правлений, способствующих решению данной проблемы, является выделение среди беременных групп риска с последующим мониторным контролем данной категории женщин. Целью исследования явилось выявление факторов риска привычного невынашивания беременности и прерывания беременности на ранних сроках у данной группы женщин. Основную группу составили 150 женщин с угрозой прерывания беременности ранних сроков и привычным невынашиванием беременности. Группу контроля составили 200 беременных женщин с отсутствием угрозы прерывания в первом триместре гестации. Средний возраст женщин основной группы достоверно превышал данный показатель контрольной группы. При оценке социально-бытовых, анамнестических факторов выявлено, что женщины с привычным невынашиванием достоверно чаще были служащими, имели неблагоприятные профессиональные факторы и состояли в повторном браке, достоверно чаще указывали на наличие хронических заболеваний, вирусного и бактериального инфицирования, оперативных вмешательств на органах репродуктивной системы, отягощенную наследственность по материнской линии (самопроизвольные выкидыши, мертворождения). При анализе течения настоящей беременности диагностирована неразвивающаяся беременность в первом триместре гестации у 20 пациенток (19,3%). Достоверно чаще в группе с неразвивающейся беременностью женщины были рабочими, испытывали воздействие пыли в ходе профессиональной деятельности, имели низкую медицинскую активность. У них достоверно чаще отсутствовала прегравидарная подготовка по сравнению с пациентками с привычным невынашиванием в анамнезе и пролонгированием настоящей беременности. Полученные данные еще раз подчеркивают необходимость прегравидарной подготовки женщин с нарушенной репродуктивной функцией.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ МОКРОТЫ И СОДЕРЖАНИЕ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Джамалудинов Ю.А., Позднякова О.Ю. Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала; Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, e-mail: oxana_stav@mail.ru

Материалы и методы: обследовано 180 пациентов в возрасте от 24 до 69 лет с НБА. Диагноз БА, определение ее степени тяжести и контроля проводили на основании клинико-анамнестических данных, результатов комплексного лабораторно-инструментального исследования, критериев GINA, 2011. Определение уровня общего иммуноглобулина Е (IgE) количественным методом и специфических IgE, IgG антител полуколичественным методом к бактериальным аллергенам проводилось реактивами ООО НПО «Иммунотэкс» (Ставрополь). При этом уровни содержания Ig определялись в диапазонах: vpoвень 0 - от 0 до 0.35 Кед/л; уровень I - от 0.35 до 1 Кед/л; уровень II – от 1,0 до 3,5 Кед/л; уровень III – от 3,5 до 17,5 Кед/л; уровень IV – от 17,5 до 50 Кед/л. У всех пациентов выполняли общий анализ мокроты и посев материала на питательные среды с дальнейшей идентификацией возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам. Выделение микроорганизмов в диагностических титрах 106 КОЕ/мл и более считалось критерием этиологической значимости бактериального агента. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ Microsoft Excel 2000, применялись критерии Стьюдента, в качестве вероятности ошибки допускалась величина, равная p < 0.05.

Результаты: при анализе культурального микробиологического исследования было выявлено преобладание представителей условно-патогенной микрофлоры ротовой полости и верхних дыхательных путей. Инфекционная этиология обострения подтверждена у 76,3% больных НБА. Наиболее часто выявлялись Streptococcus pyogenes (S.pyogenes) и Streptococcus pneumoniae (S.pneumoniae) (43,8% и 32,2% соответственно). Staphylococcus aureus (S.aureus) и Haemophilus Influenzae (H.influenzae) были идентифицированы в 19,4%. Представитель энтеробактерий Escherichia coli (E.coli) выявлялась в 16,7%. Атипичные возбудители Chlamidophila pneumoniae (C.pneumonia) и Mycoplasma pneumoniae (М.pneumoniae) были диагностированы в 17,2% и 13,6% соответственно. Реже всего встречались Branchamella catharrahalis (Br.catharrhalis), Moraxella catarrhalis (M.catarrhalis) и Klebsiella pneumoniae (K.pneumonia). Следует отметить, что у 44,8% пациентов НБА выделялось по два, три и более патогенов. Количественное соотношение возбудителей, вызывающих НБА, было следующим: выявлен один возбудитель у 64,9% пациентов; два возбудителя – у 23,0%; три и более возбудителей выявлено у 12,2% больных НБА.

Признаки бактериальной сенсибилизации были выявлены у 128 пациентов НБА из 180 обследованных. Значимость аллергии к бактериям была подтверждена выявлением антител изотопа IgE к S.pyogenes у 23,5%, S.pneumoniae – у 40,3%, S.aureus. – у 67,2%, E.coli – у 68,6%, Proteus vulgaris (P.vulgaris) – у 55,6%, K.pneumoniae – у 49,4%, B.catharrhalis – 31,5% и H.influenzae у 52,9% больных НБА. Высокая и очень высокая сенсибилизация IgG отме-

чалась к S.pyogenes y 20,6%, S.pneumoniae – y 16,4%, S.aureus. – y 29,6%, E.coli – y 34,6%, P.vulgaris – y 37,2%, K.pneumoniae – y 32,1%, B.catharrhalis – 32,4% и H.influenzae y 38,7% больных НБА.

При сравнительном анализе результатов бактериологического исследования мокроты и частоты высокого уровня сенсибилизации у больных НБА к бактериальным агентам было выявлено, что аллергизация E.coli превышала частоту высеянного микроорганизма в 2 раза по IgG и в 4 раза по IgE, S.aureus – в 1,5 раза по IgG и в 3,4 раза по IgE. Частота выделения H.influenzae из посевов превышала в 2,6 раза по IgE и в 2 раза по IgG частоту атопии к этому агенту.

В нашем исследовании частота высокого уровня сенсибилизации превышала частоту высева микроорганизма из мокроты. Преобладающее число микробных агентов не давало роста в образцах мокроты, хотя аллергический фонбыл ярко выражен. Это может свидетельствовать о том, что проведение рутинного микробиологического исследования не всегда дает возможность выявить этиологически значимого возбудителя обострения НБА и в большинстве случаев отражает микробную флору ротовой полости и верхних дыхательных путей.

Выводы: выявлена современная этиологическая структура обострения НБА (ведущие инфекционные агенты – S.pyogenes, S.pneumoniae, S aureus H.ifluenzae, C.pneumonia M.pneumonia), на основании которой можно более точно и эффективно проводить лечение данного заболевания. Бактериологическое исследование мокроты не всегда позволяет выявить этиологически значимого агента, вызвавшего обострение НБА. Поэтому для этиологической диагностики обострения НБА информативным является определение специфических бактериальных IgE и IgG, что позволяет уточнить характер сенсибилизации и провести адекватное лечение пациентов.

ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИМИТИВНЫХ (БЕЗУСЛОВНЫХ) РЕФЛЕКСОВ У ДЕТЕЙ С ДЦП

Дьякова В.Н., Епифанцев А.В.

ГБУ РО «Областная детская больница», Ростов-на-Дону, e-mail: kastenka@rambler.ru

Актуальность темы. В последние десятилетия ряд исследователей придают большое значение патологической активности примитивных безусловных рефлексов (ПБР) в поддержании аномального мышечного тонуса у детей с детским церебральным параличом (ДЦП). При помощи методов прикладной кинезиологии, удалось обнаружить задержку конвертации и изменение проявлений примитивных рефлексов у детей, страдающих ДЦП в разные возрастные периоды.

Цель работы. Целью работы стало выявление патологических безусловных рефлексов у детей с ДЦП и их коррекция с помощью рефлексотерапии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 23 ребенка с диагнозом ДЦП в возрасте от 2 до 16 лет (15 детей с гемипаретической формой – 62,5%, 5 детей с двойной гемиплегией – 21,7%, 2 детей с атонически-астатической формой заболевания – 8,7%, 1 ребёнок с гиперкинетической формой – 4,3%), у которых приоритетным в задержке конвертации являлась энергетическая и эмоциональная составляющая. Дети находились под нашим наблюдением в течение 9-12 мес.

В диагностике патологических примитивных рефлексов применялась стандартизированная методика прикладной кинезиологии с использованием проводника

Результаты и обсуждение. При традиционном рефлекторном лечении у данных пациентов применяли достаточно стандартный рецепт акупунктурного воздействия – VG-20, VG-21, VG-14, GI-10, GI-11, GI-14, GI-18, V-23, V-62, MC-6, MC-51, E-36, E-40, E-42, P-7, R-6, R-7, RP-6, VB-10, TR-3,TR-4, C-3, P-7. При гиперкинезах добавлялись еще точки IG-3, IG-4, IG-9, VB12, VB-15, VB-20, VB-34, VB-39, VB-41. В лечении атонически-астатической формы употреблялись также биологически активные точки V-4, V-10, V-11, VG-17, VG-19, VG-23, VG-24,

С использованием прикладной кинезиологии на первом этапе обследования детей с ДЦП особое внимание уделялось выявлению следующих безусловных рефлексов: рефлекса паралича при страхе (РПС), рефлекса Моро, тонического лабиринтного, симметричного и асимметричного шейных тонических рефлексов.

У 18 пациентов с ДЦП (78,3%) при мануальном мышечном тестировании (ММТ) выявлена патологическая активность рефлекса паралича при страхе, у остальных 5 детей (21,7%) – рефлекс Моро. Именно эти рефлексы у данных пациентов являлись приоритетными, не смотря на имеющуюся патологическую недостаточность других безусловных рефлексов (симметричного и асимметричного шейного тонических рефлексов, а также лабиринтного тонического рефлекса).

Для рефлекторной коррекции имеющейся неврологической симптоматики у пациентов были задействованы все вышеуказанные активные точки, всего за сеанс 1-3 иглы. Для угнетения патологически активных рефлексов у всех больных дополнительно применяли и другие рефлекторные зоны: для РПС — Р-5 слева (16 детей — 92,8%), Е-40 и Е-42 с обеих сторон (78,9% — 14 детей), у 6 пациентов (26,1%) указанные точки были приоритетными с одной из сторон, V — 1 с обеих сторон давали заметное усиление тестируемых мышц в 95,4% случаев (17 детей). Для коррекции активности рефлекса Моро приоритетными ока-