:** злоякісні пухлини, онкогематологічні хвороби, важкі хірургічні втручання, обширні опіки, повторні наркози;

- **екологічні ВІД** (сюди ж відносять професійні шкідливості);

- **при різних видах хронічних стресів, фізичного виснаження;**

- **при хронічних інтоксикаціях** (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія);

- **вікові ВІД:** недоношеність дітей, старіння;

- **змішанні ВІД.**

За функціональним станом розрізняють: компенсовані, субкомпенсовані та декомпенсовані форми ВІД [4, 5, 8]. Про ступені ВІД інформацію подамо нижче.

Запідозрити ВІД сімейний лікар може за такими параклінічними критеріями [4, 5]:

- рецидиви респіраторних інфекцій 3-4 рази на рік, або 2 рази на рік, але з ускладненнями, чи з затяжним резидуальним синдромом;

- синдром хронічної втоми (більше 6 місяців), або субфебрилітет неясного походження;

- наявність 2-3 хронічних захворювань з тривалим, рецидивуючим перебігом, одне з яких є інфекційним;

- лімфаденопатія в декількох ділянках, тривалий анемічний синдром;

- немотивоване зниження маси тіла нижче норми або ожиріння;

- бактеріальні інфекції шкіри та підшкірної клітковини (піодермії, фурункульози, абсцеси, флегмони, парапроктити тощо);

- рецидивуючий герпес різної локалізації;

- хронічні рецидивуючі захворювання ЛОР-органів та ротової порожнини, кандидамікози, інші грибкові ураження слизових оболонок та шкіри;

- дисбактеріоз кишечника, тривалий ентеральний синдром.

При підозрі на ВІД сімейний лікар зобов'язаний забезпечити виконання хворим загального аналізу крові та імунограми. В оцінці ВІД необхідно користуватись такими положеннями [4, 5, 8]:

1. Повноцінний клінічний аналіз імунодефіциту може бути проведений лише в комплексі з оцінкою клінічної картини захворювання, даних анамнезу пацієнта та загального аналізу крові й імунограми. Робити клінічний висновок на підставі аналізу показників імунограми не можна, тому що одні й ті ж зміни параметрів імунограми

можуть спостерігатися за принципово різних патологічних станів.

2. Реальну інформацію про зміни імунограми мають лише значні порушення показників імунограми (більше, ніж на 33 % від умовної норми).

3. Клінічна картина є визначальною в оцінці ВІД, а імунограма відіграє допоміжне значення. Відсутність змін в імунограмі та при наявній клініці ВІД вимагає поглибленого вивчення функції окремих ланок імунітету (II, III рівень).

4. Першочергове значення в оцінці імунограми має співвідношення параметрів імунограми, а не їх абсолютне значення.

5. Слід враховувати можливість змін показників імунограми у зв'язку з прийняттям їжі (особливо яйця, м'ясо), фізичними навантаженнями, стресом, часом доби.

6. Невідповідність показників імунограми при важкій клініці захворювання свідчить про несприятливий розвиток патологічного процесу.

Принагідно зазначимо, що імунна система ніколи не «стоїть осторонь» будь-яких патологічних хронічних процесів: вона завжди бере участь в них, однак при легких, рідше, помірних проявах хронічних захворювань з настанням ремісії самостійно відновлюється відносно нормальне функціонування імунної системи (спрацьовують саногенетичні механізми ауторегуляції), що дозволяє лікарям не застосовувати імуномодуляторних засобів. Тільки при торпідно перебігаючих, хоч і помірних, а також середньої важкості та важких захворюваннях слід пам'ятати про наявність в них тривожного вторинного імунодефіцитного стану, без належної корекції якого неможливо очікувати гарних загальних результатів лікування. Саме тому, що значна кількість лікарів недостатньо зорієнтована на діагностику ВІД і його корекцію, у пацієнтів часто спостерігаються рецидиви хвороб, затяжний, прогресуючий перебіг, ускладнення тощо. У всіх подібних випадках хворому доцільно призначити загальний аналіз крові, імунограму та консультацію імунолога.

У разі впевненості сімейного лікаря – лікаря загальної практики в належному рівні своїх знань з імунології, легкому чи помірному ступенях перебігу хронічних патологічних процесів з доказаним імунологічно ВІД він може здійснювати імунореабілітацію хворого за допомогою досить широкого арсеналу рослинних імуномодуляторів, приклади яких ми наводимо нижче.

При цьому важливо знати ряд клінічних по-

ложень [1, 5]: корекція імунологічних порушень можлива лише за умов належного лікування основної недуги чи і супутніх їй коморбідних захворювань, оскільки ВІД може бути результуючим станом сумарної дії наявних у пацієнта патологічних процесів. Це означає, що засоби імунореабілітації є лише складовою частиною комплексного лікування.

- Тривалість застосування імунорегулюючих засобів чи навіть кратність повторних, підтримуючих належний стан імунної системи курсів визначається не тільки особливостями основного захворювання чи сукупності хвороб – чинників ВІД, але і віком хворого, особливостями його харчування, способу життя (інтенсивні життєві ритми, шкідливі звички, недосипання, зловживання стимуляторами), а також пори року, маси тіла тощо. Доведено, що імунореабілітація у пацієнтів старших вікових груп (особливо після 60 років), зі зниженою чи надмірною масою тіла, у зимньо-весняний період має бути тривалішою як мінімум на одну третину з дотриманням добових доз імуномодуляторів [5, 8].

- Слід пам'ятати, що не існує стандартних курсів імунореабілітації: всі зазначені в інструктивних вказівках рекомендації до імунотропних препаратів зорієнтовані лише на усереднені терміни імунореабілітації пацієнтів зрілого віку. Побудова курсу імунореабілітації у конкретного хворого здійснюється лікарем згідно оцінки клінічного стану пацієнта, аналізів крові, імунограми, віку, особливостей професії та життєвого укладу, екологічної обстановки місця проживання [4, 5].

- Всі анемічні синдроми є несприятливим фоном для імунореабілітації: чим тяжча анемія, тим менше шансів на успішну імунореабілітацію. У таких випадках необхідне застосування ще й антианемічних препаратів [5, 8].

- Прискорення регресу проявів ВІД за допомогою імунотропних препаратів можна досягти за допомогою посиленого вживання фруктових соків (від 0,5 до 1,0 літра на добу) чи свіжих фруктів і овочів в об'ємі 300-700 г на добу (залежно від маси тіла), чим досягається зменшення в організмі проявів «оксидативного стресу» за рахунок хвороб, покращання метаболічних процесів та створення належних умов для пожвавлення розмноження популяції імунних клітин різного рівня, підвищення їх функціональної активності [1, 8].

- Необхідно оцінити **ступінь імунологічних порушень** у пацієнта. Хоча в цьому аспекті немає чітких узгоджених вказівок в різних книгах з імунології, найбільш вдалим, на наш погляд, є рекомендації А.В. Караулова і спів. [6], згідно яких відхилення імунологічних показників від умовної норми (кожна сучасна імунологічна лабораторія в аналізах наводить референтні значення умовної норми) до 15 % не беруться до уваги (можливий вплив різних життєвих факторів на такі зміни), відхилення від 16 до 33 % вважаються ознаками легкого ступеня ВІД: відхилення від 34 до 63 % – ознаками помірного ВІД. Аналіз слід здійснити за всіма показниками імунограми, визначити ключові з них, особливо клітинної ланки імунітету, співставити з клінічними даними і встановити загальну оцінку ступеня ВІД.

- Контроль ефективності імунореабілітації здійснюється згідно клінічного покращання та даних імунограми в динаміці. Слід зазначити, що імунна система відновлюється повільно: у пацієнтів молодого і зрілого віку належних результатів можна досягти на 17-21 день, старших вікових груп – 30-35 день. Однак, ефективність імунореабілітації, тривалість цього процесу більше залежить від причини (тобто захворювань), ступеня ВІД, віку хворого. У разі потреби – необхідні повторні курси імунореабілітації. Це залежить від початкового ступеня вираженості ВІД та можливостей належного лікування основного захворювання [6, 8].

Світовим загальновизнаним рослинним імуномодулятором вважається **ехінацея пурпурова**; слабкішими за неї є **ехінацея бліда** та **ехінацея вузьколиста**. За ці та інші свої властивості в кінці минулого століття її нагородили афоризмом «рослина, що зачарувала світ». Хоча вона походженням зі східної частини Північної Америки, ця рослина добре акліматизувалася в Україні; її вирощують нині майже у всіх регіонах нашої країни. В якості лікарської сировини можна застосовувати всю рослину, але найбільш цінними є квітки (суцвіття) та коріння [1, 10]. Головними складовими частинами ехінацеї є глікозиди, ехінокозид, батаїн, фітостерини, смоли, пальмітинова, циратинова, фенолкарбонова, цикорієві та інші кислоти, ефірна олія, сполуки калію, магнію, заліза, міді, цинку та алюмінію. Окрім виражених імуномодулюючих властивостей, препара-

там з ехінацеї притаманні стимулюючий вплив на ЦНС, антиоксидантні, репаративні, протизапальні, антидепресантні якості тощо. Індіанці Північної Америки використовували засоби з ехінацеї при лікуванні ран, опіків (примочки, компреси), будь-яких інфекційних захворювань. Слід зазначити, що навіть тривале застосування препаратів ехінацеї не призводить до пригнічення ЦНС чи безсоння, як це властиве іншим адаптогенам типу лимонника китайського, жень-шеню. Лікувальні властивості цієї рослини вивчаються поглиблено й дотепер [10].

Нині на фармацевтичному ринку України наявні більше як 20 препаратів з ехінацеї зарубіжного та вітчизняного виробництва, переважно у вигляді настоянок (1:10). Вітчизняні препарати мають звичайну назву «*Настоянка ехінацеї*», зарубіжні – різні («*Імунал*», «*Ехінацея-ратіо-фарм*» – у таблетках). У світі найбільш поширеним є застосування препаратів з ехінацеї при гострих і рецидивах хронічних захворювань дихальних шляхів, сечо-статевої системи, а також при ВІД будь-якого іншого походження [3].

У краплях настоянка ехінацеї чи подібні до неї інші препарати призначаються по 20-30 крапель тричі на день за 15-20 хв. до їжі впродовж не менше 2 тижнів (але не більше 8 тижнів). У ФРН при гострих респіраторних захворюваннях настоянка ехінацеї призначається на перший прийом – 50-80 крапель, потім 30-40 крапель тричі на день впродовж 2-3 днів і тільки з 4-го дня по 25-30 крапель тричі на день [10]. Згідно нашого досвіду такий підхід для цих випадків є досить ефективний. Більшу тривалість застосування може визначити лікар, виходячи з конкретного клінічного випадку та керуючись загальними правилами користування імунотропними препаратами, викладеними на початку цієї глави.

Елеутерокок колючий в зарубіжній фітофармації займає другу позицію після ехінацеї не тільки як адаптоген, але й імунотропний засіб. Проте слід відзначити в першу чергу його адаптогенні властивості: стимуляція ЦНС, підвищення розумової, фізичної активності, гостроти зору, стійкості до несприятливих умов, покращання обміну речовин, апетиту, йому властиві гонадотропна, гіпоглікемічна дії. У нього є своя «сфера застосування» у певного контингенту хворих з ВІД: синдром хронічної втоми, цукровий діабет, гіпотиреоз, НЦД з легким гіпертензивним синдромом [1, 10]. Хоча елеутерокок родом з Далекого Схо-

ду, він добре акліматизувався в Україні, його вирощують у ботанічних садах, спецгоспах та присадибних ділянках дбайливих аматорів.

Екстракти елеутерококу рідкі готують з кореневища і коренів на водно-спиртовому 40 % екстрагенті у співвідношенні 1:1. В аптечній мережі України є зазначений засіб в доступній кількості [3]. Застосовується по 25-30 крапель 3 рази на день за 20-30 хв. до їжі. Головні принципи визначення тривалості застосування такі ж, як і щодо ехінацеї.

Омела біла, препарати з неї займають третю позицію в імунотропній фітотерапії. Омела – рослина-паразит, що вегетує на гілках дерев (тополя, клен, береза, липа, дуб, в'яз, груша, яблуня тощо), закріплюючись на них присосками до кори. В якості сировини використовують листя з гілками. В ній є віскотоксин, α - і β -віскол, олеамолова, урсолова кислоти, віскальбін, флаваноїди, жирна олія, каротин, аскорбінова кислота, смоли, мінеральні солі тощо [10].

Галенові препарати омели проявляють гіпотензивні, протисклеротичні, седативні, антиоксидантні, імуномодулювальні, протипухлинні, сечогінні, в'язучі, кровоспинні та інші властивості. У німецькій фітофармації випускається більше як 10 монопрепаратів з омели (Іскадор, Геліксор, Іксидін, Віскорел, Авіскуп, Еуріксор, Лектінол тощо) [10]. У цієї групи препаратів також є своя «імунологічна ніша»: онкохворі на різних етапах розвитку пухлинного процесу, особливо при застосуванні хіміо- чи променевої терапії, в післяопераційному періоді, а також для покращання імунітету у людей літнього і старечого віку, особливо з наявністю передпухлинних станів. Враховуючи, що основний контингент онкохворих – це люди старших вікових груп, де є вже прояви гіпертензії, атеросклерозу, депресій, віковий «оксидативний стрес» та імунодепресія, кращого засобу як з омели для них важко віднайти.

На теренах ЄС препарати з омели є в таблетках, різних екстрактах у темних флаконах, ін'єкційні форми для важкохворих, в яких є нудота, блювота (особливо при променевої та хіміотерапії), а також при пізніх стадіях раку. Їх застосування значно покращує переносимість базисного курсу лікування, підвищує рівень захисних сил, в т.ч. імунітету, покращує якісні показники життя та тривалість ремісій онкохворих [10].

В Україні можна готувати відвар, або настій з листя омели (продається в аптечній мережі в пач-

ках): 15 г сировини на 200 мл окропу, настояти 7-8 годин, вживати по 1 с. л. тричі на день за 15-20 хв. до їжі. Можна готувати настоянку водно-спиртову (40 %) у співвідношенні 1:5. Після 10-14 денного настоювання вживають по 50 крапель тричі на день. Специфіка контингенту для застосування засобів з омели вказує на необхідність тривалого (1,5-2 місяці) застосування з повторними курсами призначення, тривалість інтервалів між ними визначатиме лікар згідно конкретного клінічного випадку.

Слід також зазначити, що при тривалому застосуванні препаратів можливі ознаки легкого отруєння: нудота, блювання, слабкість, головний біль. В таких випадках роблять перерву на 2-4 тижні і повторний курс проводять нижчими на 25-30 % разовими та добовими дозами [1, 5].

Нещодавно на фармацевтичному ринку України з'явився вітчизняний комбінований препарат **Імунотон** (Артеріум-Галичфарм) [3]. Випускається у вигляді сиропу по 100 і 200 мл, у склад якого входять екстракт елеутерококу 16,6 г, настоянка звіробою 8,3 г, настоянка ехінацеї з кореневища 8 г на 100 мл. Головний фармакологічний напрямок дії цього фітопрепарату – адаптогенний та імуномодулюючий. Має також стрес-протекторні, протизапальні, антиоксидантні, антидепресантні, антигіпоксичні, радіопротекторні властивості, підвищує розумову і фізичну активність.

Показання: астения і імунодефіцитний стан при ХОЗЛ, інших запальних хворобах, після імунодепресантної, променевої і поліхіміотерапії, інші будь-які виснажливі стани (в т.ч. після інтенсивної та тривалої антибіотикотерапії), з метою профілактики ГРВІ та грипу.

Застосовують дорослим та підліткам по 2-3 ч. л. сиропу 2 рази на день у першій половині дня після їжі впродовж 10-12 (ГРВІ) – 15-25 (інші патологічні процеси, а також у пацієнтів старших вікових груп) днів.

Протипоказання: Підвищена чутливість до препарату, колагенози, лейкози, аутоімунні захворювання, гострий період інфекційних та інших патологічних процесів.

Побічні ефекти: можливі зрідка алергічні реакції, безсоння, підвищення артеріального тиску, гіперглікемія. Обережно застосовувати при лікуванні хворих на бронхіальну астму, алергічний риніт, atopічні хвороби.

Фітовім (Unique Pharmaceuticals Lab.) застосовується в Україні більше 5 років [3]. Випускається

у капсулах, у складі яких містяться екстракти 14 рослин з субтропіків: *Withania somnifera*, *Embllica off.*, *Asparagus racemosus*, *Tinospora cordifolia*, *Tribulus terrestris*, *Picrorhisacurroa*, *Cyperus scariosus*, *Bacobamoniera*, *Terminalia chebula*, *Piperlongum*, *Miristica fragrans*.

Основні фармакологічні властивості: адаптогенні, імуностимулюючі, загальнозміцнювальні ефекти, покращання метаболізму в тканинах, особливо мозку, покращання пам'яті, розумової та фізичної активності.

Показання: астеничні синдроми будь-якого походження, імунодепресивні стани соматогенної природи, тривалі стреси, розумове, фізичне виснаження, погіршення пам'яті, зниження концентрації уваги, початкові стадії атеросклерозу, зниження апетиту, диспепсичні прояви, зниження маси тіла.

Призначають по 1 капсулі за 20-30 хв. до сніданку тільки підліткам та дорослим впродовж 10-17 днів. Лікування препаратом добре переноситься. Зрідка можливі алергічні реакції, індивідуальна непереносимість.

Оригінальне місце серед імуотропних засобів займає фітобіотик **«Умкалор»** – водно-спиртовий (12 %) екстракт із коренів **пеларгонії** (*Pelargonium reniforme*) [3]. Ця рослина походженням з Південної Америки, де племена, переважно зулуси, віками використовували її при численних хворобах, переважно інфекційних (майже як індіанці Північної Америки застосовували ехінацею). Європейські колоністи помітили шанобливе відношення африканських племен до цієї рослини (там вона називається умкалоабо), детальніше вивчили її лікувальні властивості і ось уже більше 30 років препарати з пеларгонії використовуються в Європі, в Україні – з 2001 року (із ФРН).

Основні активні чинники пеларгонії – фенольні сполуки: кумарини, фенолокислоти, флавоноїди. Кумарини проявляють антимікробну активність відносно грам-позитивних: *St. aureus*, *Str. pneumoniae*, β-гемолітичного стрептокока; та грам-негативних: *E. coli*, *klebsiela pneumoniae*, *proteus mirabilis*, *pseudomonasa urogenosa*, *hemofilus influenzae*. Окрім зазначеного, вони мають також імуномодулювальні властивості. Група флавоноїдів представлена флаванолами (катехін, галокатехін, афцелексин) та флавонолами (кверцетин, кемпферол). Для флавоноїдів характерна протиалергічна, протизапальна, антимікробна, про-

тивірусна та антиоксидантна дії. Протизапальна дія проявляється здатністю гальмувати утворення медіаторів запалення – лейкотриєнів і простагландинів, активувати властивості гранулоцитів, Т-, В-лімфоцитів та макрофагів. Важливо, що кемферол і кверцетин володіють протимікробною активністю навіть проти антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів [10].

Фенолокислоти пеларгонії зумовлюють виражену імуномодулюючу, протимікробну та антиоксидантну дії.

Показанням до застосування є гострі та загострення хронічних інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів і ЛОР-органів, ХОЗЛ, особливо які мають перебіг на фоні вторинного імунодефіциту.

Отже, фармакологічною «нішею» для застосування цього препарату є імунодефіцити інфекційного генезу чи інфекційні захворювання на фоні набутого імунодефіциту іншої природи.

Згідно нашого досвіду, Умкалор доцільно призначати при ХОЗЛ після першого курсу антибактеріальної терапії в якості продовження антибактеріально-імуномодулювальної терапії, властивої тільки цьому препарату з численних фітозасобів, що застосовуються при патології органів дихання.

Умкалор призначають дорослим і підліткам в стартовому режимі в перші 1-2 дні по 35-40 крапель тричі на день за 15-20 хв. до їди, а з третього дня - в зазначених в інструкції дозах: 20-30 крапель тричі на день впродовж від 10-12 (гострі інфекційні процеси) днів до 17-30 (хронічні рецидивуючі запальні процеси) днів на фоні вторинного імунодефіциту [1, 10].

Препарат досить добре переноситься, побічні ефекти не зафіксовано. Його можна використовувати для профілактики ускладнень, він не подразнює слизову оболонку ШКТ, йому не притаманні побічні дії, властиві антибіотикам: алергія, дисбактеріоз, токсичний вплив на печінку, нирки тощо.

Переступень білий (*Brionia alba*) – таблетки, які містять екстракт кореня бріонії (однодомна ліана) [1, 5]. В коренях рослини містяться глікозиди, кумарини, дубильні речовини, ефірна олія, смоли, стиролі, солі яблучної, янтарної кислот тощо. У народній медицині і гомеопатії використовується як болетамувальний кровоспинний, послаблювальний засіб. Наукою останніх років доведено, що кумарини переступня проявляють

протипухлинну активність, а ефірна олія – бактеріцидну [3]. Застосовується у формі таблеток, виготовлених з коріння бріонії, які виявляють біостимулюючу, адаптогенну, імуномодулюючу, тонізуючу, радіопротекторну дії.

Показання: астеничні стани, знижена резистентність до інфекційних хвороб, для підвищення розумової і фізичної активності, в якості радіопротектора для запобігання побічних дій при променевої терапії.

Вживають всередину через 30 хв. після їжі по 1 табл. 1-2 рази на добу впродовж 25-30 днів. За потреби можливе повторне застосування через 14-20 днів [3].

Протипоказання: вагітність, підвищена чутливість до препарату.

Інший оригінальний за своїми властивостями препарат вітчизняного виробництва – **Екстракт родіоли рідкий та настоянка золотого кореня**. Слід зазначити, що родіола рожева проростає в гірській місцевості і поширена від Тибету, Алтаю, Сибіру до Карпат, Альп, гір Північної Америки. За останні 50 років її лікувальні властивості посилено вивчаються у всьому світі, отримані дуже важливі результати, що свідчать про значну перспективу широкого її застосування в клінічній практиці [3, 7].

Згідно затверджених Державним експертним центром МОЗ України інструктивних вказівок до названих препаратів родіоли рожевої, вони визначені як адаптогенні (віднесені до групи тонізуючих препаратів, що підвищують опірність організму до несприятливих умов факторів довкілля, зменшуючи психічне напруження, підвищуючи фізичну і розумову працездатність, оптимізуючи енергетичні процеси).

Однак, згідно наукових досягнень світової і вітчизняної медицини встановлено, що препаратам родіоли рожевої притаманні численні й інші властивості: антиішемічні, антиаритмічні, інотропні, радіопротекторні, імунокоригуючі, протизапальні, репаративні, жовчогінні, сечогінні, антиоксидантні, слабка протипухлинна дія, регулюючий вплив на ЦНС, гіпоталамо-гіпофізарну, вегетативну нервову системи, здатність детоксикувати організм при отруєннях пестицидами, свинцем, іншими токсикантами, сприятлива дія на апоптоз і ангиогенез. Сумарно це можна оцінити як системно-регуляторний, органотропний, загальнометаболічний впливи оптимізуючого характеру [7, 10].

Останнім часом з'явилися вагомі докази гормоноподібної дії препаратів родіоли рожевої на наднирники, щитоподібну, статеві залози, інсулярний апарат (постулюється пряма інсулінотропна та опосередкована через ЦНС гіпоглікемізуюча дія), посилення процесів ліполізу [7].

Згідно наведеного, *родіола рожева – це унікальна лікарська рослина, препарати з якої мають більш ніж адаптогенні властивості, проявляють різнопланову метаболічну, органотропну, системно-регуляторну дію, тобто багатогранна ад'ювантна терапія в лікувальному комплексі хворих з коморбідним фоном, вторинним імунodefіцитом, для старших вікових груп, проживаючих в зонах екологічного неблагополуччя* [7].

Можливо тому з 2000 року у світі підвищився інтерес до цієї рослини, випускаються численні ліки та БАДи, до складу яких входить родіола рожева. Тільки в Росії більше як 50 фармацевтичних фірм випускають 14 назв препаратів та БАДи, а в Україні – лише 2.

В Україні екстракт **родіоли рожевої** випускається у темних флаконах по 30 мл [3]. Призначають внутрішньо за 15-30 хв. до їжі у першій половині дня по 5-10 крапель двічі на день в 50-70 мл теплої води. Курс лікування залежно від клінічної ситуації становить 10-25 днів, а у психіатричній практиці разову дозу поступово збільшують від 10 до 40 крапель два рази на день та тривалість курсу до 1-2 місяців.

Особливості застосування: не призначають у другій половині дня (погіршує сон, зберігається вночі бадьорість денного періоду).

Побічні ефекти. При передозуванні чи тривалому застосуванні можливе безсоння, роздратованість, головний біль, підвищення артеріального тиску у людей, схильних до гіпертензії.

Протипоказання: гіпертонічний криз, виражена гіпертензія, гарячкові стани, психомоторне збудження.

Особливу групу вторинних імунodefіцитів складають хворі з різними хронічними інфекціями в різних органах (вірусні, хламідійні, ТОРЧ-інфекції, дисбактеріоз кишечника, helicobacter rułogi тощо), ревматоїдним, реактивним артритом, в яких інфекційно-імунodeпресивна залежність стійка, важко піддається лікуванню. Для цього контингенту хворих в якості ефективних засобів не тільки імунореабілітації, але й дії на інші патогенетичні ланки хвороб корисні

препарати лікарських рослин **котячого кігтя** та **Пау д'Арко** [1, 5]. Чинники цієї рослини виявляють досить сильну протизапальну, протинабрякову, імуномодулюючу, антиоксидантну дію, посилюють процеси фагоцитозу, знижують рівень тумор-некротичного фактора крові, виявляють антивірусні та протипухлинні властивості [10].

У цьому аспекті слід навести приклад комбінованого комплексу (БАД), що зареєстрований в РФ під назвою «**Уна де Гато**» (компанія «Natures Sunshine Products»), до складу якого входять екстракти рослин: **котячого кігтя, ехінацеї пурпурової та астрагалу шерстистого**. Випускається в капсулах по 100 шт. у флаконі. Засіб посилює захисні функції організму, особливо імунну систему, а також має антибактеріальні, протизапальні, протівірусні, протигрибкові властивості.

Оскільки властивості ехінацеї та котячого кігтя висвітлені вище, наведемо інформацію про лікувальні властивості астрагалу. Його здавна у Китаї застосовували для лікування цукрового діабету, серцевих хвороб, при артеріальній гіпертензії. Засоби з астрагалу ефективні для стимуляції імунної системи, наднирників, корисні при частих застудах, стані втоми, ранах, які не загоюються. Астрагал посилює вироблення інтерферону, сприяючи зростанню опірності організму до вірусних інфекцій, онковірусів, попереджуючи розвиток пухлинних процесів. Окрім зазначеного, астрагал розширює кровоносні судини, посилює скорочення міокарда, має сечогінну дію [10].

Застосовують **Уна де Гато** як добавку до їжі по 1 капсулі на день під час їжі впродовж 12-15 днів.

Протипоказаннями до застосування є індивідуальна непереносимість продукту, вагітність, період лактації, колагенози, туберкульоз, розсіяний склероз, прогресуючі системні захворювання.

Із зазначених лікарських рослин в аптечній мережі України можна купити продукцію провідного підприємства нашої держави ЗАТ «Ліктрави», яке випускає більше 110 найменувань моно- та полікомпонентних зборів лікарських рослин для корекції вторинних імунodefіцитних станів. Для прикладу наведемо декілька найменувань: «Елеутерокок-кореневище і корені», «Ехінацеї-кореневища і корені», «Фіточай з ехінацеєю», «Ентеросан», «Імуносан», «Ангіотуморсан», «Туморосан» [3].

Як видно з викладеного матеріалу, арсенал імуномодулюючих рослин за механізмом дії неоднорідний. Найбільш чіткі імуномодулюючі властивості має лише ехінацея, хоча препаратам з неї певною мірою властива протизапальна, антиоксидантна, репаративна, антибактеріальна, антивірусна та антимікотична дія. Серед рослин-імуномодуляторів є *друга група* – з домінуючими антимікробними, протизапальними властивостями і лише на другому плані в них проявляються імуномодулюючі ефекти (умкалор, котячий кіготь, Пау д'Арко, Уна де Гато). *Третю групу* складають адаптогени-імуномодулятори, в яких, знову ж, імуномодулюючі властивості на другому місці (елеутерокок, родіола рожева, астрагал).

Особливе місце належить пилку бджолиному та перзі, прополісу, маточному молочку, екстрактам бджолиного підмору та личинок воскової моли: це переважно метаболітотропні та системно-регуляторні біологічно активні харчові добавки, в яких імуномодулюючі властивості проявляються як наслідок покращання метаболічних, регуляторних процесів, функції основних органів і систем, в т.ч. імунної [2].

Натепер є поодинокі багатокомпонентні препарати імуномодулюючого плану (імунотон, Уна де Гато, есберітокс, ехінацея-комполітум), які є кращими, ніж монопрепарати [3]. Є перспектива збільшення в недалекому майбутньому арсеналу подібних ліків.

Такий спектр рослинних імуномодуляторів дозволяє лікарю загальної практики, краще з допомогою імунолога, диференційовано підходити до вибору рослинного імуномодулятора у кожному окремому клінічному випадку.

Здійснювати ефективну програму імунореабілітації можна лише за належного уточнення причини (найчастіше – причин) вторинного імунодефіциту. Саме тому на початку статті ми висвітлили класифікацію ВІД за **походженням**. Іншим важливим положенням, що забезпечує успіх імунореабілітації, є уточнення лікарем **ступеня вираженості імунодефіциту** [4, 5, 6, 8]. Це буде визначати орієнтовну тривалість імунореабілітації, вибір імуномодулятора із вищезазначених груп, а можливо й послідовності застосування декількох імуномодуляторів з різних груп. Лікар загальної практики – сімейної медицини повинен знати, що в його компетенції є можливість здійснювати імунореабілітацію лише легкого та помірного ступенів імунодефіциту. Важкі ступені ВІД

повинен лікувати лише лікар-імунолог у складі команди інших лікарів, які займаються лікуванням основного захворювання – причини ВІД. У цих випадках використовують на першому етапі ін'єкційні форми імуномодуляторів типу ербісолу чи препаратів тімуса і лише на заключному етапі – фітоімуномодулятори [6, 8].

При виборі фітоімуномодулятора слід враховувати наявність та особливості супутніх захворювань, особливо якщо має місце високий рівень поліморбідності. У цих випадках слід проявити обережність у застосуванні адаптогенів-імуномодуляторів та віддати перевагу метаболітотропним імуномодуляторам. У ситуаціях із запальними джерелами ВІД чи схильності до пухлинної трансформації процесів, перевагу слід надавати імуномодуляторам типу умкалор, омела, кошачий кіготь, Уна де Гато, Пау д'Арко тощо, які мають і антибластомні властивості.

Слід також враховувати ряд положень [4, 6, 8]:

1. У гострому періоді захворювання вираженість імунотропного ефекту вища, ніж у ремісії.

2. При багаторазовому введенні імуномодуляторів (особливо ін'єкційних) спектр їх дії зберігається, а вираженість ефекту зростає.

3. Імуномодулятори не впливають на незмінні показники імунограми. Усунення дефіциту імунного дефекту в одній ланці імунітету призводить до ліквідації його в другій ланці (провідна точка прикладення імунотропних засобів – Т-ланка).

4. Препарати діють лише при призначенні їх в оптимальних дозах.

Слід пам'ятати, що здійснення імунореабілітації хворих із ВІД – тонка справа. Тут не завжди можна добитися належних результатів та стійкості ремісії, оскільки є багато ендегенних та екзогенних, в т.ч. соціальних, екологічних факторів, вікових періодів життя людини, які визначають особливості та стійкість ВІД. Тому повторне застосування підтримуючих курсів рослинних імуномодуляторів при хронічних захворюваннях, особливо в період фізіологічного сезонного спаду захисних сил організму, часто є дуже доцільним.

Важливо зазначити, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) в одному зі своїх документів особливої ваги «Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я в галузі народної медицини на 2013-2024 рр» [9] зробила акцент на застосуванні рослинних лікарських засобів у сучасних стратегіях лікування складних хворих, як

додаткової складової підвищення ефективності та здешевлення лікувального процесу.

Висновки

Вторинні імунodefіцитні стани – клінічно і прогностично значущий «патогенетичний додаток» до широкого спектру захворювань різних органів і систем, частота і вираженість яких зростатимуть за прогресуючого погіршення довкілля і сучасного способу життя людей. З прогресуванням ВІД ускладнюється його патогенез, дослідження і розуміння яко-

го обґрунтовують різні програми лікувально-профілактичних заходів. Рослинні імунотулятори, які мають різноспрямовані механізми дії, є одними із найважливіших чинників корекції ВІД легкого та середнього ступеня важкості.

Опанування основ діагностики, лікування і вторинної профілактики вторинних імунodefіцитних станів лікарями загальної практики – сімейної медицини є важливою складовою частиною їх діяльності в сучасних умовах.

Література

1. О.І. Волошин, В.Л. Васюк, Н.М. Малкович, Б.П. Сенюк. Основи фітотерапії та гомеопатії – Видання друге – Чернівці: «Місто», 2017. 607 с.
2. Волошин О.І., Бойчук Т.М., Волошина Л.О. Бджільництво на службі здоров'я людини. – Чернівці, – «Родовід», 2020. 175 с.
3. Державний реєстр лікарських засобів України [електронний ресурс]. – інф. фонд 2018 р. 80 с. Режим доступу до ресурсу: www.drlz.kiev.ua.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. М.: МИА, 2003. 603 с.
5. Клиническая иммунология и аллергология: учебное пособие для врачей / Под ред. А.В. Караулова / – М.: МИА, 2002. 656 с.
6. Лесиовская Е.Е., Пастушенков Л.В. Фармакотерапия с основами фитотерапии, – ГЭОТАР-МЕД, 2003. С. 349-364.
7. Мецишен І.Ф., Волошин О.І., Давидова Н.В., Окіпняк І.В. Родіола розжева в клінічній і експериментальній медицині – Чернівці, «Місто», 2006. 167 с.

8. Никулин Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса. – ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. 375 с.
9. Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я в галузі нетрадиційної медицини на 2014-2023 рр. – Женева, Гонконг 2013; 75 с.
10. Bäuml S. Heilpflanzen: Praxis Heute – München, 2018. 1308 s.
11. Bonagura V. R., Rosenthal D. W. c Infections that cause secondary immune deficiency Stiehm's Immune Deficiencies. 2020:1035–1058. Published online 2020 May 29. doi: 10.1016/B978-0-12-816768-7.00049-1.
12. Chinen J., Shearer W.T. Secondary immunodeficiencies, including HIV infection J Allergy Clin Immunol 2018 Sep 24.

Надійшла до редакції 15 січня 2021 р.

Прийнято до друку 29 січня 2021 р.

УДК: 616-097-036.1-085.322:614.253.1

DOI:10.33617/2522-9680-2021-1-6

О.І. Волошин, Л.О. Волошина, Б.П. Сенюк,
І.В. Присяжнюк, І.О. Буздуган

ВТОРИННІ ІМУНОДЕФІЦИТНІ СТАНИ В ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ ЗАСОБИ ЇХ КОРЕКЦІЇ (ЛЕКЦІЯ)

Ключові слова: вторинні імунodefіцитні стани, діагностика, лікування, фітоімуномодулятори.

Актуальність. Вторинні імунodefіцитні стани (ВІД) – досить поширене явище в клініці внутрішніх хвороб як «додаток» до численних захворювань, що не має чітких клінічних ознак, тому не часто діагностуються лікарями первинної ланки медичної допомоги. Однак, несвоєчасне виявлення та корекція ВІД суттєво погіршує загальні результати лікування та сприяє рецидивам основної недуги. Існує перспектива подальшого зростання поширеності ВІД, успішність корекції яких залежить від розуміння лікарями їх клініко-патогенетичних особливостей і знань стратегії та тактики лікування, в тому числі з використанням фітотерапевтичних засобів.

Мета – висвітлити сучасні підходи до діагностики та лікування ВІД із застосуванням фітотерапевтичних засобів.

Матеріали і методи. Використані матеріали ключових вітчизняних і зарубіжних друкованих джерел інформації із використанням методів порівняння, аналізу та узагальнення.

Результати. Проаналізовано відомості щодо класифікації, діагностики, стратегії і тактики лікування і профілактики ВІД залежно від ступеня їх вираженості із застосуванням різних фітотерапевтичних засобів, критерії ефективності лікування, вікові й соматичні аспекти реабілітації на амбулаторному етапі. Зазначено вагомість своєчасної діагностики ВІД та застосування фітотерапевтичних засобів в контексті «Стратегії ВООЗ в галузі народної медицини на 2014-2023 рр» як новітнього і найбільш ефективного підходу в лікуванні складних патологічних явищ.

Висновки. З прогресуванням ВІД ускладнюється його патогенез, дослідження і розуміння якого обґрунтовують різні програми лікувально-профілактичних заходів. Рослинні імунотулятори, які мають різнонаправлені механізми дії, є одними із найважливіших чинників корекції ВІД легкого і середнього ступеня.

А.И. Волошин., Л.А. Волошина, Б.П. Сенюк,
И.В. Присяжнюк, И.А. Буздуган

ВТОРИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ - СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И ФИТОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ИХ КОРРЕКЦИИ (ЛЕКЦИЯ)

Ключевые слова: вторичные иммунодефицитные состояния, диагностика, лечение, фитоиммунотуляторы.

Актуальность. Вторичные иммунодефицитные состояния (ВИС) – достаточно распространенное явление в клинике внутренних болезней как «приложение» к многочисленным заболеваниям, не имеет четких клинических признаков, поэтому редко диагностируются врачами первичного звена медицинской помощи. Однако несвоевременное выявление и коррекция ВИС существенно ухудшает общие результаты лечения и способствует рецидивам основного заболевания. Существует перспектива дальнейшего роста распространенности ВИС, успешность коррекции которых зависит от понимания врачами их клинко-патогенетических особенностей и знаний стратегии и тактики лечения, в том числе с использованием фитотерапевтических средств.

Цель – обратить внимание на современные подходы к диагностике и лечению ВИС с применением фитотерапевтических средств.

Материалы и методы. Использованы материалы ключевых отечественных и зарубежных печатных источников информации с использованием методов сравнения, анализа и обобщения.

Результаты. Проанализированы сведения о классификации, диагностике, стратегии и тактики лечения и профилактики ВИС в зависимости от степени их выраженности с применением различных фитотерапевтических средств, критерии эффективности лечения, возрастные и соматические аспекты реабилитации на амбулаторном этапе. Указана значимость своевременной диагностики ВИС и применения фитотерапевтических средств в контексте «Стратегии ВОЗ в области народной медицины на 2014-2023 гг.», как нового и наиболее эффективного подхода в лечении сложных патологических явлений.

Выводы. С прогрессированием ВИС осложняется его патогенез, исследования и понимание которого обосновывают различные программы лечебно-профилактических мероприятий. Растительные иммуномодуляторы, имеющие разнонаправленные механизмы действия, являются одними из важнейших факторов коррекции ВИС легкой и средней степени.

O. Voloshyn, L. Voloshyna, B. Senyuk,
I. Prisyazhnyuk, I. Buzdugan

SECONDARY IMMUNODEFICIENCY STATES IN THE ACTIVITY OF A GENERAL PRACTITIONER – FAMILY MEDICINE AND PHYTOTHERAPEUTICWAYS OF THEIR CORRECTION (LECTURE)

Keywords: secondary immunodeficiency states, diagnosis, treatment, phytoimmunomodulators.

Topicality. Secondary immunodeficiency states (SIS) is a fairly common phenomenon in the clinic of internal medicine as an “addition” for many diseases, which has no clear clinical signs, so it is not often diagnosed by primary care physicians. However, untimely detection and correction of SI significantly worsens the overall results of treatment and contributes to recurrence of the underlying disease. There is a prospect of further increase in the prevalence of SI, the success of correction of underlying disease due to doctors’ understanding of their clinical and pathogenetic features and knowledge of treatment strategies and tactics, including the use of phytotherapeutic agents.

The aim is to highlight modern approaches to the diagnosis and treatment of SI with the use of phytotherapeutic agents.

Materials and methods. Materials of the main domestic and foreign printed sources of information using methods of comparison, analysis and generalization are used.

Results. Information on the classification, diagnosis, strategy and tactics of treatment and prevention of SIS depending on their severity with the use of various phytotherapeutic agents, criteria for treatment effectiveness, age and somatic aspects of rehabilitation at the outpatient stage are analyzed.

The importance of timely diagnosis of secondary immunodeficiency and the use of phytotherapeutic agents in the context of the “WHO Strategy in the field of folk medicine for 2014-2023” as the latest and most effective approach in the treatment of complex pathological phenomena.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Внесок авторів:

О. І. Волошин, ^{1, 2, 3}

Л. О. Волошина, ^{4, 6}

Б. П. Сенюк, ^{5, 6}

І. В. Присяжнюк, ⁵

І. О. Буздуган, ^{5, 7}

¹ ідея,

² дизайн дослідження,

³ корекція статті,

⁴ набір клінічного матеріалу,

⁵ збір і аналіз літератури,

⁶ участь в написанні статті,

⁷ анотації, висновки, резюме.

Електронна адреса для листування з авторами:

voloska03@ukr.net (Л. О. Волошина).

