

ОРГАНИЗАЦИЯ ИНТЕГРАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

Г.С.Алексеева, О.Б.Щитикова

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 3



РЕЗЮМЕ

Клиническая апробация (оказание интегративной помощи) проводилась с целью определения методологии лечения и реабилитации пациентов, которым ранее было отказано в этом в других лечебных учреждениях. Определены методологические подходы к выбору проводимого лечения с нанесением минимального вреда здоровью пациентов, которым в других медицинских организациях предлагалась только симптоматическая или паллиативная терапия.

Цель исследования:

- улучшение качества жизни;
- увеличение сроков выживаемости;
- снижение депрессивного состояния при подтверждении диагноза;
- снижение негативных последствий от лечения.

Пациенты и методы. В клинической апробации участвовали 47 пациентов с IV стадией заболевания, из них в группе интегративного лечения было 25 пациентов (16 женщин и 9 мужчин), в группе стандартного лечения – 22 пациента (15 женщин и 7 мужчин). В группы входили как пациенты с рецидивами онкопатологий, так и больные после первичного обращения на поздней стадии заболевания. Комбинирование всех возможных видов лечения (стандартных методов лечения, иммунной терапии препаратом «Helixor® M», психологической помощи) проводилось в зависимости от течения заболевания, определяемого общей клинической картиной и психологической готовностью пациентов к тому или иному виду терапии. Выбор схемы инъекций с целью быстрого перехода к максимально переносимым дозам осуществлялся с помощью контроля функционального состояния.

Результаты. Применение данного метода, в сравнении с контрольной группой, показало улучшение качества жизни пациентов и увеличение сроков выживаемости.

Заключение. Полученные при проведении клинической апробации результаты подтвердили положительный эффект интегративного лечения пациентов с онкопатологиями при выборе оптимальной тактики и сочетания лечения в зависимости от существующих потребностей и течения заболевания. А также иммунотерапия препаратом «Helixor® M» показала эффективность при лечении вирусных инфекций пациентов как с онкопатологиями, так и без них.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

интегративное лечение, биоритмологические процессы физиологических функций организма, фрактальный портрет, геронтологическая кривая, иммунная терапия, качество жизни, сроки выживаемости, лечение вирусных инфекций

Оформление ссылки для цитирования статьи: Алексеева Г.С., Щитикова О.Б. Организация интегративной помощи пациентам с онкопатологией. Исследования и практика в медицине. 2016; 3(4): 52-60. DOI: 10.17709/2409-2231-2016-3-4-6

Для корреспонденции

Щитикова Ольга Борисовна, врач, руководитель хирургического отделения общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
Адрес: 125284, Россия, Москва, 2-й Боткинский проезд, 3; E-mail: igor1182@yandex.ru

Информация о финансировании

Финансирование фирмой Helixor Heilmittel GmbH проведения презентации препарата в МНИОИ им. П.А. Герцена в 2014 г.

Конфликт интересов

Все авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.

Благодарности

Выражаем благодарность фирме Helixor Heilmittel GmbH за предоставление препарата и возможность ознакомления с проведенными клиническими исследованиями, организацию презентации препарата в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России, организацию и проведение мастер-класса по применению препарата в рамках конференции IMM 2016 Rosenfeld – Germany.

Статья поступила 04.10.2016 г., принята к печати 01.12.2016 г.

ORGANIZATION OF INTEGRATIVE CARE FOR PATIENTS WITH ONCOPATHOLOGY

G.S.Alekseeva, O.B.Shchitikova

P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute – Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation, 3, 2nd Botkinskiy proezd, Moscow, 125284, Russia

ABSTRACT

Clinical testing (providing of integrative care) was conducted to determine the methodology for the treatment and rehabilitation of patients who were previously denied in other hospitals. Defined the methodological approaches to the choice of the treatment, causing minimal harm to patients in other health care organizations were offered only symptomatic or palliative therapy.

The purpose of the study:

- improvement the quality of life;
- increasing the terms of survival;
- reduction of depressive state with confirmation of the diagnosis;
- reducing the negative effects of the treatment.

Patients and methods. In clinical trials 47 patients with stage IV of disease were involved, including in the integrative treatment group was 25 patients (16 women and 9 men), the group standard of treatment, 22 patients (15 women and 7 men). The group consisted of the patients with recurrences of the tumours, and patients after primary treatment at a late stage of the disease. The combination of all possible types of treatment (standard methods of treatment, immune therapy with drug "Helixor® M", psychological assistance) was performed depending on the disease defined by the overall clinical picture and psychological readiness of patients to one or another form of therapy. The choice of the injection scheme in order to quickly transition to a maximally tolerated doses was carried out using the control functional state.

Results. The use of this method in comparison with the control group showed improvement in the quality of life of patients and increase in terms of survival.

Conclusion. The results that are obtained during clinical testing confirmed the positive effect of integrative treatment of patients with oncologic pathology when choosing the best course and combination of treatments, depending on the needs and course of the disease. Also the immunotherapy with drug "Helixor® M" showed efficacy in the treatment of viral infections for patients with tumors and without them.

KEYWORDS:

integrative treatment, biorhythmic processes of physiological functions, fractal portrait, gerontological curve, immune therapy, quality of life, survival periods, treatment of viral infections

For citation: Alekseeva G.S., Shchitikova O.B. Organization of integrative care for patients with oncopathology. Issled. prakt. med. (Research'n Practical Medicine Journal). 2016; 3(4): 52-60. (In Russian). DOI: 10.17709/2409-2231-2016-3-4-6

For correspondence:

Olga B. Shchitikova, doctor, head of surgical Department of General Oncology, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute – Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation
Address: 3, 2nd Botkinskiy proezd, Moscow, Russia, 125284; E-mail: igor1182@yandex.ru

Information about funding

Financing of the presentation of the drug in P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute in 2014 by firm Helixor Heilmittel GmbH.

Conflict of interest

All authors report no conflict of interest.

Acknowledgement

We Express our gratitude to the firm Helixor Heilmittel GmbH for the provision of medication and the opportunity to become familiar with the clinical research organization of the presentation of the drug in the FBSO "National medical radiological research center" of health Ministry of Russia, organizing and conducting a master class in the use of the drug in the conference IMM 2016 Rosenfeld – Germany.

Основой организации интегративной помощи пациентам с онкопатологиями является объединение достижений естественных наук и смежных с ними дисциплин для оказания медицинской помощи пациентам, проходящим лечение при рецидивах онкологических заболеваний, и при их первичной диагностике. Интегративная помощь сочетает применение различных методов, средств, технологий для оценки состояния таких пациентов и их лечения. Решение этой задачи возможно посредством целостного подхода к сохранению здоровья человека, объединения комплементарной и альтернативной медицины. Необходим обязательный контроль состояния пациента в процессе лечения. Многие пациенты, как с подтвержденным диагнозом, так и при первичном обращении, находятся в состоянии аффекта, замыкаются, а иногда и полностью отказываются от контактов с медицинским персоналом. В некоторых случаях прослеживается тенденция к прекращению пациентами лечения или отказа от некоторых видов терапии. Особо следует отметить неординарные случаи заболевания (при поздних сроках диагностики), при которых невозможно хирургическое вмешательство, а все остальные виды лечения направлены только на увеличение продолжительности и улучшение качества жизни. В этом случае пациент сразу чувствует безнадежность своего состояния, и его дальнейшее существование возможно только за счет оказания интегративной помощи.

В качестве диагностических и прогностических критериев проводимой терапии могут быть использованы показатели чувствительности и реактивности вегетативной нервной системы, ее симпатического и парасимпатического отделов, а именно длительность кардиоинтервалов – вариабельность сердечных ритмов (BCP). Особенностью метода является простота получения и накопления информации, в том числе и о нейрогуморальной регуляции, физиологии и адаптационных реакциях организма человека, его энергодефицитного состояния, нарушения клеточного метаболизма. Использование данного метода в качестве контрольного при проведении различных видов терапии, оценке их эффективности и состояния пациента обсуждается в литературе [1–4].

Если медикаментозное лечение проходит на уровне гуморальных процессов, то психологическое воздействие – на уровне центральной регуляции. В интегративной медицине необходимо использование комбинационных подходов психотерапии с учетом положений рефлексорной теории, позволяющих расширить представление о природе заболевания [5, 6].

Течение онкологического заболевания и применяемые методы лечения неразрывно связаны со снижением иммунитета онкологического больного и углублением депрессивного состояния. Разработанная И. И. Мечниковым в конце XIX в. фагоцитарная теория иммунитета показала, что повышение клеточного иммунитета способствует увеличению продолжительности жизни. Дальнейшие работы, проведенные П. Догерти и Р. Цинкернагель по специфичности клеточного иммунитета при вирусных инфекциях, подтверждают обоснованность применения иммунотерапии [7–14], в том числе и при оказании интегративной помощи. В настоящее время показаны иммуномодулирующие свойства

соединений на основе экстрактов омелы белой (*Viscum album L.*) при применении их в качестве дополнительных лекарственных средств для лечения онкологических больных и их реабилитации. Эти препараты также продемонстрировали свою эффективность при профилактике и лечении других заболеваний, связанных (вызванных) со снижением иммунитета, таких как хламидиоз, герпетические и иные инфекции. Лечебные свойства препаратов на основе экстрактов омелы белой подтверждаются результатами клинических исследований при многих других заболеваниях, в том числе, гипертонии, атеросклерозе, сахарном диабете, заболеваниях легких (не онкологической этиологии), опорно-двигательного аппарата.

Проводимые исследования по применению иммуномодулирующих препаратов для снижения негативных последствий повышенных доз химиотерапии привлекают все большее внимание врачей-онкологов. Важная роль иммунотерапии показана при ведении больных после химио- и радиотерапии для преодоления токсических реакций и возможных осложнений в течение реабилитационного периода [15, 16]. А также перспективным средством для внутривенной и внутриопухолевой терапии является препарат «Helixor® M» [17, 18].

Отмечаются определенные трудности оценки результатов применения иммунотерапии препаратами на основе водных экстрактов омелы белой, вызванные отсутствием на настоящий момент однозначной методологии оценки ее результатов и недостатками, характерными для всех препаратов природного происхождения, такими как сложность стандартизации из-за разницы условий получения сырья и технологий переработки [19–21]. Например, экстракт Iscadog получают путем ферментации растительного материала, экстракт Helixor выделяют путем холодной водной экстракции, и, как следствие, их трудно стандартизовать. Тем не менее, в Европе около 40% больных со злокачественными образованиями на разных этапах лечения используют препараты на основе омелы белой [22, 23].

В целом оценка интегративной помощи не исключает и учета возникающих дополнительных факторов, способных оказать влияние на конечный результат в определенных конкретных случаях. В первую очередь следует оценивать эмоциональную реакцию пациента на первичный поставленный диагноз. Эта реакция зависит от мышления пациента, его восприятия мира (плюс фактор неизвестности при ожидании результатов диагностических исследований). Данное состояние можно определить как «синдром диагноза». Отношение пациента к ожидаемому лечению и восприятие неизбежного летального исхода приводят к повышению вероятности суицида. Во многих случаях прослеживается влияние первичного диагноза на эмоциональное состояние пациента в зависимости от генетических особенностей и общего отношения социальной среды к категории онкобольных (созданного мнения, отношения общества, медицинского персонала, социальных факторов, например уровня жизни, образования и т.д.).

Выбор пациентов

В течение 4 недель были отобраны две группы, в которые были включены пациенты с аналогичными диагнозом

ми (гистологически подтвержденным распространенным раком): толстой кишки, желудка, яичников, молочной железы, легкого – IV стадии (получавших лечение ранее и при первичном обращении). Группа интегративного лечения включала 25 пациентов (средний возраст 46 лет); в группу стандартного лечения вошли 22 пациента (средний возраст 44 года).

Критерии включения:

- неоперабельные или частично резецированные опухоли;
- прогрессирование после сочетанной терапии;
- общее снижение качества жизни.

Место проведения: отделение общей онкологии МНИОИ им П. А. Герцена, специализирующееся на изучении методов лечения и реабилитации пациентов, которым ранее в других лечебных учреждениях было отказано в лечении и предложена только симптоматическая или паллиативная терапия.

Задача

Выбор проводимой терапии с нанесением минимального вреда здоровью пациента в зависимости от его существующих потребностей, течения заболевания, определяемого общей клинической картиной и готовностью пациента к тому или иному виду терапии (стандартной, психологической и иммунной).

Цель исследования – выбор оптимальной тактики и сочетания лечения в зависимости от существующих потребностей, течения заболевания, общей клинической картины и готовности пациента к тому или иному виду терапии (стандартной, психологической и иммунной).

Критерием оценки полученного результата являются:

- улучшение качества жизни;
- увеличение сроков выживаемости;
- снижение депрессивного состояния при подтверждении диагноза;
- снижение негативных последствий от лечения.

Результат оценивается при лечебно-диагностическом сопровождении с замкнутым циклом – «диагностика – лечение – контроль – прогноз».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оказание психологической помощи пациентам проводилось курсами, направленными на устранение депрессии и тревоги, «синдрома диагноза». Курс психологической помощи проходили пациенты как получавшие, так и не получавшие иммунотерапию препаратом «Helixor® M», хирургическое лечение и химиотерапию. Психологическая реабилитация проводилась независимо от медикаментозного лечения, как до него, так и после. Выбор иммунотерапии был обусловлен наличием опубликованных положительных данных опыта ее применения для восстановления иммунитета при проведении полихимиотерапии, снижения болевого синдрома, паллиативной помощи, а также результатами, полученными в МНИОИ им. П. А. Герцена при клинической апробации. Схема перехода на повышающие концентрации определялась при оценке функционального состояния, что позволило составить индивидуальные планы классической и поддерживающей схем, ускорить восстановление функциональных возможностей организма

с учетом тяжести состояния пациента.

Общее состояние пациентов на всех этапах лечения (испытуемой и контрольной групп) осуществлялось методом анализа биоритмологических процессов физиологических функций организма с помощью цифрового анализатора кардиоритмов. Программно-аппаратное обеспечение диагностического комплекса соответствует требованиям стандарта измерения, физиологической интерпретации и клинического использования показателей кардиоинтервалометрии, принятым Европейским обществом кардиологов и Северо-Американской Ассоциацией электрофизиологии. Особенностью метода является простота получения и накопления информации, в том числе и о нейрогуморальной регуляции, физиологии и адаптационных реакциях организма человека, его энергодефицитном состоянии, нарушениях клеточного метаболизма. При использовании метода создается лечебно-диагностическое сопровождение с замкнутым циклом «диагностика – лечение – контроль – прогноз», возможно дальнейшее сопоставление с клиническими данными: инструментальными, лабораторными и физикальными.

Состояние пациента оценивается по комплексному показателю функциональных систем с помощью экспресс-анализа коротких записей сокращений сердечного ритма (ССР – динамических параметров ЭКГ), фрактального анализа биоритмов организма и геронтологической кривой, отражающей накопление (биологический возраст) и расход энергии организмом. Фрактальный портрет, цветовая визуализация, оценивающая степень гармонизации биоритмов (согласованность регуляторных систем), способность адаптации организма к новым условиям при первом исследовании (поступлении пациента) в дальнейшем использовались как эталонные, что при интерпретации результатов позволяло получить объективную картину изменений. Подтвержденный диагноз, при фрактальном анализе (предшествующее состояние определяет последующее поведение), является определяющим для дальнейшего поведения системы, то есть в целом организма пациента. На данном этапе результаты не должны использоваться для прогностического диагностирования. Можно предположить, что при создании баз данных, соответствующих конкретной онкологической патологии, будет возможна более точная интерпретация, отражающая клиническое состояние. Входящие в алгоритм анализа исследования, например нейродинамическое исследование, картирование биоритмов мозга и другие, использовались в основном как подтверждающие выводы о состоянии пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

План клинической апробации

Клиническая апробация проводилась с целью изучения влияния сочетания курса психологической реабилитации онкологических больных и подкожных инъекций препарата «Helixor® M» по схемам, рекомендованным производителем, – чередование классической и поддерживающей схем, с выбором быстрого перехода на более высокие концентрации. Исследование проводилось в сравнении с контрольной группой, получавшей стандартное лечение.

Продолжительность наблюдения пациентов в группах составила от 4 недель до 1,5 лет. Исследование проводилось с июня 2014 года по декабрь 2015 года.

Индивидуальная реакция у пациентов исследуемой группы на инъекции препаратом «Helixor® М» зафиксирована у 80% пациентов: повышение температуры до 37,5 °С, лихорадочные симптомы при однократной дозе 20 мг. У 20% пациентов первичная индивидуальная реакция зафиксирована при однократной дозе 10 мг. Зарегистрированные негативные последствия совпадают с указанными производителем побочными эффектами и относятся к ожидаемым.

Применение препарата «Helixor® М» не оказало влияния на фармакокинетику химиотерапевтических препаратов, например, таких, как препараты платины, доксорубицин, 5-фторурацил, гемзар.

Оценка функционального состояния пациента производилась с использованием следующих показателей:

- уровня адаптации организма;
- показателя вегетативной регуляции;
- показателя центральной регуляции;
- психоэмоционального состояния;
- интегрального показателя состояния;
- графика возможного суточного прогноза изменения психоэмоциональной и физиологической активности;
- фрактального анализа (цветовой визуализации фрактального портрета), отображающего уровень адаптации организма, степень гармонизации физиологических ритмов, согласованность работы органов и систем в начале и процессе лечения;
- диаграммы биологического возраста.

Рассмотрим некоторые клинические случаи.

Группа интегративного лечения

Случай 1. Женщина, 53 года. Рак правой молочной железы, повторное обращение, T4M3N1 OSS. В декабре 2013 г. – 10 курсов АТ + бисфосфонаты. По показателям видно, что функциональное состояние пациентки при обращении не соответствует норме. Биологический возраст опережает реальный на 1 год (рис. 1 А).

Состояние пациента после проведенного интегративного лечения отражено на рис. 1 Б. Лечение включало 10 курсов полихимиотерапии (ПХТ), гормонотерапию антиэстрогенами, иммунотерапию 800 мг/сутки (поддерживающая схема до 400 мг/сутки), психологическую помощь – 12 сеансов. После лечения показатели функционального состояния пациента – в пределах нормы. Заметно восстановление жизнеспособности организма, включая его психоэмоциональное состояние. Отставание биологического возраста от реального указывает на восстановление физиологических функций организма. В настоящий момент пациентка жива и социально адаптирована.

Случай 2. Женщина, 68 лет. Первичное обращение. Диагноз при поступлении – мультифокальный рак толстой кишки: 1) рак сигмовидной кишки рT4N2M0 (метастазы в большой сальник, париетальную брюшину, печень); 2) рак восходящей ободочной кишки рT1N2 M0–3. В июне 2014 г. была выполнена передняя резекция прямой киш-

ки с резекцией дистальных отделов нисходящей ободочной кишки, резекция илеоцекального угла, парциальная перитонэктомия, удаление придатков справа и матки, атипичная резекция пятого, шестого сегментов печени. Состояние пациентки, согласно всем показателям, не соответствует норме. Биологический возраст превышает реальный на 7 лет (рис. 2 А).

Проведено лечение: 12 курсов ПХТ (FLOX), иммунная терапия – до 800 мг/сутки (по переносимости; поддерживающая схема – до 400 мг/сутки), психологическая помощь – 8 сеансов. Дальнейшее проведение химиотерапии прекращено по желанию пациента. Иммунотерапия продолжалась до летального исхода. Выживаемость составила 20 месяцев. На рис. 2 Б приведены показатели функционального состояния за 1 месяц до летального исхода. Наблюдается незначительное отклонение функционального состояния от нормы, разница между биологическим и реальным возрастом составляет 2 года.

Этот случай показателен тем, что, несмотря на тяжелое состояние при обращении, пациентка была социально адаптирована, сохранила активную жизненную позицию, оказывала помощь другим пациентам. Считаем, что это характерный пример активизации энергетического потенциала, позиции пациента и результатов проведенного интегративного лечения.

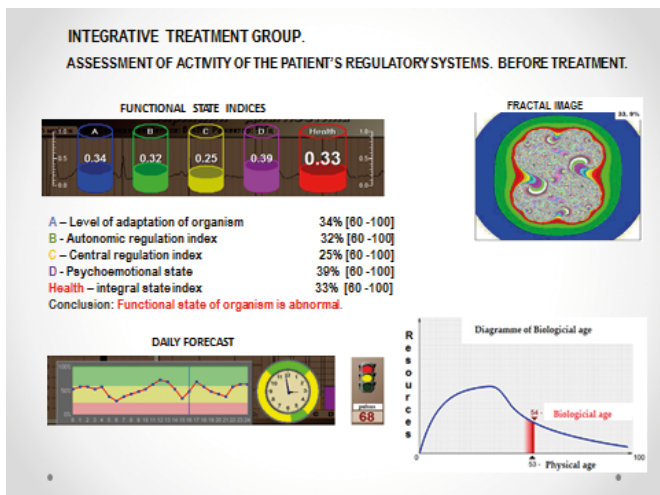
Группа стандартного лечения

Случай 3. Мужчина, 59 лет. Первичное обращение. Центральный рак правого легкого, T3N2M1. OSS, угроза патологического перелома Th4. После дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) на область средостения и основной опухолевый очаг в РQД-3 Гр до СОД 33 Гр наблюдается прогрессирование заболевания с метастазами в печень, появлением дополнительного метастаза в кости. Выполнено 6 курсов ПХТ (EP). Показатели функциональных систем организма близки к критическим. Биологический возраст опережает реальный на 9 лет. Пациент находится в состоянии глубокого психологического стресса (рис. 3 А). В июне 2015 г. проведена вертебропластика, последующее лечение включало 2 курса ПХТ 2 линии (паклитаксел, карбоплатин).

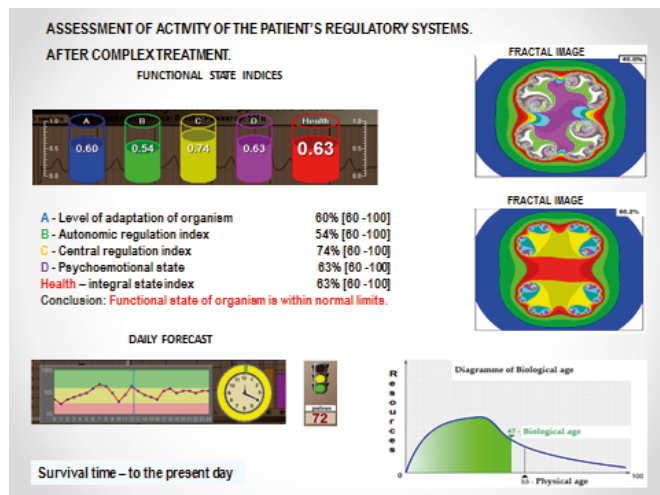
После стандартного лечения наблюдалось незначительное восстановление регуляторных функций (рис. 3 Б). Психоэмоциональное состояние несколько улучшилось, однако фиксируются нервный стресс и признаки депрессии. Разница между биологическим и реальным возрастом составила 7 лет. Функциональное состояние организма пациента так и не было восстановлено. Время выживания – 12 месяцев.

Случай 4. Женщина, 32 года. Первичное обращение, рак яичников. Диагноз при поступлении (март 2014), T3bN2M1, метастазы в печень, асцит. 6 курсов ПХТ, карбоплатин, паклитаксел + авастин. С октября 2014 г. – терапия по месту жительства. Состояние по функциональным показателям близко к критическому. Разница между биологическим и реальным возрастом составила 9 лет (рис. 4 А).

После проведенного лечения состояние пациентки существенно улучшилось (рис. 4 Б). Намечалась стаби-



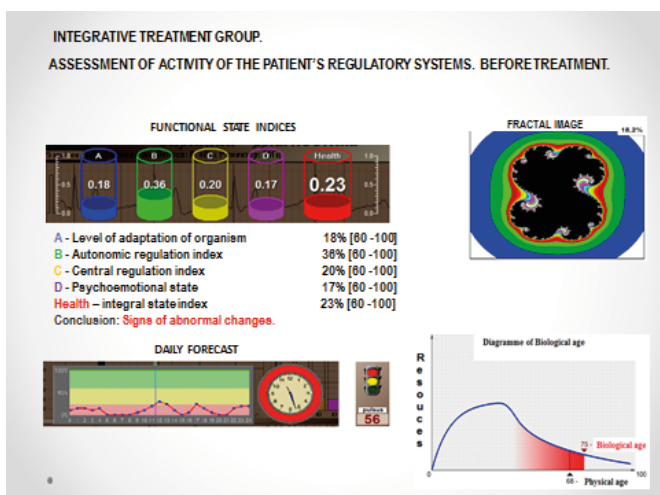
А – до лечения.



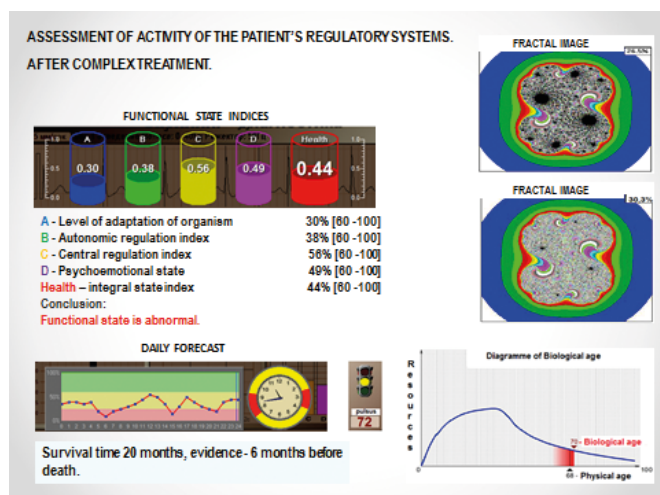
Б – после лечения.

Рис. 1. Динамика изменения функционального состояния пациента группы интегративного лечения.

Fig. 1. Dynamics of changes in the functional state of the patient from group of integrative treatment.



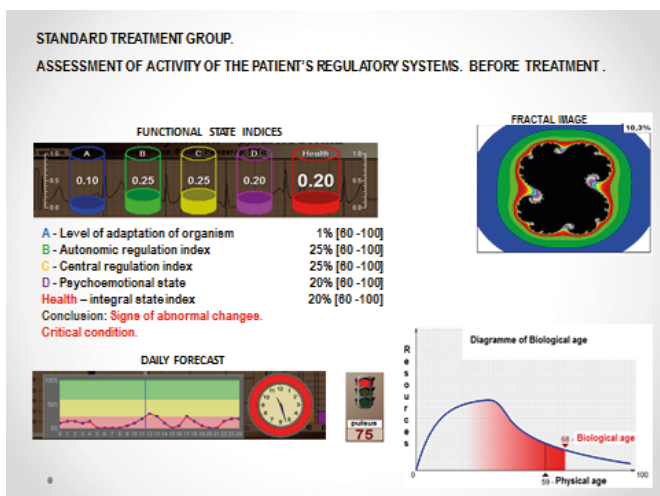
А – до лечения.



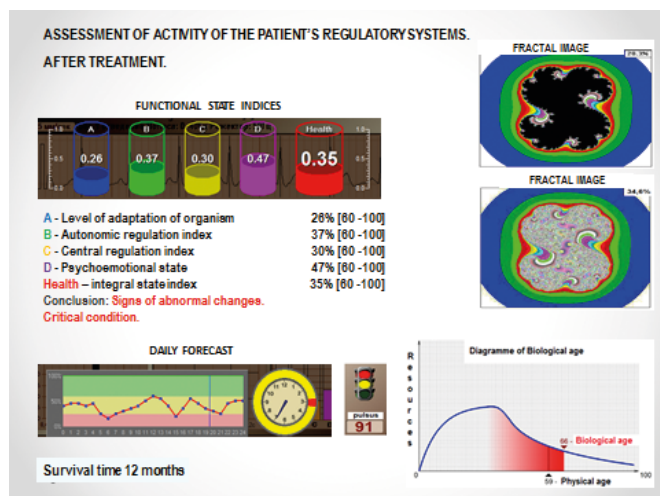
Б – после лечения.

Рис. 2. Динамика изменения функционального состояния пациента группы интегративного лечения.

Fig. 2. Dynamics of changes in the functional state of the patient from group of integrative treatment.



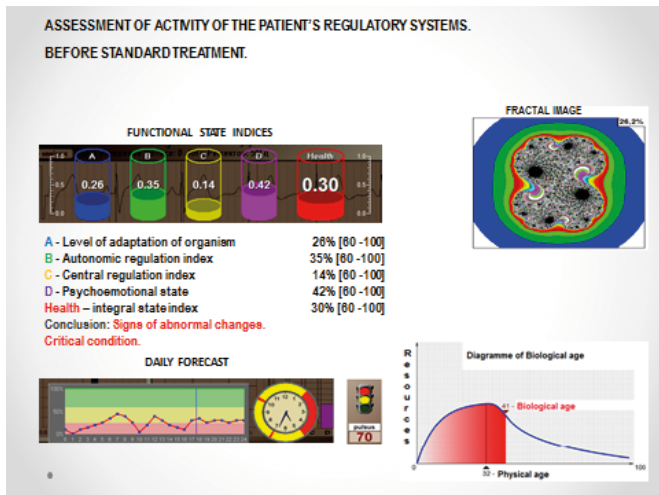
А – до лечения.



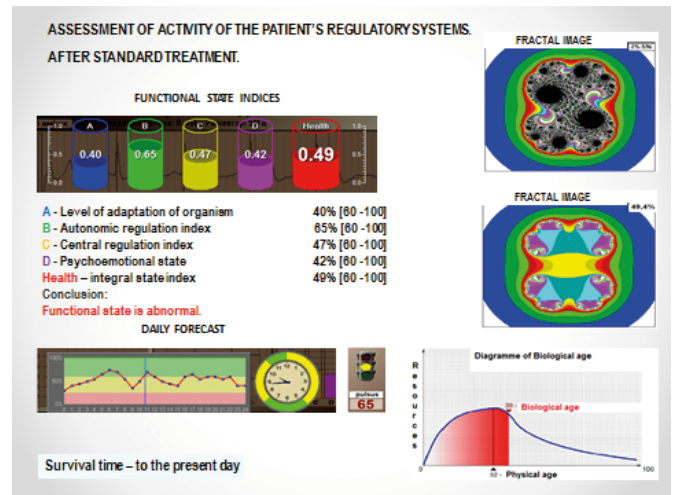
Б – после лечения.

Рис. 3. Динамика изменения функционального состояния пациента группы стандартного лечения.

Fig. 3. Dynamics of the functional state of the patient of group of standard treatment.



А – до лечения.



Б – после лечения.

Рис. 4. Динамика изменения функционального состояния пациента группы стандартного лечения.

Fig. 4. Dynamics of the functional state of the patient of group of standard treatment.

лизация заболевания. Разница между биологическим и реальным возрастом составила 7 лет. В дальнейшем проводилась терапия по месту жительства. Пациентка жива по настоящее время.

По окончании наблюдений в экспериментальной и контрольной группах, в соответствии с результатами, полученными в течение времени наблюдения, построен график функции выживаемости (рис. 5).

Анализ графиков функции выживаемости исследуемой и контрольной групп указывает на снижение количества смертельных исходов: 28% в группе интегративного лечения и 63% в группе стандартного лечения. Регистрируется практически линейное распределение смертельных исходов в процессе периода наблюдений, что позволяет исключить возможность манипуляции результатами исследований испытуемой группы и подтверждает правильность выбранных методов лечения.

Отдельно рассматривались случаи лечения вирусных инфекций с иммунотерапией препаратом «Helixor® М» в процессе стабилизации онкопатологии, вне проведения специального лечения, а также пациентов без онкопатологии. Для лечения данной категории использовалась

терапия препаратом «Helixor® М» с увеличением дозы до 1000 мг/сутки с положительным результатом, оцененным клинически и лабораторно инструментальными методами исследования. Негативные последствия для данной группы, связанные с действием омелы, не зафиксированы, за исключением ожидаемых согласно инструкции производителя.

Клинические примеры

Герпесвирусный зоофагит

Пациентка, 56 лет, находилась на диспансерном наблюдении после комбинированного лечения с диагнозом рака шейки матки II стадия T2 NxM0.

В 2012 г. пациентке был установлен вышеприведенный диагноз (гистологически плоскоклеточный рак), на основании чего была проведена сочетанная химио-лучевая терапия. Первичное обращение в МНИОИ им. П.А. Герцена в связи с прогрессированием заболевания было в октябре 2014 г. Проведено лечение в виде 5 курсов ПХТ. В феврале 2015 г. выполнена операция в объеме передней экзентерации органов малого таза, тазовой лимфаденэктомии с формированием мочевого резервуара

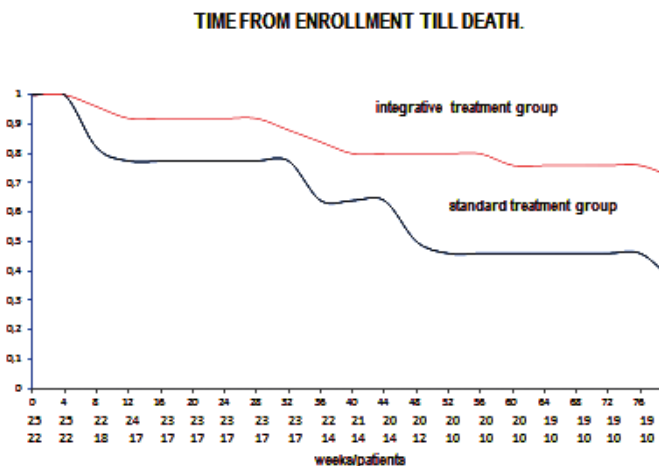


Рис. 5. Время от включения в исследование до смерти. По оси абсцисс отложено время наблюдений (недели) и число пациентов (верхняя строка – группа интегративного лечения, нижняя строка – контрольная группа), по оси ординат показано относительное число пациентов (пропорциональная доля).

Fig. 5. The time from study entry to death. On the x-axis is time of observation (weeks) number of patients (top row – a group of integrative treatment, the bottom line is the control group), the axis of ordinate shows the relative number of patients (proportion).

и сегмента тонкой кишки по Брикеру. Через 5 месяцев после лечения появилась клиническая картина, указывающая на прогрессирование заболевания, что выражалось в снижении качества жизни, нарастании астенического синдрома, а также изменений в анализах крови (снижение гемоглобина, повышение СОЭ). По этой причине больная была госпитализирована, и проведен диагностический поиск, включающий инструментальные и лабораторные методы исследования, по результатам которых у больной подтверждена стабилизация онкологического процесса, однако выявлен герпесвирусный эзофагит, в связи с чем больной была проведена комплексная терапия, включающая применение иммуномодулятора «Helixor® М».

Опоясывающий лишай

Пациент обратился в клинику в связи с увеличением паховых лимфоузлов. Ранее наблюдались периодические, 1–2 раза в месяц, высыпания на коже в паховой и пояснично-крестцовой областях. На догоспитальном этапе пациент был обследован на урогенитальные инфекции, выполнялась биопсия увеличенных лимфоузлов. Злокачественного образования не обнаружено. Пациент поступил для проведения онкопоиска, который был выполнен в полном объеме (УЗИ, ТРУЗИ, компьютерная диагностика, колоноскопия и гастроскопия, лабораторные методы диагностики). У пациента по результатам обследования выявлен хронический простатит, деформирующий остеоартроз позвоночника, герпес симплекс, цитомегаловирус. Следует отметить, что в анамнезе у пациента указана варикозная болезнь вен нижних конечностей. Онкологической патологии не выявлено. В процессе госпитализации у пациента были зафиксированы высыпания на коже, в пояснично-крестцовой и паховой областях, характерные для герпетической инфекции. Проведена комплексная терапия, включающая применение иммуномодулятора «Helixor® М».

Через 5 дней наблюдалась нормализация состояния лимфоузлов и исчезновение сыпи. Наступило выздоровление. Следует отметить, что при дальнейшем наблюдении в течение 6 месяцев рецидива вирусной инфекции не отмечалось.

В других случаях, а именно, при пневмонии и бронхиальной астме (не подтвердившемся диагнозе рака легких), наблюдалось полное выздоровление на фоне комплексного лечения с использованием препарата «Helixor® М». У всех пациентов отмечалось уменьшение болевых ощущений, отсутствие постгерпетической невралгии, сокращение сроков (до 1–2 недель) и затрат на лечение, предотвращение осложнений, отсутствие рецидива инфекции на фоне стандартной терапии.

Литература

1. Парин В. В., Баевский Р. М. Введение в медицинскую кибернетику. М.: Медицина, 1966, 220 с.
2. Анохин П. К. Кибернетика функциональных систем. Избранные труды. Под общей редакцией ак. РАМН Судакова К. В. М.: Медицина, 1998, 400 с.
3. Флейшман А. Н. Медленные колебания гемодинамики. Теория, практическое применение в клинической медицине и профилактике. Новосибирск: Наука. Сиб. предприятие РАН, 1998, 264 с.

ОБСУЖДЕНИЕ

На основании цифрового анализа кардиоритмов онкологических больных до начала курса интегративного лечения и после него были сделаны следующие выводы. Применение интегративного подхода к восстановлению здоровья приводит:

- к значительному улучшению интегрального показателя уровня здоровья (в среднем на 30%);
- повышению адаптационных возможностей организма (в среднем на 25%), восстановлению функциональных резервов (в среднем на 31%);
- улучшению показателей центральной регуляции (в среднем на 50%), улучшению психоэмоционального состояния (в среднем на 33%).

Если биологический возраст онкологических больных до получения ими интегративной помощи был больше фактического в среднем на 3,5 года, то в результате всех принятых мер по окончании курса лечения происходило биологическое омоложение онкологических больных в среднем на 6 лет, и к концу лечения пациенты оказывались моложе своего фактического возраста на 2–3 года. Таким образом, применение интегративной терапии, в сравнении со стандартным лечением, показало улучшение качества жизни пациентов, сокращение сроков госпитализации, более выраженную социальную адаптацию пациентов после прохождения курса химио- и высокочастотной терапии. Наблюдалось практически полное прекращение клинической депрессии, канцерофобии и страха смерти, а также ускорение восстановления общего состояния здоровья и самочувствия, увеличение сроков выживаемости.

При лечении вирусных инфекций отмечалось уменьшение болевых ощущений, отсутствие вероятности постгерпетической невралгии, сокращение сроков (до 1–2 недель) и затрат на лечение, предотвращение осложнений, отсутствие рецидива инфекции. Отмечались лучшая переносимость и более выраженный эффект препарата «Helixor®М» в сравнении с некоторыми иммуномодуляторами группы интерферонов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные при проведении клинической апробации результаты подтвердили положительный эффект интегративного лечения пациентов с онкопатологиями при выборе оптимальной тактики и сочетания лечения в зависимости от существующих потребностей и течения заболевания. Иммунотерапия препаратом «Helixor® М» показала эффективность при лечении вирусных инфекций пациентов в процессе стабилизации онкопатологии, вне проведения специального лечения, а также пациентов без онкопатологий.

4. Флейшман А. Н. Вариабельность ритма сердца и медленные колебания гемодинамики: нелинейные феномены в клинической практике. 2-е издание, исправленное и дополненное. Издательство СО РАН, 2009, 194 с.
5. Орлов Ю. М. Оздоровляющее мышление. М.: Слайдинг, 2006, 96 с.
6. Баевский Р. М., Берсеньева А. П. Оценка адаптивных возможностей организма и риска развития заболеваний. М.: Медицина, 1997, 265 с.
7. Mechnikov I. Edutes sur la nature humaine: essai de philosophie optimiste. Paris:

- Masson. 1903, 399 p.
8. Büssing A. Mistletoe. The Genus *Viscum*. Harwood Academic Publishers, Singapore, 2000.
9. Steiner R. Geisteswissenschaft und Medizin. Dornach, Switzerland, 1985.
10. Kienle G. S., Berrino F., Büssing A., Portalupi E., Rosenzweig S., Kiene H. Mistletoe in cancer—a systematic review in controlled clinical trials. *Eur J Med Res*. 2003; 8 (3): 109–119.
11. Büssing A. In: Mistletoe. The Genus *Viscum*. Büssing A, editor. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. Biological and pharmacological properties of *Viscum album* L; pp. 123–182.
12. Büssing A. In: Mistletoe. The Genus *Viscum*. Büssing A, editor. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. History of mistletoe uses; pp. 1–6.
13. Lavalle E. C., Grant G., Puszai A., Pfuller U., Leavy O., Mcneela E., et al. Mistletoe lectins enhance immune responses to intranasally co-administered herpes simplex virus glycoprotein D2. *Immunology*. 2002; 107 (2): 268–274. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2567.2002.01492.x>
14. Ноздрачев А. Д., Марьянович А. Т., Поляков Е. Л., Сибаров А. Д., Хавинсон В. X. Нобелевские премии по физиологии или медицине за 100 лет. СПб.: Гуманистика, 2002, 688 с.
15. Piano B. K., Wang Y. X., Xie G. R., Mansmann U., Matthes H., Beuth J., et al. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res*. 2004 Jan-Feb; 24 (1): 303–309. DOI: <http://ar.iiarjournals.org/content/24/1/303.long>
16. Mansky P. J., Wallerstedt D. B., Sannes T. S., Stagl J., Johnson L. L., Blackman M. R., et al. NCCAM/NCI Phase 1 Study of Mistletoe Extract and Gemcitabine in Patients with Advanced Solid Tumors. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013: 964592. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/964592>
17. Schad F., et al. Safety report for Helixorà from the Network Oncology Clinical Database. *Forschungsinstitut Havelhoehe*, Berlin, 2013.
18. Sandeep Roy. Breast Tumor Regression using Mistletoe Extract: An evidence from an Indian Clinic. *Helix*. 2015; 2: 651–655.
19. Beuth J. Grundlagen der Komplementärkonkologie. Theorie und Praxis, Hippokrates Verlag, Stuttgart 2002.
20. Ostermann T., Bussing A. Retrospective studies on the survival of cancer patients treated with mistletoe extracts: ameta-analysis. *Explore*. 2012; 8 (5): 277–281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.06.005>
21. Hajto T., Fodor K., Perjesi P., Nemeth P. Difficulties and perspectives of immunomodulatory therapy with mistletoe lectins and standardized mistletoe extracts in evidence-based medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011; 2011: 298972. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nep191>
22. Ostermann T., Raak C., Bussing A. Survival of cancer patients treated with mistletoe extract (Iscador): a systematic literature review. *BMC cancer*. 2009; 9: 451. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-9-451>
23. Thies A., Dantel P., Meyer A., Pfuller U., Schumacher U. Low-dose mistletoe lectin-1 reduces melanoma growth and spread in a scid mouse xenograft model. *Br J Cancer*. 2008; 98 (1): 106–112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6604106>

References

1. Parin V. V., Baevskii R. M. Vvedenie v meditsinskuyu kibernetiku [Introduction to medical Cybernetics]. Moscow: "Meditsina" Publ., 1966, 220 p. (In Russian).
2. Anokhin P. K. Kibernetika funktsional'nykh sistem. Izbrannye Trudy [Cybernetics of functional systems]. Ed by Sudakov K. V. Moscow: "Meditsina" Publ., 1998, 400 p. (In Russian).
3. Fleishman A. N. Medlennye kolebaniya gemodinamiki. Teoriya, prakticheskoe primeneniye v klinicheskoi meditsine i profilaktike [The slow oscillations of hemodynamics. Theory, practical application in clinical medicine and prevention]. Novosibirsk, 1998, 264 p. (In Russian).
4. Fleishman A. N. Variabel'nost' ritma serdtsa i medlennye kolebaniya gemodinamiki: nelineinye fenomeny v klinicheskoi praktike [The heart rate variability and slow oscillations hemodynamics: nonlinear phenomena in clinical practice]. 2nd ed. 2009, 194 p. (In Russian).
5. Orlov Yu. M. Ozdorovlivayushchee myshlenie [Healthy thinking]. Moscow: "Slaiding" Publ., 2006, 96 p (In Russian).
6. Baevskii R. M., Bersen'eva A. P. Otsenka adaptivnykh vozmozhnostei organizma i riska razvitiya zabolevanii [Evaluation of adaptive opportunities of an organism and risk of diseases]. Moscow: "Meditsina" Publ., 1997, 265 p. (In Russian).
7. Mechnikov I. *Edutes sur la nature humaine: essai de philosophie optimiste*. Paris: Masson. 1903, 399 p.
8. Büssing A. Mistletoe. The Genus *Viscum*. Harwood Academic Publishers, Singapore, 2000.
9. Steiner R. Geisteswissenschaft und Medizin. Dornach, Switzerland, 1985.
10. Kienle G. S., Berrino F., Büssing A., Portalupi E., Rosenzweig S., Kiene H. Mistletoe in cancer—a systematic review in controlled clinical trials. *Eur J Med Res*. 2003; 8 (3): 109–119.
11. Büssing A. In: Mistletoe. The Genus *Viscum*. Büssing A, editor. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. Biological and pharmacological properties of *Viscum album* L; pp. 123–182.
12. Büssing A. In: Mistletoe. The Genus *Viscum*. Büssing A, editor. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 2000. History of mistletoe uses; pp. 1–6.
13. Lavalle E. C., Grant G., Puszai A., Pfuller U., Leavy O., Mcneela E., et al. Mistletoe lectins enhance immune responses to intranasally co-administered herpes simplex virus glycoprotein D2. *Immunology*. 2002; 107 (2): 268–274. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2567.2002.01492.x>
14. Nozdrachev A. D., Mar'yanovich A. T., Polyakov E. L., Sibarov A. D., Khavinson V. Kh. Nobelevskie premii po fiziologii ili meditsine za 100 let [Nobel prize in physiology or medicine for 100 years]. Saint Petersburg: "Gumanistika" Publ., 2002, 688 p. (In Russian).
15. Piano B. K., Wang Y. X., Xie G. R., Mansmann U., Matthes H., Beuth J., et al. Impact of complementary mistletoe extract treatment on quality of life in breast, ovarian and non-small cell lung cancer patients. A prospective randomized controlled clinical trial. *Anticancer Res*. 2004 Jan-Feb; 24 (1): 303–309. DOI: <http://ar.iiarjournals.org/content/24/1/303.long>
16. Mansky P. J., Wallerstedt D. B., Sannes T. S., Stagl J., Johnson L. L., Blackman M. R., et al. NCCAM/NCI Phase 1 Study of Mistletoe Extract and Gemcitabine in Patients with Advanced Solid Tumors. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013; 2013: 964592. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/964592>
17. Schad F., et al. Safety report for Helixorà from the Network Oncology Clinical Database. *Forschungsinstitut Havelhoehe*, Berlin, 2013.
18. Sandeep Roy. Breast Tumor Regression using Mistletoe Extract: An evidence from an Indian Clinic. *Helix*. 2015; 2: 651–655.
19. Beuth J. Grundlagen der Komplementärkonkologie. Theorie und Praxis, Hippokrates Verlag, Stuttgart 2002.
20. Ostermann T., Bussing A. Retrospective studies on the survival of cancer patients treated with mistletoe extracts: ameta-analysis. *Explore*. 2012; 8 (5): 277–281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2012.06.005>
21. Hajto T., Fodor K., Perjesi P., Nemeth P. Difficulties and perspectives of immunomodulatory therapy with mistletoe lectins and standardized mistletoe extracts in evidence-based medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011; 2011: 298972. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ecam/nep191>
22. Ostermann T., Raak C., Bussing A. Survival of cancer patients treated with mistletoe extract (Iscador): a systematic literature review. *BMC cancer*. 2009; 9: 451. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2407-9-451>
23. Thies A., Dantel P., Meyer A., Pfuller U., Schumacher U. Low-dose mistletoe lectin-1 reduces melanoma growth and spread in a scid mouse xenograft model. *Br J Cancer*. 2008; 98 (1): 106–112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bjc.6604106>

Информация об авторе:

Алексеева Галина Сергеевна, д. м. н., профессор, заместитель генерального директора по лечебной работе МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России
E-mail: gs.alekseeva@yandex.ru; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8204-9032>

Information about author:

Galina S. Alekseeva, MD, professor, Deputy General Director for clinical work, P. Hertsen Moscow Oncology Research Institute – Branch of the National Medical Research Radiological Centre of the Ministry of Health of the Russian Federation. E-mail: gs.alekseeva@yandex.ru; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8204-9032>