

В работе изучены концентрации про- и противовоспалительных цитокинов, хемокинов, факторов активации лимфоцитов в семени мужчин, больных малосимптомными формами хронической урогенитальной инфекции, осложненной бесплодием. Установлено, что их соотношение влияет на процессы матурации. Показано, что применение дифференцированной иммунокоррекции бесплодных мужчин с малосимптомными формами урогенитальных инфекций приводит к улучшению субпопуляционного состава лейкоцитов спермы и морфофункциональных особенностей сперматозоидов, к нормализации концентраций про- и противовоспалительных цитокинов и, следовательно, к увеличению оплодотворяющего потенциала.

S. Yu. Tsiporenko

DIFFERENTIATED IMMUNOTHERAPY OF MEN, SUFFERING ON OLIGOSYMPOMATIC FORMS OF A CHRONIC UROGENITAL INFECTION COMPLICATED BY STERILITY

Keywords: male infertility, semen, morphotypes of sperm, subpopulations

composition of white blood cells, cytokines, chemokines, activation of lymphocyte markers, differentiated immunotherapy, polyoxidonium, immunomax, nukleks.

Concentrations of pro- and anti-inflammatory cytokines in the seed of patients with oligosymptomatic forms of a chronic urogenital infection complicated by sterility are studied. It is set that their correlation influences on the processes of maturation. It is shown that the applications of differentiated immunocorrection infertile men with oligosymptomatic forms of urogenital infections leads to an improvement of leukocyte subpopulations and morphological and functional characteristics of sperm, to normalization the concentrations of pro- and anti-inflammatory cytokines and, therefore, increase the fertilizing capacity.



УДК: 616.006.

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА-ОНКОЛОГА И ПАЦИЕНТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ: ГИПОТЕЗА ВЛИЯНИЯ БОЛЬНОГО НА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

■ С. А. Мисяк, к. мед. н., ст. н. сотр. отд. иммуноцитохим. и онкогематол.

■ *Институт экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Р. Э. Кавецкого НАН Украины, г. Киев*

Взаимоотношения между врачом и пациентом выстраивались и выстраиваются на основании деонтологии, науки о поведении медицинского персонала. В системе взаимоотношений между врачом и пациентом были выделены четыре модели их поведения: **1. Патерналистская** (врач настоятельно рекомендует схему лечения); **2. Либерационная** (врач информирует больного о диагнозе и методах лечения, оставляя право выбора метода за пациентом); **3. Технологическая** (упор делается врачом на данные диагностики, определяя метод лечения в зависимости от технологических показателей); **4. Интерпретационная** (ответственность за выбранную модель лечения возлагается на пациента, врач предоставляет больному информацию, полученную в результате диагностики, информирует и интерпретирует полученные данные, предоставляя последнему взять ответственность за выбор лечения). Таким образом, мы отмечаем, что между врачом и пациентом выстраиваются отношения доверительного или договорного характера, связанные с выбором формы и метода лечебного процесса.

В то же время следует отметить, что работа врача носит специфический характер в психосоциальной сфере. Необходимость постоянно брать на себя боль и страдания других людей, высокий темп работы, груз ответственности – все это постепенно размывает фундамент даже самой прочной психики и приводит к формированию хронического стресса. Постепенно накапливается и

физическая усталость, которая полностью не проходит после кратковременного отдыха. Это состояние называют синдромом эмоционального выгорания. Среди врачей отмечается высокий уровень заболеваемости психическими заболеваниями по сравнению со средними показателями у населения. У них часто встречаются тревожные состояния, депрессия, суицидальные попытки, злоупотребление алкоголем. Среди медицинских сестер прослеживается более высокий, чем у врачей, уровень заболеваемости психическими расстройствами, который выше среди специалистов женского пола по сравнению с мужчинами. Обследование медицинских сестер психиатрического профиля, работающих в специализированных больницах, показало повышенный уровень заболеваемости психическими расстройствами [1].

В медицине существует проблема безопасности врачей, медицинских работников от условий, возникающих в сфере их деятельности [2, 3]. Особое место среди медицинских направлений занимает онкология.

В данной статье выдвигается гипотеза, в которой предполагается, что онкологический больной, при определенных условиях, способен воздействовать на врача-онколога и индуцировать у последнего онкологическое заболевание.

Результаты. В соответствии с должностной инструкцией врач-онколог обеспечивает раннее выявление, квалифицированное и своевременное обследование, специа-

лизированное лечение при онкологических заболеваниях, диспансерное наблюдение за онкологическими больными, проведение экспертизы временной нетрудоспособности и своевременное направление на ВКК (КЭК) и МСЭК. Профессиональная деятельность врачей-онкологов проходит через призму новых императивов и вызовов, сложившихся в системе здравоохранения в результате происходящих в обществе преобразований на макросоциальном уровне. Работа врачей-онкологов осуществляется в условиях повышенных социопсихологических требований, приводящих к возникновению ряда социальных и психологических проблем. При изучении проблем, имеющих место у больных и инвалидов [4], были выделены следующие категории: 1) индивидуальные (депрессия, беспомощность, состояние физического нездоровья); 2) семейные проблемы (конфликтность, жестокость одного из членов семьи, нерешенная проблема взаимоотношений между родителями-детьми и мужьями-женами); 3) социальные проблемы (отсутствие жилья, неопределенность своего будущего); 4) коммуникативные проблемы (неадекватное общение с людьми, конфликтность); 5) экономические проблемы (бедность, финансовые проблемы, отсутствие работы).

В процессе лечения между врачом-онкологом и онкологическим больным происходит коммуникация, порожденная необходимостью восстановления здоровья у пациента. Общение между врачом и пациентом носит информационно-коммуникативный характер (приём и передача информации), регуляционно-коммуникативный характер (взаимокорректировка действий) и перцептивный характер (восприятие и познание друг друга, установление на основе этого взаимопонимания).

Постараемся на основании исследований, проведенных Л. Х. Гаркави, С. Сперанским, David Phillips, William A. Tiller, обосновать выдвигаемую гипотезу, что онкологический больной может при определенных условиях индуцировать у врача-онколога онкологическое заболевание.

Во-первых. Возможно ли возникновение онкологического заболевания у врача-онколога при хроническом стрессе, который имеет место при синдроме хронической усталости? Л. Х. Гаркави и др. (1990 г.) экспериментально доказали на животных прогрессирование опухолей на фоне стресса, торможения их роста на фоне адаптационной реакции тренировки и возможности их полного исчезновения на фоне реакции активации. Психосоциальные конфликты обуславливают целую цепь реакций, повышающих риск возникновения и прогрессирования онкологического заболевания. Стрессовые ситуации или «длительный пассивный стресс» сопровождаются возбуждением гипоталамуса и лимбической системы, что приводит к повышению активности коркового и мозгового слоев надпочечников, выбросу катехоламинов и глюкокортикоидов. Иммунодепрессивный эффект последних повышает вероятность нарушений в механизмах уничтожения бластогенных клеток, постоянно образующихся в течение жизни человека [5].

Во-вторых. Врач-онколог постоянно работает с амбу-

латорными картами, историями болезни, специальными научными клиническими журналами, монографиями, в которых рассматриваются клинические материалы, методы и технологии лечебного процесса у онкологических больных. Врач находится внутри информационного онкологического поля.

В конце 70-х годов XX столетия американский социолог David Phillips заметил следующую закономерность: после того, как на первых полосах газет появляется информация о самоубийствах, начинают со странной закономерностью падать самолеты, увеличивается количество автомобильных аварий, самоубийств. David Phillips назвал это явление феноменом Вертера, по имени героя гетевского романа «Страдания юного Вертера». Phillips выяснил, что на людей оказывает влияние не столько сам факт самоубийства, сколько растиражированная о нем информация. Феномен Вертера имеет ритмичность негативного характера, возникает на третий день после публикации и к одиннадцатому дню его губительное действие заканчивается [6].

В настоящее время телевидение и СМИ не просто доносят до людей негатив, они его подробно разбирают, что делает подобные вещи намного страшнее и опасней. Человек оказывается под действием не просто феномена Вертера, он оказывается в искусственно сформированном «поле страха». Учитывая тот факт, что чувство страха присуще больным с онкологическим заболеванием и сам врач-онколог осознает его присутствие у пациента, участники коммуникации «врач-пациент» одинаково резонируют на факт онкологического заболевания.

Для подтверждения существования информационного поля сделаем ссылку на открытие, которое сделал С. Сперанский (1968), и назвал его феноменом Сарнова. Он обнаружил, что мыши, находящиеся в клетке длительное время, теряют индивидуальность и становятся похожими друг на друга. Они начинают однотипно реагировать на раздражающие факторы. После проведения дополнительных исследований ученый пришел к выводу, что «информационный шум» внутри сообщества мышей приводит к таким же результатам, как если бы мыши подвергались токсическому воздействию. В дальнейшем были получены новые доказательства зависимости состояния живых существ от «эмоционального поля» – как животных, так и человека [7].

Врач на своем рабочем месте систематически подвергается разнообразным воздействиям со стороны пациентов, в том числе психологическому и информационному прессингу. У врача с возникновением синдрома эмоционального выгорания появляются признаки информационного нападения.

В-третьих. William Tiller обнаружил, что при проведении четкого сознательного намерения можно получить значительные изменения в свойствах материальной субстанции. Для этого был проведен эксперимент, когда в сосуде с водой изменялся кислотно-щелочной баланс (pH) только под воздействием лишь сознательного намерения,

без добавления химических реагентов. Таким образом, мысль может быть зафиксирована в водной структуре. Следовательно, определенные идеи, мысли эмоционально окрашенные, могут существовать самостоятельно, независимо от породившего его субъекта. Мысли на сознательном или бессознательном уровне могут существовать как независимые тела и обладать своими свойствами [8].

Модель Тиллера позволяет продемонстрировать, что человеческие мысли и эмоции могут существовать в пространстве, вызывая консонанс или диссонанс. Richard Gerber (1996) считает, что когда-нибудь будет экспериментально доказано, что эмоции – не только проявление сознания, но и материя особого порядка, обладающая магнитными свойствами. Трудности лечения болезней, этиологически связанные с эмоциональным состоянием, как раз и обусловлены тем, что эмоции легко «приклеиваются» к нашим чувствам [8]. Cleve Backster, американский ученый, установил, что растения воспринимают мысли человека на расстоянии. Агрессивная мысль по отношению к растению вызывает у последнего защитную реакцию. Растения впадают в состояние «ужаса», когда человек пытается их сорвать. Реакцию растений на мысль человека он назвал «первичным восприятием». В дальнейшем в

экспериментах с бактериями, куриными яйцами, сперматозоидами человека «первичное восприятие» было отмечено у всех живых существ [9].

Выводы

Предварительный анализ по изучению взаимоотношений между врачом-онкологом и больным со злокачественным новообразованием указывает на то, что при определенных условиях возможно влияние пациента на врача и передача ему онкологической информации через рабочее пространство, в котором они находятся. Учитывая тот факт, что по данным Международного агентства по изучению рака при ООН (пресс-релиз № 224 от 03.02.2014), количество больных с онкологическими заболеваниями в ближайшее время вырастет почти в 2 раза, следует не только детально изучить влияние информационного поля на медицинских работников, работающих в онкологической сфере, но и разработать средства защиты онкологов. Рост онкологических заболеваний превышает рост количества специалистов, работающих в онкологии, и в этой ситуации возникает необходимость защиты и безопасности последних.

Література

1. Дубина И. Г. Украинский союз психотерапевтов. Сумское отделение. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.usp-sumy.sumy.ua/statija_roman_22.htm,
2. Рева В. Д. К вопросу об особенностях заболеваемости врачей / В. Д. Рева // Гигиена труда и проф. забол. 1989. – № 11. – С. 4-7.
3. Бульбулян М. А. Смертность от злокачественных опухолей в группе женщин-медицинских работников / М. А. Бульбулян // Вопр. Онкол. 1991. – № 5. – С. 539-544.
4. Місяк С. А., Молчанова К. В. Побудова реабілітаційного процесу для осіб з інвалідністю в умовах навчально – реабілітаційного центру / Матер. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю Укр. держ. наук.-дослід. інст. мед.-соц. пробл. інвалідності «Інноваційні діагностичні технології в медико-соціальній експертизі і реабілітації інвалідів». – 2005, Вересень, 21-22, Дніпропетровськ, Пороги. – С. 175-177.

5. Гаркави Л. Х. Квакина Е. Б. Уколова М. А. Адаптивные реакции и резистентность организма. / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, М. А. Уколова. Ростов / Д: Издательство Ростовского университета. – 1990. – 224 с.
6. Эффект Вертера. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ru.wikipedia.org/wiki/Эффект_Вертера.
7. Феномен Сарнова и что с ним делать. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.mifoskop.ru/sc02.html>.
8. Гербер Ричард. Вибрационная медицина. М.: София, Гелиос, (2001). – 592 с.
9. Cleve Backster. Primary Perception: Biocommunication with plants, living foods, and human cells White Rose Millennium Press, (2003). – P. 73-82.

Поступила в редакцию 25.04.2016

УДК: 616.006.

Місяк С. А.

ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ СТОСУНКІВ ЛІКАРЯ-ОНКОЛОГА І ПАЦІЄНТА З ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ: ГІПОТЕЗА ВПЛИВУ ХВОРОГО НА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Ключові слова: хворий, онкологія, лікар, вплив.

У статті автором запропонована гіпотеза впливу онкологічного хворого на лікаря-онколога. Попередній аналіз по вивченню взаємовідносин між лікарем-онкологом і хворим зі злоякісним новоутворенням вказує на те, що за певних умов можливий вплив пацієнта на лікаря і передача йому онкологічної інформації через робочий простір, в якому вони перебувають.

С. А. Мисяк

ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА-ОНКОЛОГА И ПАЦИЕНТА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ: ГИПОТЕЗА ВЛИЯНИЯ БОЛЬНОГО НА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Ключевые слова: больной, онкология, врач, влияние.

В статье автором предложена гипотеза влияния онкологического больного на врача-онколога. Предварительный анализ по изучению взаимоотношений между врачом-онкологом и больным со злокачественным новообразованием указывает на то, что при определенных условиях возможно влияние пациента на врача и передача ему онкологической информации через рабочее пространство, в котором они находятся.

Misiak S. A.

INTERCONNECTION OF RELATIONS OF ONCOLOGIST AND CANCER PATIENT: A HYPOTHESIS OF THE PATIENT INFLUENCE ON THE HEALTH WORKER

Keywords: patient, oncology, doctor, impact.

In the article the author proposed hypothesis of influence of cancer patient on the oncologist. The preliminary analysis on the study of the relationship between oncologists and patients with malignant tumors indicates that under certain conditions the possible impact on the patient's doctor and the transfer of cancer information through the workspace in which they are located.

