

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 (рефлексов Галанта, Переза, 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 симвастатиана), 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 Естествознания, 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 плазмоциты (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 венулы 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 экстраорганный лимфатического русла, коллатерального кровеносному руслу. В селезенке и в ЛУ биофильтр функционирует