

пульсовой волны с помощью биологической обратной связи у пациентов с пограничной артериальной гипертензией и у здоровых субъектов // *Терапевтический архив*. - 1990. - № 9. - С. 74-77.

4. Сохадзе Е.М., Шульман Е.И., Штарк М.Б. Психофизиологические исследования методом биологической обратной связи по времени распространения пульсовой волны. // *Биоуправление: Теория и практика*. - Новосибирск: Наука, 1988. - С.97-107.

5. Целуйко В.М., Павлова Т.Л. Эмоциональные нарушения; диагностика и коррекция (методические рекомендации): Волгоград, 2002. - 110 с.

6. Черниговская Н.В., Ващилло Е.Г., Петраш В.В. и др. Произвольная регуляция ЧСС как метод коррекции функционального состояния больных неврозом // *Физиология человека*. - 1990. - № 2. - С. 58-64.

7. Hunyor S.N., Henderson R.J., Lal S.K. et al. Placebo-controlled biofeedback blood pressure effect in hypertensive humans // *Hypertension* 1997 Vol. 29, Issue 6. - P. 1225-1231.

8. Lehrer P.M., Vaschillo E., Vaschillo B. Resonant frequency biofeedback training to increase cardiac variability: rationale and manual for training // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. - 2000. - №3. - P. 177-191.

9. Lubar J.F. Neocortical dynamics: implications for understanding the role of neurofeedback and related techniques for the enhancement of attention // *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. - 1997. - № 2. - P. 111-126.

10. Mauskop A. Alternative therapies in headache. Is There a Role? // *Med. Clin. North. Am.* - 2001. - № 4. - P. 1077-1084.

11. McClintock P.V., Stefanovska A. Interactions and synchronization in the cardiovascular system // *Physica*. - 2002. - A 314. - P. 69-76.

12. Tokarev V.E. "The Use of REG Biofeedback in Occupational Medicine" // 26th Annual Meeting of Association of Applied Psychophysiology and Biofeedback (USA). - Cincinnati, 1995. - P. 139-140.

13. Vaschillo E, Lehrer P, Rishe N. et al. Heart rate variability biofeedback as a method for assessing baroreflex function: a preliminary study of resonance in the cardiovascular system // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback*. - 2002. - № 1. - P. 1-27.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Информационные технологии и компьютерные системы для медицины», 15-20 марта 2006г. Поступила в редакцию 08.12.2006г.

Исследование уровня тревожности у женщин репродуктивного возраста с патологией молочных желёз

Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Сухарев А.Е.
Кафедра психологии Астраханского государственного университета,
Городской клинической роддом
Астраханское региональное общественное учреждение гуманитарных проблем (АРОУГП)
«ГРАНТ»

С целью изучения личностной (ЛТ) и ситуационной (СТ) тревожности у женщин репродуктивного возраста (ЖРВ) с патологией молочных желёз (200 человек) был применён опросник Спилбергера. Установлено, что у женщин, имеющих патологию молочных желёз, в большинстве случаев выявляется средний уровень (2,0- 2,9 балла) личностной (168 человек – 84,0%) и ситуационной тревожности (160 человек -80,0%). Разница между встречаемостью среднего уровня СТ и ЛТ практически отсутствует. Высокий уровень (3,0-3,4 балла) ЛТ и СТ выявлен соответственно у 15 (7,5%) и 28 (14,0%) человек; у 4 (2,0%) женщин (из 3 и 4 групп) был определён очень высокий уровень (3,5-4,0 балла) ЛТ, но без соответствующего повышения уровня СТ, что, вероятно, может быть объяснено приобретённым жизненным опытом. Низкий уровень (1,5-1,9) ЛТ и СТ встретился соответственно у 13 (6,5%) и 12 (6,0%) женщин. При этом низкий уровень СТ был определён только у женщин, составляющих 1 возрастную группу (от 14 до 23 лет), что может быть объяснено особенностью нервно-психической сферы в этом возрасте.

Общее число женщин, имеющих средний, высокий и очень высокий уровень ЛТ, составило 187 (93,5%), а имеющих средний и высокий уровень СТ – 188 (94,0%) человек, то есть существенной разницы между уровнем ЛТ и СТ нами не выявлено. Однако, если сравнивать только показатели, имеющие значения выше среднего, то разница становится более очевидной. Так, только 15 (7,5%) женщин имели высокий уровень ЛТ, а повышение уровня СТ отмечено у 28 (14,0%).

Таким образом, полученные нами данные совпадают с мнением других авторов о том, что личностная и ситуационная тревожности ЖРВ с патологией молочных желёз скорее зависят от темперамента, характера (конституциональных) и приобретённых (в частности, эмоциональная инертность, негибкость) особенностей нервно-психической системы, чем от самого заболевания. Результаты исследования учитывались при назначении лечения.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Практикующий врач», 9-16 сентября 2006, г.Римини (Италия) Поступила в редакцию 09.11.2006г.

Новые подходы к проведению иммуннокорректирующей терапии при септических состояниях

Каменев В.Ф., Оболонкова Н.И., Масленников А.А.
Белгородский государственный университет,
г. Белгород, Россия

Разработка новых лечебных подходов, способных повысить эффективность лечения нагноительных и септических заболеваний является одной из актуальных проблем современной медицины. Учитывая, что в основе этих заболеваний лежат нарушения в системе иммунитета, обусловленные персистенцией бактерий, вирусов, простейших и других инфекционных агентов, можно ожидать, что при восстановлении её функциональной полноценности

ности заболевание подвергнется регрессии. Поэтому в настоящее время активно создаются и синтезируются лекарственные препараты способные оказывать воздействия на различные звенья иммунитета. Однако, их применение в клинической практике, не обеспечивает существенного «прорыва» в восстановлении саногенетической направленности со стороны иммунной системы у этой категории больных. Почему? С нашей точки зрения это связано с тем, что при проведении иммунотерапии нарушается принцип - «низшее подчинено высшему».

На сегодняшний день иммунологи придерживаются тезиса, что иммунная система функционирует по принципу сообщающихся весов, в которых груз находящийся на одной чаше, приводит в действие всю систему. Т.е. независимо от того на какое звено иммунитета будет направлено модулирующее действие иммунокорректора, в конечном итоге, изменится функциональная активность всей иммунной системы (Петров Р.В, Хаитов Р.М.). Мы считаем, что этот тезис соответствует истине лишь у здоровых людей. При болезнях вследствие нарушения кооперации взаимосвязь различных звеньев иммунитета нарушается, поэтому воздействуя на одно звено иммунитета не всегда мы наблюдаем восстановление саногенетической направленности со стороны других. Мы рассматриваем иммунитет, как иерархичную систему, где высшему звену подчиняется низшее, то есть Т-звено иммунитета при нормальном функционировании способно нормализовать другие звенья, в том числе и макрофагальную, но не наоборот. Эта концепция находит своё подтверждение при анализе показателей состояния иммунной системы у больных с септическим состоянием. Как правило эти состояния не возникают на здоровой основе, им предшествуют заболевания, при которых иммунная система теряет свой «контроль над ситуацией в организме». В первую очередь, по-видимому, страдает Т-система иммунитета, а другие звенья иммунной системы начинают функционировать в автономном режиме, то есть в данной системе нарушается иерархичность. Причём, в этих ситуациях, функциональная направленность клеток моноцитарно-макрофагального звена иммунитета не всегда носит саногенетический характер, в некоторых случаях они способны усиливать деструктивные процессы в организме. Этим можно объяснить неэффективность иммунокорректирующей терапии при септических состояниях, когда воздействуют сразу на моноцитарно-макрофагальное звено иммунитета, забывая, что в данной ситуации оно функционально детерминировано и направлено на ликвидацию большого количества антигенного материала в организме и «забывает» об инфекционных агентах, которые им этот материал поставляют. Поэтому мы предлагаем осуществлять иммунотерапию при септических состояниях ступенчато. Вначале восстанавливать Т-систему иммунитета и только после этого воздействовать на моноцитарно-макрофагальное звено иммунитета. Для восстановления Т-клеточного звена иммунитета мы в своей практике применяем тимомиметики. Как правило эти препараты у данной категории больных используются в больших дозах, так как доказано наличие в

организме веществ, способных ингибировать гормоны тимуса. И только через 3-6 дней, в зависимости от клинической ситуации у больного, начинаем стимулировать моноцитарно-макрофагальную систему. Применяв такой принцип иммуннокоррекции нам удалось повысить эффективность лечения при абсцедирующих пневмониях и других септических состояниях.

Работа представлена на заочную электронную конференцию «Клинико-эпидемиологические проблемы ревматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, нефрологии, неврологии и инфектологии», 15-20 июня, 2006 г. Поступила в редакцию 26.10.2006г.

Влияние иммуннокоррекции на эффективность химиотерапии при лечении менингитов туберкулезной этиологии

Каменев В.Ф., Масленников А.А.

*Белгородский государственный университет,
г. Белгород, Россия*

Туберкулезный менингит сегодня является одним из наиболее труднодиагностируемых заболеваний. Своевременное выявление его наблюдается лишь у 25-30% больных. И в этой связи этиотропная противотуберкулезная терапия почти всегда начинается с опозданием.

Интересным и целесообразным представляется проведение иммуннокоррекции. Существуют множество методик использования иммуномодуляторов. Однако в литературе не описано применения индукторов эндогенных интерферонов, в частности Неовира при менингитах туберкулезной этиологии.

С целью изучения данной методики в течение 1,5 лет был произведен анализ девяти случаев туберкулезного менингита. В пяти из них этиотропное и патогенетическое лечение было дополнено проведением курса иммуннокоррекции. Все больные были сопоставимы по клиническим формам и тяжести течения туберкулезного процесса.

Суть метода заключается в следующем: больным туберкулезных менингитом сразу при поступлении в стационар, наряду с противотуберкулезными препаратами назначался индуктор эндогенных интерферонов - Неовир в дозе 500 мг. внутримышечно, с интервалом между введением - 48 часов. Курс лечения составлял 10 инъекций.

В результате у больных, которым была проведена иммуннокорректирующая терапия нормализация показателей ликвора, в частности цитоза, уровня белка и сахара, происходила в течение 4-5 недель, тогда как у лиц где Неовир не использовался эти показатели нормализовались только через 9-14 недель. Спинномозговая пункция проводилась в процессе лечения четыре раза.

У лиц, которым вводился Неовир, средний койко-день, в стационаре равен 147,5, тогда как у лиц без иммуннокоррекции он равен 274,2.

Анализируя данные результаты, можно сказать, что присоединение иммуннокорректирующей терапии к этиотропному и патогенетическому видам лечения в значительной степени позволяет сокра-