

**ВОЗМОЖНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИРЛИАНОГРАФИИ
В ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИЕЙ**

Л.А. Песоцкая¹, Н.В. Глухова², В.А. Никоненко³

¹Днепропетровская ГМА МОЗ Украины, Украина
²Национальный горный университет, Украина
³Дорожная клиническая больница, Украина

Согласно данным ВОЗ, до 60% населения планеты страдают различными формами анемий, 80-90% из них приходится на больных с железодефицитной анемией (ЖДА) [2]. Актуальным является индивидуализация терапии, учитывая многофакторность развития патогенозов ЖДА. Выявлено снижение электрической активности эритроцитов у больных ЖДА [3]. Прием в этом случае препаратов железа, не резонансных к биочастотам пациента, будет мало эффективным, что показано нами в эксперименте, используя визуализацию энергетического состояния эритроцитов и различных препаратов железа на рентгеновской пленке, основанную на эффекте Кирлиан [4]. Развитие оксидантного стресса при приеме препаратов железа [2] на фоне усиления перекисного окисления липидов при ЖДА [1] негативно влияет на функцию всех клеток, в том числе иммунитета.

Цель работы: изучить возможности использования кирлианфотোগрафии для определения ток-

сического влияния препаратов железа на лимфоциты крови у больных железодефицитной анемией.

Материал и методы. На рентгеновскую пленку помещали каплю взвеси лимфоцитов пациента ЖДА с добавлением в нее взвеси разных препаратов железа в дистиллированной воде. Проводили кирлианфотোগрафию их непосредственно после приготовления и взятия крови и через сутки инкубации. Использовали прибор «РЕК 1», разработанный УкрНИИ технологий машиностроения и Национальным горным университетом (г. Днепропетровск). Была проведена компьютерная обработка изображений с построением гистограмм яркости, профиля яркости, спектра мощности высокочастотной составляющей.

Полученные результаты.

На кирлианфотোগрафиях всех образцов лимфоцитов с разными препаратами железа больного с ЖДА в день забора крови прослеживается улучшение энергетического состояния лимфоцитов. Через сутки инкубации у всех образцов, в отличие от контроля, наблюдалось дальнейшее улучшение энергетики. Это закономерно, учитывая роль железа в гликолизе. Однако, по структуре более нежных и четких стримеров короны свечения, с высокой яркостью свечения внутреннего круга (самой капли) выделяется мегаферин, как наиболее биодоступный по критериям, выявленными нами ранее для структурированной воды [5].

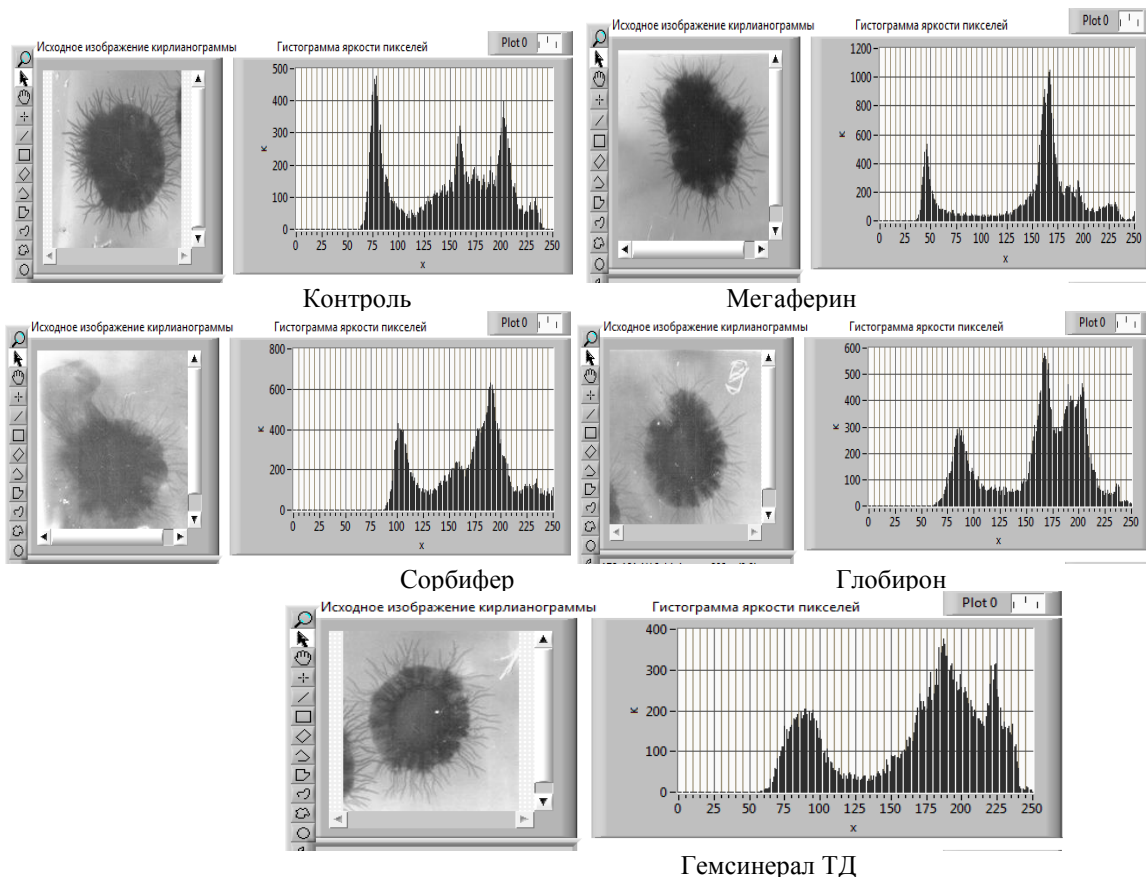


Рис. 2. Гистограммы яркостей образцов лимфоцитов крови с препаратами железа после забора крови.

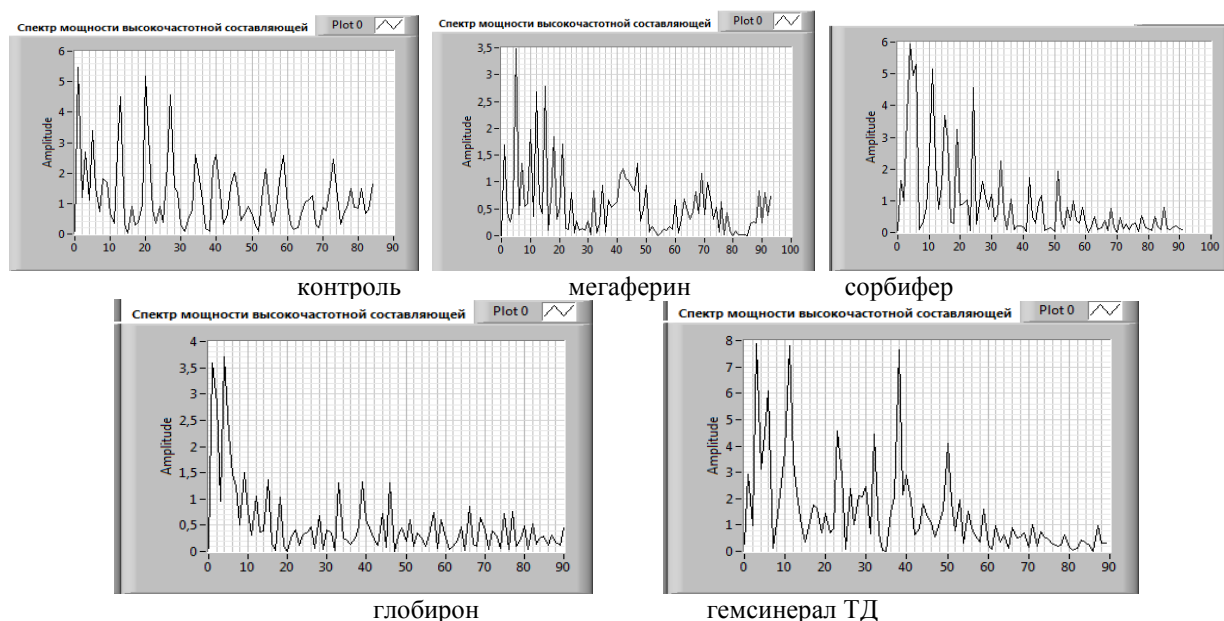


Рис. 3. Спектр мощности высокочастотной составляющей кирлиан- изображения взвеси лимфоцитов с препаратами железа после забора крови.

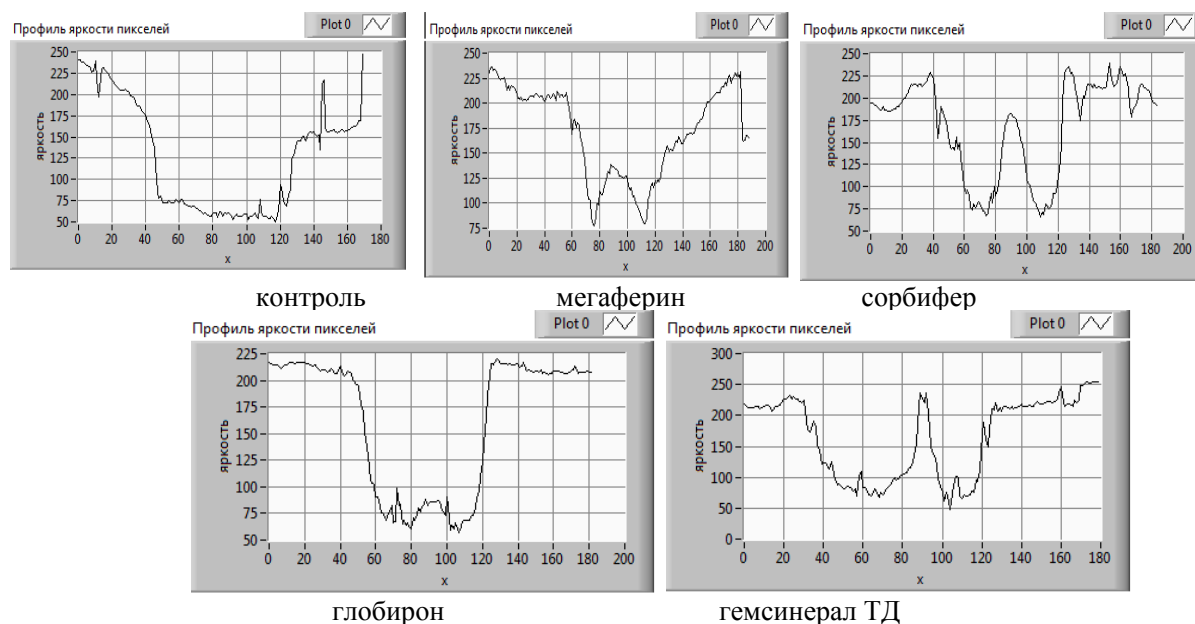


Рис. 4. Профили яркостей кирлиан-изображений образцов лимфоцитов с препаратами железа через сутки инкубации.

По данным литературы, он не вызывает оксидантного стресса, благодаря трех-валентному железу, в отличие от других препаратов 2-х валентного железа, различающихся его солями [2]. Наименее токсичный из них для данного пациента – сорбифер, наиболее токсичным оказался глобирон. Ниже представлены некоторые графики компьютерной обработки кирлиановских изображений образцов. Представленные графики демонстрируют явное отличие биоэнергетики лимфоцитов с мегаферинотом от контроля и других образцов по признакам когерентности, с которым связано физиологическое действие вещества [6].

Выводы. Перспективным является дальнейшее изучение возможности применения метода классической кирлианфотографии для индивидуализации лекарственных препаратов в терапевтической практике.

Литература:

1. Балабина Н.М. Состояние перекисного окисления липидов у больных с железодефицитной анемией // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – № 3. – С. 41-43.
2. Выдыборец С.В., Сергиенко А.В. Побочные реакции и осложнения при применении препаратов солей железа // Гематология. Трансфузиология. Восточная Европа. – 2016. – Т. 2, № 1. – С. 82-92.
3. Козинец Г.И. Интерпретация анализов крови и мочи. – 1995. – АТЗТ "САЛИТЬ" – 123 с.

4. Песоцкая Л.А., Глухова Н.В. Возможности использования кирлианографии в подборе лекарственных препаратов // Тезисы научно-практической конференции с международным участием «Избранные вопросы медицинской и биологической информатики и кибернетики», 24-25 марта 2016 г., г. Киев <http://inmeds.com.ua/content/confer2016/>.
5. Песоцкая Л.А., Глухова Н.В. Способ оценки биологической активности воды. Патент на полезную модель. Пат. 91003 Украина: МПК G01N 21/00. Заявлено 19.12.2013; опубл. 25.06.2014 г., Бюл. №12, 5 с.
6. Песоцкая Л.А., Глухова Н.В. Способ определения когерентного состояния воды / Патент Украины на полезную модель №100834 от 10.08.2015 г. Бюл. №15. – 8 с.

ДЕТСКАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

М.Ю. Нечин

Рязанский ГМУ им. акад. И.П.Павлова, г. Рязань

E-mail: ne4inne@yandex.ru

В этиопатогенезе болезней зависимости детская психическая травма играет большую роль. В статье описано исследование, в котором изучили группу взрослых больных алкоголизмом, проходящих лечение и реабилитацию в наркологическом стационаре, на предмет встречаемости психотравматических событий в анамнезе. Результаты сравнили с контрольной группой здоровых лиц подросткового возраста. Изучены психологические механизмы защиты от психической травмы.

Ключевые слова: детская психическая травма, алкоголизм.

Когда мы изучаем проблему алкоголизма, к ней следует подходить, учитывая мультифакторный характер этиопатогенеза болезней зависимости от психоактивных веществ. Большое значение в развитии алкогольной зависимости имеют факторы социально-психологического характера. А среди них немаловажную роль играют переживания психотравматического характера в детстве пациента [1, 5, 8, 10]. Причем это могут быть как объективно тяжелые, безусловно патогенные внешние ситуации (утрата родителей, воспитание ребенка в интернате, сексуальное или физическое насилие и т.п.), так и «условно патогенные» факторы - неспособность ближайшего окружения обеспечить ребенку атмосферу доверия, защищенности, взаимопонимания [4, 8, 9, 12, 14, 15, 16]. Ряд авторов выделяют как серьезный психотравматический опыт близкое общение с будущим самоубийцей, а так же факт наличия суицидальных смертей в семье [2, 3, 6, 7].

В зарубежных исследованиях также уделяется немало внимания изучению роли психотравмы в развитии психической патологии. Но одновременно с изучением психотравмирующих событий в детстве пациента исследуются защитные механизмы психики и способы адаптации пациента к психической травме. Считается, что основным механизмом,

с помощью которого индивид справляется с психотравмой, является диссоциация. Диссоциация – разделение, разобщение связей; бессознательный процесс, разделяющий мышление (или психические процессы в целом) на отдельные составляющие, что ведет к нарушению обычно интегрированных функций сознания, памяти, идентичности и восприятия окружающего. Считается, что диссоциация прекращает сознательный доступ к болезненным воспоминаниям и представлениям и, таким образом, защищает индивида от осознания того, что произошло во время травматического события. Несмотря на защитный характер диссоциативных процессов, исследования показали, что при длительном существовании диссоциативного процесса защитный характер его превращается в основу для искаженного восприятия действительности, неблагоприятно сказываясь на адаптации [11, 17, 18, 19, 20].

Таким образом, является перспективным продолжение изучения влияния событий психотравмирующего характера в детстве больных алкоголизмом, на развитие в дальнейшем алкогольной болезни. Исследование должно проводиться с учетом развития специфического для психотравматизации защитного механизма – процесса диссоциации психики. Целесообразность этого объясняется тем, что для лиц с выраженными процессами диссоциации, пережившими детскую психическую травму, разработаны методы психотерапевтической коррекции травматического опыта. В случае выявления значительного уровня диссоциативных процессов у больных алкоголизмом и подтверждения травматического происхождения диссоциации у них эти методы могут использоваться в отношении лиц зависимых от алкоголя.

Материалы и методы.

1. Мы исследовали 90 больных, проходивших лечение по поводу алкоголизма в наркологическом стационаре. Возраст пациентов находился в пределах от 19 до 59 лет (средний возраст составил $39,9 \pm 1,5$ года).

2. В качестве контроля мы исследовали 31 психически здоровый испытуемый в возрасте от 21 до 59 лет, средний возраст – $43,2 \pm 2,2$ года.

Больные обеих групп не отличались по возрасту и уровню образования.

Основные методы исследования: 1) Метод клинического обследования больных алкогольной зависимостью. 2) Метод клиническо - анамнестической оценки детского психотравматического опыта. Принимая во внимание данные научных исследований, мы выделили 3 группы факторов детского травматического опыта: 1) родительская дисфункция (алкоголизация родителей, агрессия со стороны родителей, холодность воспитания, импульсивность родителей, отсутствие чувства желанности, чувство заброшенности в детстве); 2) болезненная сепара-