

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

При сравнительном анализе результатов бактериологического исследования мокроты и частоты высокого уровня сенсibilизации у больных НБА к бактериальным агентам было выявлено, что алергизация *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 сенсibilизации превышала частоту высева микроорганизма из мокроты. Преобладающее число микробных агентов не давало роста в образцах мокроты, хотя алергический фон был 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.influenzae*, *S.pneumonia* и *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 сенсibilизации 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 ребенок 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 рефлексорном 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 асимметрично-го 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 рефлексорной 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 рефлексорные зоны: для РПС – P-5 слева (16 детей – 92,8%), E-40 и E-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-

зались следующие точки: VB-1 с обеих сторон у 2 детей (47,8%), VB-30 с обеих сторон у 5 пациентов (98,9%), а также точки P-1 и P-5 слева у 3 пациентов (60,1%).

В результате проведенной избирательной рефлексотерапии в течение 2-3 месяцев наблюдения отмечена выраженная положительная динамика в виде снижения активности патологических рефлексов. У 9 детей (50,1%) – уменьшилось количество страхов, улучшились коммуникативные функции, произошло снижение мышечного напряжения, улучшились речевые навыки. У 3 больных (16,7%) вышеуказанные изменения произошли через 3-5 мес., у 10 пациентов (43,5%) произошел переход приоритетности рефлексов от РПС к рефлексу Моро. В дальнейшем этими больными проводилась работа по описанной методике с приоритетом по точкам для рефлекса Моро. Для коррекции у детей приоритетного рефлекса Моро потребовалось больше времени – от 4 до 9 месяцев: у детей уменьшилась агрессивность, стали более открытыми, также отмечена коррекция мышечного тонуса, улучшение тонкой моторики рук и речи.

**Выводы.** 1. У детей с ДЦП имеет место патологическая активность одних безусловных рефлексов (РПС, рефлекса Моро) и недостаточность других (рефлекс Галанта, Переза, походки, ползания, тонических рефлексов);

2. Применение иглорефлексотерапии в коррекции неврологической симптоматики у детей, страдающих ДЦП, с использованием методики прикладной кинезиологии, позволили снизить активность безусловных рефлексов, а также повысили эффективность других проводимых реабилитационных мероприятий.

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Маль Г.С., Кувшинова Ю.А.

*Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: kuwschinka1991@mail.ru*

Сердечно – сосудистое заболевание (ССЗ) – лидирующая причина смертности во всем мире. По прогнозам экспертов, количество смертей от ССЗ в мире возрастет за счет увеличения смертности среди мужского населения планеты до 24,2 млн к 2030 году.

**Цель работы:** определить «качество жизни» больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) использующих стандартную терапию в сочетании с омега-3 омакором и симвастатином.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилось 90 мужчин в возрасте от 61 до 69 лет (65,1±4,8) с ИБС постинфарктным кардиосклерозом и первичной гиперлипидемии (ГЛП) на фоне нарушений ритма.

**Результаты проведенных исследований:** У больных, получавших омакор и симвастатин, установили сходную по направленности дина-

мику показателей качества жизни. Наиболее значительными оказались изменения в оценке состояния физического здоровья и его влияния на качество жизни (57,2% для омакора и 37,1% для симвастатина), и также на общий уровень социальной активности (омакор – 18,1%, симвастатин – 27,7%). Отмечено снижение влияния болевого синдрома на качество жизни и достоверный прирост по шкале жизнеспособности (VT).

### ОЧЕРКИ О ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОРФОЛОГИИ ЛИМФОУЗЛА. СООБЩЕНИЕ IX. СРАВНИТЕЛЬНАЯ МИКРОАНАТОМИЯ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ

Петренко В.М.

*Российская Академия Естественных Наук, Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy2011@yandex.ru*

Селезенка и лимфоузел (ЛУ) имеют общее в функциональной морфологии: они представляются собой лимфоидные органы-биофильтры на путях оттока венозной крови и лимфы. Селезенка не содержит воротную систему и чудесную сеть микрососудов, а ЛУ – миелоидную ткань, которая в селезенке занимает место мозговых тяжей: в красную пульпу мигрируют дифференцирующиеся плазмциты (Хэм А., Кормак Д., 1983; Rabson A. et al., 2005). Лимфатическое русло в селезенке редуцировано и не контактирует с лимфоидной тканью. В этих органах дренажная система паренхимы двойная. Ветви артерий обычно заканчиваются в сети кровеносных капилляров, из которой выходят корни вен. Но в красной пульпе селезенки есть еще венозные синусоиды, а в ЛУ – лимфатические синусы. Оба органа имеют еще другие специализированные микрососуды: селезенка – кисточковые артериолы, ЛУ – посткапиллярные вены с высокими эндотелиоцитами. И в ЛУ, и в селезенке лимфоидная ткань окружает разветвления трабекулярных артерий в паренхиме. Лимфоциты поступают в паренхиму ЛУ через стенки посткапиллярных венул, а в белую пульпу селезенки – вероятно, через стенки кисточковых артериол (Buysnes N. et al., 1984). Все эти специальные микрососуды играют ключевую роль в функционировании селезенки и ЛУ как органов-биофильтров соответственно крови и лимфы, сосредоточены в промежуточной области паренхимы, примыкающей к лимфоидным узелкам, отделяя их от красной пульпы или мякотных тяжей. Синусоиды селезенки образуют специализированные коллатерали основного дренажного русла ее паренхимы. Им в ЛУ соответствуют лимфатические синусы. Синусоиды селезенки имеют те же входы и выходы, что и базовое капиллярное русло, а синусы ЛУ – это чудесная сеть экстраорганного лимфатического русла, коллатерального кровеносному руслу. В селезенке и в ЛУ биофильтр функционирует