

НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ХАРАКТЕРА АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ: ПОКАЗАНИЯ К ФИТОТЕРАПИИ В ОНКОЛОГИИ

Ю.И. Коршикова, М.П. Вавилов, Е.Б. Кудрявцева, И.В. Головенкина

Радиологическая клиника РМАПО (г. Москва)

The instability of haematological parameters in adaptive reactions: indications for phytotherapy in oncology

Yu.I. Korshikova, M.P. Vavilov, E.B. Kudryavtseva, I.V. Golovenkina

Radiological clinic, RMAPE (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты клинических и гематологических исследований у больных раком молочной железы, имеющие определенное прогностическое значение. Изменения количества и морфологической структуры лимфоцитов могут служить доказательствами целесообразности применения фитотерапевтических средств в онкологической практике.

Ключевые слова: онкология фитотерапия, лимфоциты, адаптация.

RESUME

The paper presents the results of clinical and hematological studies with a prognostic value in patients with breast cancer. Changes in number and morphological patterns of lymphocytes can give an evidence for applicability of the phytopharmaceutical remedies in oncology practice.

Keywords: Oncology, phytotherapy, lymphocytes, adaptation.

ВВЕДЕНИЕ

Онкологические заболевания в настоящее время стоят на 3 месте по причинам смертности населения. В отличие от сердечно-сосудистых заболеваний, свойственных пожилому и старческому возрасту, они часто поражают лиц трудоспособного возраста. Данная ситуация побуждает искать новые пути оптимизации помощи онкологическим больным.

Основными методами лечения злокачественных опухолей являются хирургическое вмешательство, химиотерапия и лучевая терапия. Фармация занимается синтезом новых цитостатиков и гормональных препаратов, направленных на уничтожение или подавление жизнедеятельности опухолевых клеток. Основной мишенью терапии рака является опухолевая клетка. При этом почти без внимания остается состояние организма, в котором формируется и прогрессирует рак. Однако именно состояние организма, его внутренние ресурсы и защитные силы определяют во многом судьбу больных, так как при стандартной терапии один больной выздоравливает, а у другого опухоль прогрессирует или рециди-

вирует даже спустя длительный срок после лечения.

Выражение «рак течет по своим законам» отражает суть, что судьбу больного решает способность организма бороться с болезнью. Кто способен, а кто не способен? Вопрос прогнозирования течения болезни на практике решается трудно. Сложные дорогостоящие методы определения степени злокачественности опухоли не объясняют генеза возникновения более агрессивной или менее агрессивной опухоли. Вероятно, причины данного явления также заложены в особенностях реакции организма больного на болезнь. Поэтому для оценки индивидуальных особенностей пациента нужно изучать макроорганизм в целом, его конституцию, реакцию на внутренние и внешние раздражители, проводить тщательное клиничко-лабораторное исследование общедоступными методами и пытаться с их помощью определять прогноз болезни.

В этой связи особый интерес представляет сопоставление клиничко-гематологических показателей у онкологических больных, так как кровь – система, отражающая состояние им-

мунитета и системы адаптации, доступна для динамического наблюдения.

Задачей настоящего исследования было сопоставление клинико-лабораторных показателей в группе онкологических больных с прогрессированием и стабилизацией онкологического заболевания и обоснование целесообразности применения фитотерапевтических средств в комплексной терапии рака молочной железы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Больные раком молочной железы II-III и IV стадии, получавшие комплексное лечение в клинике РМАПО.

Клиническое исследование по стандартному варианту и исследование мазков периферической крови.

Оценка характера адаптационных реакций по методу Л.Х. Гаркави, Е.Б. Уколовой и М.А. Квакиной.

Изучение катамнеза и динамики гематологических показателей по историям болезни из архива и в процессе лечения больных, страдающих раком молочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 48 больных женщин в возрасте 30–40 лет – 5; 40–50 лет – 3, 50–60 лет – 29, 60–70 лет – 8, 70 и выше – 10 человек.

Основную группу составляли женщины, страдающие раком молочной железы II, III и IV стадии.

У 16 человек наблюдалось прогрессивное течение болезни. Они неоднократно госпитализировались для проведения поддерживающей терапии. Только одна из них изначально имела признаки запущенной болезни. Остальным была проведена операция без осложнений и лучевая или химиотерапия. Несмотря на это, в срок от полугода до 8 лет развивался рецидив опухоли или метастазы.

У большей части больных анализируемой группы имели место одно или несколько сопутствующих заболеваний: хронический бронхит – 5; гипертоническая болезнь – 17; ИБС – 4; хронический гастрит – 15; дискинезия желчного пузыря – 2; кишечная дисфункция на фоне хронического колита на момент исследования – у 25; артроз – 23; ожирение II-III степени – 13, сахарный диабет в сочетании с ожирением II-III степени – 6; зоб – 2; рецидивирующее рожистое воспаление после мастэктомии – 1; аденомиоз – 1; миома матки – 2; хроническое воспаление придатков матки – 1 случай.

У 18 женщин в анамнезе или к моменту развития заболевания наблюдались конституциональные меноррагии.

Более 70 % больных часто использовали жаропонижающие и обезболивающие средства при простудных заболеваниях или болевом синдроме другой этиологии, однако склонности к простудным заболеваниям они, за редким исключением, не отмечали.

При лечении соматических заболеваний фактор сопутствующей онкологической патологии врачами – терапевтами не учитывался.

При проведении лучевой терапии или химиотерапии у всех больных наблюдались той или иной выраженности диспептические расстройства и выпадение волос.

Оценка характера адаптационных реакций по методу Л.Х. Гаркави, Е.Б. Уколовой и М.А. Квакиной по данным 70 историй болезни из архива получены следующие результаты.

Снижение относительного числа лимфоцитов до 20 и ниже на следующий день после операции отмечено у подавляющего большинства больных. Только в одной истории болезни из 70 не было зафиксировано снижение относительного количества лимфоцитов после операции.

При изучении картины крови в динамике по историям болезни данной группы больных обратили внимание следующие факты.

При благоприятном течении заболевания гематологические показатели (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула) были стабильными на протяжении длительного периода наблюдения за больными. При неблагоприятном течении болезни (рецидивы или метастазирование опухолей) наблюдалась неустойчивость гематологических показателей даже в течение короткого промежутка времени (например, в течение недели).

Самым динамичным показателем оказалось содержание лимфоцитов. В процессе лучевой и химиотерапии в первую очередь происходит изменение относительного содержания лимфоцитов.

Для оценки количественного и качественного состояния лимфоцитов нами было исследовано 123 мазка периферической крови онкологических больных методом случайной выборки. Нормальное относительное содержание лимфоцитов отмечено в 33 % мазков; лимфоцитопения – в 53 % и лимфоцитоз – в 14 %. В единичных мазках встречались патологические формы лимфоцитов: двухядерные или веретенообразные. Обратило внимание значительное количество лимфоцитов с азурофильной зернистостью, которая обнаружена в 101 мазке. Отсутствовала азурофильная зернистость лимфоцитов только в 22 мазках. В норме количество зернистых форм лимфо-

цитов не должно превышать 5 % от общего количества их. В исследованных мазках азуروفильная зернистость в количестве менее 5 % выявлена только в 7 % мазков. Количество зернистых форм 5–10 % – в 17 % препаратов; 10–20 – в 34 %; 20–30 – в 15 %; 30–40 – в 15 %; выше 30 – в 12 % мазков.

При исследовании 41 мазка периферической крови в контрольной группе (сотрудники радиологической клиники) зернистость лимфоцитов обнаружена только в 2 мазках лиц, которые онкологическими заболеваниями не страдали, по крайней мере, на момент исследования. Данные проведенного исследования наглядно представлены в табл. 1.

В дальнейшем была проанализирована 31 история болезни больных радиологической клиники, у которых исследовались мазки периферической крови. Данные о содержании зернистых форм лимфоцитов в зависимости от течения болезни представлены в табл. 2.

У 15 больных (1 группа) признаки прогрессирования опухолевого процесса отсутствовали, а у 16 (2 группа) наблюдались признаки метастазирования опухоли. Зернистость лимфоцитов в 1-й группе до 20 % была у 9 больных, а у больных второй группы – у 8 человек. Зернистость более 30 % отмечена у 1 больного первой группы, а у больных второй группы – у 8 человек. Отсутствие зернистости лимфоцитов у больных первой группы отмечено у 5 человек, в то время, как у больных второй группы все лимфоциты имели зернистость.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В представленной работе сознательно были использованы простейшие методы клинического и лабораторного исследования. В случае доказательства их прогностической значимости врач любого самого отдаленного лечебного учреждения онкологического профиля сможет использовать их в своей работе без дополнительных дорогостоящих затрат на инструментальные и сложные лабораторные исследования (например, определение генотипа злокачественной клетки).

При анализе результатов клинического исследования обращают внимание следующие факты.

Возраст больных преимущественно пожилой: основную массу больных составляют лица старше 50 лет. Это иллюстрирует или подкрепляет мнение тех ученых, которые рассматривают рак как болезнь старения.

У большинства больных наблюдались многочисленные соматические заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая бо-

лезнь сердца; болезни женских половых органов: миома матки, эндометриоз; заболевания желудочно-кишечного тракта: хронический гастрит, колит, холецистит. Распространенным патологическим состоянием было ожирение в основном первой и второй степени. У ряда больных, у которых жалобы на здоровье нельзя было включить в рамки какой-либо соматической патологии, отмечались нарушения обмена веществ по типу минеральной недостаточности, которая была обусловлена большей частью конституциональными меноррагиями, нарушением усвоения минералов и витаминов вследствие дисбактериоза, сопровождающего любой колит, нерациональным питанием при ожирении. Можно предположить, что нарушения минерального обмена являются predisposing фактором метастазирования в кости, так как костная ткань при дефиците минералов неполноценна. В этой связи представляет интерес история болезни одной из больных радиологической клиники, у которой до операции никакой соматической патологии диагностировано не было. Операция радикальной мастэктомии прошла благополучно, мета-

Таблица 1

Содержание зернистых лимфоцитов в процентном отношении к общему числу лимфоцитов в группе онкологических больных и контрольной группе

Процентное содержание зернистых лимфоцитов к общему числу лимфоцитов в 100 форменных элементов белой крови	Число мазков крови больных с онкологическими заболеваниями (123)	Число мазков крови сотрудников клиники (41)
до 5 %	7	2
5–10 %	17	0
10–20 %	34	0
20–30 %	15	0
30–40 %	15	0
Более 40 %	13	0
Отсутствие зернистых форм	22	39

Таблица 2

Процентное содержание зернистых лимфоцитов у больных с прогрессирующим и благоприятным течением рака молочной железы

Процентное содержание зернистых лимфоцитов к общему числу лимфоцитов в 100 форменных элементов белой крови	15 больных без прогрессирования болезни (первая группа)	16 больных с признаками прогрессирования рака (вторая группа)
до 20 %	9	8
Более 30 %	1	8
0	5	

стазов в лимфатических узлах не обнаружено, но рана заживала вторичным натяжением. Из анамнеза выяснилось, что больная с молодых лет страдает кариесом и пародонтозом. Пародонтоз, снижение регенераторной способности тканей являются признаками нарушений минерального обмена. Через 6 месяцев у этой больной были обнаружены метастазы в костях. Клинически минеральная недостаточность проявляется склонностью к кариесу, раннему поседению, ломкостью ногтей и выпадением волос. У этих людей снижена неспецифическая резистентность организма. Вероятно, пациенты с дефицитом минералов особенно нуждаются в коррекции минерального обмена, поддержании фазы резистентности стресса по Селье, в восстановлении энергетического статуса с использованием лекарственных растений.

Нам представляется что комплекс соматических нарушений обуславливает состояние интоксикационного синдрома, который является одним из факторов злокачественной анаплазии клеток.

Несмотря на то, что несколько заболеваний протекают в одном организме, врачи-специалисты нередко работают без учета сопутствующей патологии. У каждого – своя задача. Вряд ли задумывается участковый терапевт, какое влияние на онкологическое заболевание могут оказывать седативные средства, нестероидные противовоспалительные препараты, всевозможные ингибиторы, блокаторы, жаропонижающие средства. Нельзя исключить, что препараты, применяемые при лечении многих соматических и неврологических заболеваний с огромным перечнем побочных реакций и возможных осложнений, могут усиливать интоксикационный синдром и способствовать снижению защитных сил организма. Данный вопрос в науке не изучался вообще. Наличие многих сопутствующих раку дегенеративных заболеваний требует существенного пересмотра лечебной тактики как терапевтами, так и онкологами.

В пользу внимательного отношения к медикаментозной терапии у онкологических больных свидетельствуют фактор аллергии. Из литературных источников известно, что среди онкологических больных у многих наблюдаются склонность к аллергическим реакциям (Вавилов М.П. и соавт.). В книге немецкого натуропата Kohnlechner имеются сведения об онкогенном влиянии психотропных препаратов, жаропонижающих средств и пищевых продуктов, содержащих консерванты. Как любое хроническое заболевание, онкологическая патология требует постоянного лечения. Для этой цели по многим причинам подходит фито-

терапия, так как средства природного происхождения позволяют проводить лечение длительно без риска развития жизненно опасных осложнений и мутагенного влияния. Тем не менее, фитотерапия пока не входит в стандарты лечения онкологических заболеваний и крайне редко используется в их комплексном лечении. В этой связи внимание заслуживают работы врачей-онкологов Корепанова С.В., Югова С.Д. и Алефирова А.Н. Они считают обязательным условием терапии онкологических заболеваний рациональное лечение сопутствующей соматической патологии с применением средств растительного происхождения. Применение фитопрепаратов при первично распространенном раке (С.Д. Югов, 2001) показало, что лечение сопутствующих заболеваний средствами фитотерапии даже при раке IV стадии приводит к улучшению качества жизни этих больных, удлинению сроков жизни и сокращению применения наркотических средств.

Более 70 % опрошенных больных часто использовали жаропонижающие и обезболивающие средства при простудных заболеваниях или болевом синдроме другой этиологии. Данные факты нельзя оставить без внимания. Успехи терапии опухолей с применением метода искусственной гипертермии могут свидетельствовать о защитной роли локальной или общей гипертермии. Опыт работы Трескунова К.А., Корепанова С., К.В. Яременко, В.Г. Беспалова, А.Н. Алефириков доказывают, что применение средств природного происхождения оправдано. Использование фитотерапевтических средств существенно повышает эффективность лечения от 10 до 50 и более процентов. Впечатляют также результаты работы к.м.н. Трескунова К.А., который более 30 лет применяет лекарственные растения в комплексной терапии онкологических больных. Процент выздоровления больных при раннем назначении фитотерапевтических средств (до операции, в комплексе с химио- и лучевой терапией и в дальнейшем постоянно) при раке молочной железы достигает 65 %. Все упомянутые авторы рассматривают фитотерапию не как альтернативу современным методам лечения злокачественных опухолей, а как дополнительный метод, повышающий эффективность применения классических схем.

Большого внимания заслуживает анализ лабораторных показателей. Резкие колебания показателей, которые обычно воспринимаются как ошибка лаборатории, оказались свойственными больным с тяжелым течением болезни. Данный факт, безусловно, заслуживает дальнейшего изучения, так как его можно было бы

использовать как прогностический показатель. Выявленную нами нестабильность гематологических показателей можно расценивать как нарушение адаптации на уровне кроветворения. Этот факт должен настораживать лечащих врачей и являться сигналом к применению средств, направленных на поддержание гомеостаза. У подавляющего большинства больных в послеоперационном периоде отмечено снижение относительного количества лимфоцитов ниже 20. Гаркави Л.Х., Уколова Е.Б. и Квакина М.А. расценивают данный факт как показатель тяжелого стресса. Несмотря на то, что в течение короткого времени (2–3 дня) относительное число лимфоцитов повышалось, объективный показатель тяжелого стресса очень важен. Изменения крови, которые нами были зафиксированы при анализе историй болезни больных радиологической клиники, также свидетельствуют о признаках тяжелого стресса, развивающегося у больных в процессе лечения. Зернистость лимфоцитов можно считать довольно распространенным феноменом периферической крови онкологических больных. Однако делать определенный вывод о прогностическом значении зернистости лимфоцитов на основании однократного исследования крови нельзя. О значении данного явления можно сделать вывод только при тщательном исследовании крови у больных раком в динамике на протяжении длительного времени и на разных этапах болезни и лечения. К сожалению, по техническим причинам сделать этого не удалось. Кроме того, часто наблюдалось увеличение количества моноцитов и промоноцитов, макроцитоз эритроцитов, признаки мегалобластического кроветворения, что является следствием токсического влияния полихимиотерапии и лучевой терапии на гемопоэз и обмен витамина В12.

В этой связи следует процитировать профессора Санкт-Петербургского института онкологии им. Петрова проф. Греха И.Ф. «Периферическая кровь, не будучи морфологически объединенной в единый орган, является целостной системой, своеобразным органом, имеющим строго определенный морфологический состав, постоянство функции, точные механизмы реакции и координации обновления клеточных элементов, происходящее не в ней самой, а в кроветворных органах, которые являются неотъемлемой частью крови». Реакции крови – отражение глубинных процессов, происходящих в организме. Проф. Грех И.Ф. обращает внимание на изменения в системе мононуклеаров: лимфоцитов и моноцитов, появление патологических и молодых форм дан-

ных элементов крови, что связано с изменением иммунных реакций организма.

Почти у 75 % больных раком независимо от локализации отмечается относительная и абсолютная лимфоцитопения, которая выявляется до начала метастазирования. Прогрессирование лимфоцитопении указывает на снижение неспецифической резистентности организма. Это может наблюдаться без заметного изменения содержания гранулоцитов. Количество широкопротоплазменных лимфоцитов, содержание которых меняется синхронно с количеством моноцитов и особенно молодых форм позволяет углубить представление о реактивном потенциале организма. Генерализация опухолевого процесса часто сопровождается увеличением содержания эозинофилов в периферической крови».

Проведенные нами исследования подтверждают наблюдения профессора И.Ф. Греха, сделанные еще в 1967 г., а также других исследователей.

Об изменениях крови при появлении костных метастазов писал И.Г. Абасов. Он наблюдал во многих случаях лимфоцитопению, а иногда – лейкоцитоз.

Г.С. Миленкова и соавт. рассматривают лимфоцитопению как плохой прогностический признак.

О снижении числа лимфоцитов у больных раком пишет Г.Б. Балашвили.

Изменения количества лимфоцитов в процессе лечения (операция, лучевая и химиотерапия) являются признаками тяжелого стресса.

Как известно, в организме взрослого человека 25–40 % всех лейкоцитов составляют лимфоциты. Они представлены двумя основными классами: В-лимфоциты (10–15 %) и Т-лимфоциты (70–80 %). Кроме того, выделяют популяцию нормальных киллеров. Это большие зернистые лимфоциты. Большие зернистые лимфоциты с активностью нормальных киллеров выполняют цитотоксические функции. Они уничтожают инфицированные вирусом клетки, а также клетки, в которых произошли какие-либо нарушения. Некоторые авторы считают, что они убивают опухолевые клетки. Нормальные киллеры (НК клетки) составляют примерно 5 % всех лимфоцитов. В норме количество зернистых форм лимфоцитов не должно превышать 5 % от общего количества их. В наших исследованиях в большинстве случаев число зернистых лимфоцитов превышало норму. Этот факт требует дальнейшего углубленного изучения.

Таким образом, изменения крови, выявленные при исследовании мазков крови и историй

болезни онкологических больных, свидетельствуют о тяжелом стрессе и глубоких нарушениях иммунной системы, что требует применения лекарственных средств, помогающих организму справиться с последствиями стресса и нормализующих работу иммунной системы.

Ориентация на злокачественную клетку побуждает, так сказать, искать только средства уничтожения ее. Однако препараты, направленные на уничтожение опухолевой клетки, невозможно принимать бесконечно, так как они сами по себе токсичны. Следовательно, вновь возникает проблема поиска стимуляции защитных механизмов организма больного и необходимость воздействия на его внутреннюю среду не токсичными и не опасными для жизни препаратами. Многочисленные признаки тяжелого стресса на разных этапах жизни больных позволяют считать, что применение растений, повышающих неспецифическую резистентность организма, жизненно необходимо.

Стрессом является заболевание само по себе. Современные методы лечения злокачественных опухолей также являются факторами стресса. Выпадение волос, диспептические расстройства, обусловленные дисбактериозом, астено-депрессивный синдром, лимфоцитопения – все это проявления тяжелого стресса, что может быть одной из причин прогрессирования заболевания, роста и распространения метастазов (Лазарев Н.В., 1967). В тех случаях, когда организм справляется с этими тяжелыми нагрузками, то болезнь отступает хотя бы на время. Если система неспецифической сопротивляемости, система защиты не срабатывает, болезнь прогрессирует.

С 70–80 годы 20 века отечественными учеными И.И. Брехманом и другими были изучены свойства корня элеутерококка, который обладает подобными женьшеню свойствами помогать организму в критических ситуациях. Н.В. Лазаревым группа этих растений была названа адаптогенами. Школой Н.В. Лазарева была доказана способность препаратов из данных растений повышать неспецифическую резистентность организма, стимулировать деятельность всех органов и систем, поддерживающих гомеостаз, и способствовать поддержанию жизни. В конце 20 века группа растений, обладающих адаптогенными свойствами, была значительно расширена проф. Барнауловым О.Д. В частности, в онкологической практике высоко оценены препараты из подорожника, корня одуванчика и других растений.

На протяжении более чем 40 лет были проведены многочисленные экспериментальные исследования, посвященные влиянию адап-

тогенов на прививаемость, рост и метастазирование опухолей. Безусловно доказаны положительные защитные свойства препаратов из данных растений. Ни один их экспериментаторов не наблюдал роста и прогрессирования опухолей под влиянием этих препаратов. Напротив, в эксперименте было убедительно доказано торможение роста и метастазирования при использовании адаптогенов. Кроме того, было продемонстрировано потенцированное лечебное воздействие адаптогенов при применении химиотерапевтических средств, в частности, циклофосфана (Удинцов В.В., Яременко К.В., 1971). В конце 20 столетия были проведены и клинические исследования. Так, в диссертации Сюткина Н.И. Показано повышение эффективности лечения больных раком молочной железы при использовании экстракта элеутерококка и других адаптогенов.

Собственный многолетний опыт использования адаптогенов при различных тяжелых соматических заболеваниях, в том числе при четвертой стадии рака («АЛФИТ иммуномодулирующий»), разработанный к.м.н. врачом-онкологом Корепановым С.В., также доказывает целесообразность применения препаратов из растений, обладающих свойствами адаптогенов. Небольшой опыт помощи онкологическим больным, поступающим в реабилитационный военный госпиталь №6 Министерства обороны после лучевой и химиотерапии, также убеждает нас в целесообразности применения фитотерапии. Под влиянием витаминных чаев в комбинации с гепатопротекторами, календулой, корнем солодки наступало быстрое улучшение состояния больных. При назначении уроантисептиков из растений купировались явления лучевого цистита. При лучевом стоматите получен хороший результат при назначении фитопрепаратов, например, стоматофита, облепихового масла, зверобойного масла.

Названные препараты из растений являются официальными. Перечень их можно значительно расширить и включать в комплексное лечение онкологических больных с целью повышения эффективности лечения и улучшения отдаленных результатов. Безусловно, большую роль играет и фактор питания больных. О роли изменения образа жизни и питания онкологических больных писал в своей книге «Антирак» Давид Серван Шрейбер, который создал этот замечательный труд, проведя огромный анализ литературы, посвященной вопросам онкологии. Роль питания и рекомендации по рациональному питанию онкологических больных даны в книге В.Г. Беспалова «Питание и рак».

ВЫВОДЫ

1. Качественные и количественные изменения лимфоцитов, выявленные в группе больных раком молочной железы, свидетельствуют о нарушениях системы адаптации и иммунитета.

2. Нестабильность гематологических показателей свойственна больным с прогрессирующим течением онкологического процесса.

3. В коррекции нарушений, обусловленных непосредственно онкологическим заболеванием и осложнениями лучевой и химиотерапии следует рекомендовать средства фитотерапии, обладающие многосторонним оздоровительным воздействием и безопасностью при длительном применении.

4. Следует поставить вопрос о влиянии препаратов, используемых для лечения соматических заболеваний, на онкологическую патологию.

5. Лечение сопутствующей раку соматической патологии требует особого внимания во избежание токсического и возможно мутагенного влияния некоторых препаратов химического синтеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алефиров А.Н. Антигондотропные растения в лечении онкологических больных Сборник трудов 1 Российского фитотерапевтического съезда г. Москва, 2008. – С.330–337.

2. Амосова Е.Н., Зуева Е.П., Богдишин И.В., Яременко К.В. Повышение функциональной активности естественных клеток-киллеров препаратами природного происхождения // Иммунодефициты и аллергия. – М., 1986. – С.115.

3. Балицкий К.Т., Шмалько С.П. Стресс и метастазирование злокачественных опухолей. – Киев, 1987. – 325 с.

4. Беспалов В.Г. Питание и рак. – М., 2008.

5. М.П.Вавилов и др. Патогенное действие лекарств: ангионевротический отек. Российский медицинский вестник 2007 ;1 Т.Х11. – С.56–60.

6. М.П. Вавилов. Аллергологический анамнез у больных раком молочной железы // Сборник Москва 2006. «МНИИОН им Герцена». – С.7–9.

7. Брехман И.И., Дардымов И.В. К механизму повышения резистентности организма под влиянием препаратов женьшеня и элеутерококка / Синтез белка и резистентность клеток. – Л., 1971. – С.82–88.

8. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Активационная терапия. – Саратов, 1991.

9. Глебов В.И., Горошетченко А.В., Трескунов К.А., Тувальбаев Б.Г. Некоторые итоги и перспективы применения фитотерапии в качестве сопроводительной технологии лечения онкологических больных. Материалы 11 съезда фитотерапевтов, г. Москва, 2011. – С.15–19.

10. Грех И.В. О значении некоторых исследований гемопоза у больных злокачественными опухолями // Материалы симпозиума «Методы оценки патологических изменений гемопоза при злокачественных опухолях», некоторые пути их профилактики и лечения. – Ленинград, 1967.

11. Гречко В.В., Корепанов С.В. Опыт использования фитотерапии при раке молочных желез как единственно-

го метода лечения // Сборник трудов 1 Российского фитотерапевтического съезда, г. Москва, 2008. – С.340–342.

12. Зарядьева Е.В. Применение препаратов адаптогенов для коррекции иммунного статуса больных раком яичника. Автореферат диссертации к.м.н. Москва 1993. РАМН Онкологический научный центр.

13. Комбинированное и комплексное лечение рака легкого, молочной железы, пищевода и прямой кишки в условиях применения растительных адаптогенов и лазерного облучения крови. Методические рекомендации 96/85. – Санкт Петербург, 1996.

14. Корепанов С.В. Растения в профилактике и лечении рака. – Барнаул: ООО «Принт-Инфо», 2009. – 160 с.

15. Коршикова Ю.И. Опыт применения адаптогенов и биостимуляторов в комплексной терапии тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний легких // Материалы Первого Российского Конгресса по комплементарной медицине 31 мая–01 июня. – М., 2013. – С.93–95.

16. Лазарев Н.В. Метастазирование злокачественных опухолей. – Л., 1971. – С.5.

17. Гаваа Лувсан. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. – М.: Наука, 1990. – С.237–238.

18. Мицконас А, Мицконас Е. Некоторые аспекты антиэстрогенной фитотерапии рака молочной железы. Сборник трудов 1 фитотерапевтического съезда, Москва 14–16 марта 2008. – С.350.

19. Пехтерев А.К. Фитотерапия онкологических инкурабельных больных Сборник трудов 1 фитотерапевтического съезда, Москва 14–16 марта 2008. – С.360–363.

20. Сюткина Н.И. Применение адаптогенов в терапии рака молочной железы. Автореферат дис. кандидата мед.наук. Онкологический научный центр.РАМН. Москва 1992.

21. Уайтхауз М., Слевин М. Рак, факты / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1999.

22. Удинцов С.Н., Яременко К.В. Использование свойств экстракта родиолы розовой стимулировать процессы регенерации для повышения избирательного противоопухолевого действия циклофосфана / Новые лекарственные препараты из растений Сибири и Дальнего Востока. – Томск, 1985. – С.151–152.

23. Югов С.Д. Возможности фитотерапии в паллиативной помощи онкологическим больным. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Челябинск, 2001.

24. Уколова М.А. Роль нейроэндокринных нарушений в патогенезе опухолей яичников. – М.: Медицина, 1972. – 248 с.

25. Яременко К.В. Стресс и метастазирование опухолей. Метастазирование злокачественных опухолей. – Л., 1971. – С.269–278.

26. Яременко К.В. Основные принципы реабилитации онкологических больных. – СПб. – 363 с.

27. Яременко К.В. Природные средства против рака. – СПб., 2007. – 111 с.

Адрес автора

Коршикова Ю.И., доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы РМАПО
kjui39@mail.ru