

Случаев со средним уровнем нейротизма в ходе исследования отмечено не было.

В процессе лечения зарегистрировано снижение уровней нейротизма и ситуативной тревожности на 30%.

Претерпела существенную динамику и клиническая картина язвенной болезни в процессе комбинированного биоуправляемого воздействия при помощи ММ-терапии и цветостимуляции. Так, в течение первых 2 – 3 дней от начала лечения зафиксировано полное купирование болевого и диспепсического синдромов.

У 90% в конце десятидневного срока отмечено рубцевание язвенного дефекта. Отмечены эпизоды рубцевания язв желудка за период 16 дней (вместо 40 – 45 дней).

Выводы

1. Разработаны детерминированные модели биоуправляемой цветостимуляции белым светом, отражающие информационную структуру нейродинамических процессов мозга и соответствующие паттернам релаксации ЭЭГ.

2. Сформированы детерминированные модели принудительной синхронизации дыхания с частотой 0,1 Гц, направленные на реабилитационную составляющую комбинированного лечения язвенной болезни.

3. Использование для комбинированного воздействия биотехнической системы миллиметровой терапии с широкополосным характером излучения обеспечивает достоверное снижение степени тяжести язвенной болезни и рубцевание дефекта слизистой у 90% пациентов.

4. Психологическое тестирование по Айзенку и Спилбергеру подтверждает адекватность выбранных моделей функциональному состоянию пациентов после воздействия при помощи биоуправляемой цветостимуляции.

5. Достижение целевой функции в виде рубцевания язвенного дефекта следует рассматривать, как успешность лечения, а трансформацию нейродинамической активности мозга с модификацией функционального состояния пациента необходимо рассматривать, как эффективность проводимого лечения.

УСИЛЕНИЕ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФАГОЦИТОВ ПРИ МАГНИТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Спиридонова М.С., Лесовская М.И.,

Цыганова О.Б.

*Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева
Красноярск, Россия*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) ежегодно «молодеет», если 10 лет тому назад, это заболевание встречалось в большинстве случаев среди пациентов в возрасте от 50 лет, то в на-

стоящее время, это заболевание фиксируется у людей в 35-летнем возрасте. Это может быть обусловлено воздействием негативных факторов среды, которые способны как подавлять, так и чрезмерно усиливать свободнорадикальную агрессию фагоцитирующих клеток крови человека.

Одним из первичных звеньев поражения сердца является усиление свободнорадикального окисления (СРО) липидов кардиомицитов, которое коррелирует со степенью их поражения, а также с уровнем продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и биоантиоксидантов в клетках и плазме крови (Абрамова Ж.И., Владимиров Ю.А.). Поэтому редокс-баланс биологических сред при ишемии имеет большое значение для диагностики и адекватной коррекции с использованием как медикаментозных, так и немедикаментозных средств. К числу последних относится общая магнитотерапия (ОМТ).

Изучены образцы периферической крови у 82 пациентов Краевой клинической больницы обоего пола (56 – мужчин, 26 – женщин, 43 – 66 лет) с ИБС в течение курса ОМТ. Лечение проводили с использованием аппарата общего воздействия «Магнитотурботрон-2» (Сибцветметавтоматика, Красноярск). Частота МП составляла 100 Гц, плотность магнитного потока 1 мТл. Курс терапии включал 10 ежедневных 20 минутных процедур. Количество лейкоцитов и профагоцитирующих клеток в пробах периферической капиллярной крови (100 мкл) подсчитывали в камере Горяева. Функциональную активность фагоцитов *in vitro* осуществляли методом хемилюминесцентного анализа (ХЛА) цельной крови на РС-управляемом 36-канальном хемилюминометре «СЛ-3604».

Судя по полученным данным, низкочастотное общее магнитное воздействие не провоцирует лейкоцитоз и не подавляет фагоцитарную функцию. При этом уровень функциональной активности лейкоцитов значительно изменялся. Так, удельная активность фагоцитов значительно превышала норму у 61% случаев еще до начала ОМТ, и она монотонно нарастала в ходе магнитотерапии. В результате в выборке снизилась численность пациентов с нормореактивным уровнем функционального ответа фагоцитов, которая возросла до 86% с гипер- и свержиперреактивным уровнем. После лечения она была в 3-4 раза выше нормы не только для стимулированной, но и для базальной ХЛ-реакции.

На всех этапах ОМТ был обнаружен аномально высокий уровень не только индуцированного, но и базального ХЛ-ответа фагоцитов. Такой тип ХЛ-ответа соответствует неэффективному фагоцитозу, при котором АФК генерируются не внутри фагосомы, а вне клетки, а это связано с риском перекисного повреждения окружающих тканей при неправильном подборе дозы общей магнитотерапии. Это способно повысить риск эндогенной свободнорадикальной агрессии и

разрушения мембран окружающих клеток как метаболической основы вторичных патологий. Таким образом, доза магнитной индукции 1 мТл оправдана только для формирования локальной стресс-реакции при магнитотерапии, что не является универсальной стратегией столь опасных сердечно-сосудистых заболеваний, как ИБС.

Судя по гиперреактивному базальному ХЛ-ответу фагоцитов, антиоксидантные механизмы, обеспечивающие элиминацию избыточного количества свободных радикалов, оказываются подавлены или истощены. Недостаточность антиоксидантных систем может быть вызвана патологическими изменениями метаболизма в сочетании с последующей медикаментозной терапией, а также неадекватным содержанием эссенциальных компонентов (витаминов, микроэлементов и др.) в питании. Длительная гиперфункция фагоцитов фагоцитов в отсутствие антиоксидантной защиты может привести к смене доминирования гиперреактивного типа гипореактивным, сопровождающим вторичные иммунодефицитные состояния.

Таким образом, под влиянием ОМТ усиливается функциональная активность фагоцитов без изменения их количества. Поэтому для повышения эффективности лечения ИБС необходим поиск адекватного дозового диапазона магнитной индукции с помощью хемилюминесцентного анализа, высоко чувствительного к уровню свободных радикалов крови.

**УСПЕШНОЕ ВНУТРИОПУХОЛЕВОЕ
КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО
НЕОПЕРАБИЛЬНОГО РАКА
ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(СООБЩЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)**

Сухарев А.Е.
МУЗ ГКБ № 4
Астрахань, Россия

Современная противоопухолевая терапия в значительной степени является эмпирической. Поиску путей преодоления резистентности новообразований к цитостатикам и индивидуализации противоопухолевой терапии посвящена одна из конференций отечественной школы онкологов в С.-Петербурге в 2007 г.

Приводится сообщение об успешном лечении ранее официально признанного (в Астраханском онкодиспансере и Московском научно-исследовательском онкологическом институте им. П.А. Герцена) «инкурабельным» и списанного на симптоматическое лечение в поликлинику по месту жительства больного 68 лет с неоперабельным, местно-прогрессирующим (после безрезультатной лучевой и системной химиотерапии в 2005-2006 г.г.) мукоэпидермоидным раком пра-

вой околоушной железы и с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Из результатов обследования в МНИОИ им. П.А. Герцена.

01.09.06г. Гистологическое исследование материала, привезенного из Астраханского ООД: «Исследование № конс. 1535/06; 20125/05 – 2 стекла плюс блоки. Микро: Препараты низкого качества. В основе, под плоскоэпителиальным покровом – инфильтративный рост низкодифференцированного мукоэпидермоидного рака».

Из истории болезни РА-4910: «В правой околоушной области огромная распадающаяся, с ихорозным запахом экзофитная опухоль до 15 см. Инфильтрация правой околоушной области, правой половины шеи...». 04.09.06г. Биопсия опухоли в МНИОИ. «Исследование № О18784/Б: «В основе под плоскоэпителиальным покровом – инфильтративный рост умеренно дифференцированного мукоэпидермоидного рака». Отдаленных метастазов не выявлено.

22.09. и 02.10.2006 г. консилиумы в отделении микрохирургии: «Больной по поводу продолженного роста рака правой околоушной железы.... При комплексном обследовании – обширная опухоль 6,0 x 7,8 x 10 см инфильтративно-язвенного и экзофитного характера роста. У больного в анамнезе два инфаркта миокарда, по данным функциональных проб - снижение резервов дыхания 3 степени, что делает невозможным выполнение обширной операции. Рекомендовано проведение симптоматической терапии по месту жительства. (Мегейс 320 мг ежедневно)».

Алгоритм амбулаторного лечения на дому включал введение в разные точки опухоли и околоопухолевой ткани до 40 мл 95% этанола (под местной анестезией), по 10 мг метотрексата, 200 – 400 мг циклофосфана и 250 мг 5-фторурацила не чаще одного раза в неделю. Со второго месяца от начала лечения больной получил 10 внутримышечных еженедельных инъекций по 250 мг оксипрогестерона капроната.

Протокол введения внутри- и околоопухолевого введения этанола и цитостатиков: с 22.11 по 21. 12. 06 г.(еженедельно); 17.01; с 01.03 по 22.03(еженедельно).; 18.04.; 19.07.; с 30.08. по 13.09(еженедельно);10.10.07 г. Кроме того, 23.04 и 25.07.07 г выполнена криодеструкция, а 18.06. и 10.10.07г.- электрокоагуляция резидуальной опухоли.

К 10.10.07 г. размеры дефекта уменьшились до 2,0x3,5 см. Биопсия гранулирующего участка. Гистологическое заключение № 1563 от 18.10.07г.: «Грануляционная ткань с фиброзом, воспалением, с наличием гигантских клеток, инородных тел».

Таким образом, в течение 11 месяцев лечения наступила подтвержденная биопсией полная регрессия неоперабельного рака околоушной железы. Больной активен, гуляет с собакой, работает на даче. В связи с этим, в мае 2008 г. на он-