

15. Hanssens M., Keirse M.J., Vankelecom F., van Assche F.A. Fetal and neonatal effects of treatment with angiotensin-converting enzyme inhibitors in pregnancy // *Obstet. Gynecology.* – 1991. – Vol. 78. – P. 128-135.
16. Kaulhausen H., Wechsler E. Antihypertensive drug therapy during pregnancy // *Clin. Exp. Hypertension.* – 1988. – № 1-2. – P. 213-225.
17. Manninen A. Nifedipine reduces thromboxane A2 production by platelets without changing aggregation in hypertensive pregnancy // *Pharmacology Toxicology.* – 1996. – Vol. 78, № 1-2. – P. 107-119.
18. Perlberg J. Hypertension and pregnancy related hypertension // *Cardiology Clinics.* – 1998. – V. 16. – P. 79-102.
19. Redman C.W.G. Treatment of hypertension in pregnancy // *Kidney Internat.* – 1980. – Vol. 18. – P. 267-278.
20. Scardo J.A., Vermillion S.T., Hogg B.B., Newman R.B. Hemodynamic effects of oral nifedipine in preeclamptic hypertensive emergencies // *Amer. J. Obstet. Gynecology.* – 1996. – Vol. 175. – P. 336-340.
21. Shah D.M., Reed G. Parameters associated with adverse perinatal outcome in hypertensive pregnancies // *J. Hum. Hypertens.* – 1996. – V. 10. – P. 511-515.
22. Sibai B.M., Abdella T.N., Anderson G.D. Pregnancy outcome in 211 patients with mild chronic hypertension // *Obstet. Gynecology.* – 1983. – Vol. 61, № 5. – P. 571-576.
23. Witlin A.G., Sibai B.M. Magnesium sulfate therapy in preeclampsia and eclampsia // *Obstet. Gynecol.* – 1998 Nov. – V. 92 (5). – P. 883-889.
24. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. – National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National High Blood Pressure Education Program. – NIH Publication № 00-3029. – Originally Printed, 1990. Revised July 2000. – 39 p.
25. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension // *High Blood Press.* – 1999. – Vol. 8. – P. 1-4.

И.М. Лысенко, Т.М. Рябова
Витебский государственный
медицинский университет
г. Витебск

Частая респираторная заболеваемость у детей и безлекарственные методы ее реабилитации (часть II)

Клиническая лекция посвящена актуальной проблеме педиатрии - частой респираторной заболеваемости детей. Диспансерная группа таких детей самая многочисленная, а время, затраченное на лечение и реабилитацию пациентов, составляет большую часть рабочего времени участкового педиатра. На основании показателей эндокринной функции и иммунитета разработан план безлекарственной реабилитации детей на основе применения рефлексотерапии.

Материалы, изложенные в лекции могут быть применены в работе педиатров, семейных врачей и родителей.

Связь респираторных заболеваний с генотипом ребенка

Наследственная предрасположенность к заболеваниям тесно связана с оценкой фенотипических и генотипических характеристик ребенка. Установлена связь между определенными типами телосложения и заболеваемостью [Ветров В.П. с соавт., 1984].

С целью восстановления связей между заболеваниями и наследственными признаками человека могут быть использованы иммуногенетические, биохимические, физиологические, антропологические признаки биологической изменчивости, которая имеет генетическую детерминацию [Бочков Н.П., 1978; Wolanski N. et al, 1992].

Наглядно демонстрируют связь генных маркеров с заболеваниями системы группы

крови [Ботвиньев О.К., 1985]. Полагают, что дети с 0(1) группой крови реже болеют пневмонией. Чаще болеют ОРЗ дети с третьей группой крови [Chiswick L., 1985]. По мнению Edwards К.М (1985) более подвержены ОРЗ лица А(Н) гр.крови. У детей с 0(1) гр.крови чаще наблюдается стенозирующий ларинготрахеит [Hanson L. et al, 1985]. Среди больных рецидивирующим бронхитом преобладают дети со А(И) гр.крови [Ботвиньев О.К., 1985]. О.К.Ботвиньевым (1985) показано, что дети с групповой принадлежностью крови АВ(IV) в большей степени предрасположены к микробно-воспалительным заболеваниям и пневмонии, которые протекают во многих случаях особенно тяжело.

В отечественной литературе есть ссылки на роль генетических факторов в развитии заболеваний респираторного тракта [Бочков Н.П., 1978]. Ботвиньевым О.К. (1985) выявлена связь антропометрических показателей при рождении с состоянием здоровья детей. Фак-

торами риска частой респираторной заболеваемости у детей раннего возраста служат: масса тела и длина при рождении (низкие и высокие массо-ростовые показатели являются неблагоприятным преморбидным фоном), возраст (высокая степень риска заболеваний органов дыхания на втором полугодии жизни, опосредованная физиологическим падением гуморального иммунитета): гено- и фенотипические особенности матери. Наиболее тяжело болеют дети, имеющие низкие массо-ростовые показатели. Заболеваемость детей раннего возраста связана с недоразвитием функциональных систем, а у детей старшего возраста - с процессами износа, накопления "поломок" и развитием отказа в работе функциональной системы [Ботвиньев О.К., 1985]. Отмечена связь с полом аллергических заболеваний бронхолегочной системы (бронхиальная астма, астматический бронхит: чаще болеют мальчики) [Ботвиньева В.В. с соавт., 1978; 1980; Петров Р.В., 1982; Ботвиньева В.В., 1985; Ветров В.П. с соавт., 1991; Digeon M. et al, 1977; Drews G., 1980; Dawson K.P., 1983; Siniarska A. et al, 1992]. В то же время девочки и мальчики одинаково часто страдают острым и хроническим бронхолегочным воспалительным заболеваниям.

Показатель частоты госпитализации среди детей дошкольного возраста выше у мальчиков, особенно раннего возраста [Pugeejese A.A. et al, 1985]. Считают, что высокая заболеваемость среди мальчиков связана с их генетическими особенностями [Wilson W.R. et al, 1985]. Анализ распределения HLA антигенов показал, что у детей, болеющих ОРЗ, чаще выявляются антигены А 1 и А 26 [Луру V. et

al, 1983], но этот вопрос требует более глубокой проработки.

При исследовании фенотипических особенностей ЧДБ установлено, что среди дошкольников и младших школьников число леворуких составляет 7-11 %, причем у мальчиков встречается в 2 раза чаще, чем у девочек [Бочков Н.Н., 1978]. С возрастом количество леворуких уменьшается и к 16 годам достигает величины, характерной для взрослых (от 2-3 до 7-8 % в разных регионах страны). Заболеваемость среди леворуких представляет определенный интерес, и такие дети должны входить в группу риска по частой заболеваемости. К фенотипическим особенностям относится дерматоглифика, т.к. пальцевые узоры остаются постоянными в течение жизни. Выявлены некоторые закономерности дерматоглифических данных в диагностике заболеваний бронхолегочной системы [Бочков Н.П., 1978]. Наследуется тенденция к наличию или отсутствию какого-либо дерматоглифического показателя, а не сам показатель, т.е. речь идет скорее всего о мультифакториальном наследовании [Петров Р.В., 1982]. При нарушении эмбриогенеза, в результате которого могут сформироваться малые аномалии развития, врожденные пороки, заболевания и патологические синдромы, происходят отклонения в формировании дерматоглифических показателей. В связи с этим дерматоглифические особенности в сочетании с аномалиями развития могут считаться маркерами дисэмбриогенеза органа [Петров Р.В., 1982; Shonkoff J.P. et al, 1992].

Признаки дерматоглифики в большинстве своем имеют генетическую детерминацию. Данные дерматоглифики изменяются при хромосомных и генных заболеваниях и синдромах, врожденных пороках развития и, следовательно, изучение их имеет определенное диагностическое значение в педиатрии [Ботвиньев О.К., 1985].

Наряду с крупными пороками развития у детей могут формироваться малые аномалии развития, или "стигмы", которые также связаны с дисонтогенезом. Стигмы могут отражаться на внешнем облике человека или касаться отдельных органов, но не нарушать функции организма [Вельтищев Ю.Е., 1986; 1991]. Существует условный порог стигматизации, равный 4-7 "стигмам" у одного человека. Превышение этого порога у здоровых лиц может рассматриваться как отклонение особенностей конституционального развития в сторону диспластического варианта [Ветров В.П., с соавт., 1984]. Учет "стигм" и больших пороков развития имеет существенное значение для диагностики наследственных болез-

ней. Существует связь иммуноглобулинсинтезирующих систем с аномалиями развития. Эти нарушения в большей степени происходят с системами Ig A и Ig G, чем в системе Ig M, т.к. она филогенетически более древняя и обладает большей устойчивостью. Представленные данные свидетельствуют о важной роли генетических факторов в развитии частой ПРЗ у детей.

Т.о., дети, часто болеющие ПРЗ, представляют собой неоднородную группу с различными сложными иммунологическими нарушениями, обуславливающими различные сочетания патогенетических механизмов, понимание которых необходимо для разграничения первичных и вторичных иммунодефицитов. Имеется небольшое количество работ по комплексному изучению взаимосвязей изменений систем в организме, особенно иммунной и эндокринной. Существует острая необходимость социальной реабилитации таких детей при помощи иммуномодулирующей терапии, в том числе и безлекарственной коррекции иммунологических и эндокринных нарушений [Огнева М.Л., 1986].

**Немедикаментозная
реабилитация детей,
подверженных частым
респираторным заболеваниям
Немедикаментозная терапия в
повышении адаптационных свойств
детского организма**

Рефлексотерапия - один из лечебных методов, выдержавший многовековое испытание временем. Придя в современную медицину из практики древневосточной, она и сегодня достаточно эффективна при ряде заболеваний и патологических состояний [Балаян Я.М., 1962; Ибрагимова В.С., 1984; Мачерет Е.Л., Самосюк М.З., 1989], а в отдельных случаях, например, при лекарственной аллергии - незаменима.

Обогащенная новейшими достижениями биофизики, биоэнергетики, нейробиологии, эта наука вышла за рамки традиционного иглоукалывания, прижигания, массажа и прессыции точек. Широко применяются электропунктура, электроakupунктура, фотостимуляция, лазеротерапия, введение медикаментозных средств в определенные точки, воздействие магнитными полями, вибрацией, ультразвуком, металло- и цуботерапия и т.д. [Дуринян Р.А., 1965; Лувсан Г., 1980; 1991; Табеева Д.М., 1980; Гайденок В.С., Котенег В.И., 1982; Труфанов В.Ф. с соавт., 1985; Мачерет Е.Л., Самосюк М.З., 1989; Песиков Я.С., Рыбалко С.Л., 1990; Лысенко И.М., 1993; Mann

Н., 1974; Shانهai, 1976; Хоанг Бао Тяу с соавт., 1988].

Иглотерапия и другие методы оказывают механическое, гуморальное, рефлекторное и биэлектрическое действие, однако многие теоретические вопросы остаются еще не выясненными. Несомненный исторический интерес представляют древневосточные философские положения, служившие теоретической основой иглоукалывания: теория инь-ян, у-син, пяти элементов, чжан-фу - теория органических функций, концепция меридианов, учение об энергии "чи", правила - "мать-сын", "муж-жена", "полдень-полночь". Восточная медицина считает, что основа жизненного тонуса организма - борьба противоположных сил в организме "ян" и "инь". На этом принципе основываются взаимоотношения органов тела между собой и их связь с покровами тела. В организме поддерживается постоянное биологическое равновесие благодаря уравниванию энергии между "ян" и "инь", нарушение же его приводит к заболеванию.

Важнейшим положением рефлексотерапии является учение о точках воздействия (точки акупунктуры, биологически активные точки - БАТ), представляющих собой проекцию участков наибольшей активности дерматовисцеральной системы взаимодействия, существование которой доказано многими исследованиями (зоны Захарьина-Геда, кожно-сегментарно-висцеральные рефлексы). Точка акупунктуры представляет собой не только участок кожи, но и расположенные под ней глубже ткани - подкожную клетчатку, мышцы, нервные и сосудистые образования.

У БАТ имеются отличительные от окружающей кожи биофизические характеристики и морфологические особенности: наиболее высокий уровень электрического потенциала и емкость, минимальное электрокожное сопротивление, более высокую температуру, повышенное инфракрасное излучение, несколько большее поглощение кислорода. В настоящее время насчитывается тысячи точек акупунктуры с учетом точек ушной раковины и стопы [Балаян Я.М., 1962; Дуринян Р.А., 1968; Лувсан Г., 1991; Shانهai, 1976; Warren F., 1981; Хоанг Тяу с соавт., 1988]. По представлениям древневосточных врачей, БАТ связаны как с внутренними органами, так и между собой. Они влияют друг на друга, что обуславливает их стройное расположение в определенной системе - учение о 14 линиях (каналах, меридианах) [Табеева Д.М., 1980]. Функциональное состояние системы меридианов зависит от времени суток, времени года - биологических ритмов [Вогралик В.Г., 1966].

По представлению восточной медицины поражение системы канала определенного внутреннего органа вызывает четко отчерченный симптомокомплекс. Один из принципов (меридианный принцип) подбора и сочетания точек при применении рефлексотерапии использует основные положения концепции меридианов.

В разное время выдвинут ряд теорий механизма действия иглоукалывания: электрическая теория [Нечушкин А.И., Оганесян СВ., 1977; Dantu С, 1963 и др.], теория тканевой терапии [Русецкий И.И., 1959], электромагнитная теория [Maxly E.S., 1979], теория биоплазмы [Ленюшин В.М. с соавт., 1968] и др.

В механизме рефлексотерапии выделяются местная, сегментарная и общая реакции организма.

Местная реакция проявляется изменениями температуры, кровенаполнения вокруг иглы, электрокожного сопротивления и др. Эта реакция обусловлена: а) аксон-рефлексом в результате раздражения нервных окончаний кожи и подлежащих тканей; б) местными морфологическими (очаговый распад тканей, кровоизлияние) и гуморальными сдвигами; в) местными изменениями электрических потенциалов и появлением слабого гальванического тока; г) частичной возвратной волной общей реакции к месту воздействия. Преимущественное раздражение соматических либо вегетативных рецепторов определяет различие "предусмотренных ощущений" и структуру афферентной импульсации, поступающей в ЦНС.

Сегментарная реакция протекает в пределах сегментов, в которых производится воздействие. Направленность функциональных изменений зависит от исходного состояния органов, а также от характера и интенсивности воздействия на активную точку иглоукалывания.

Общая реакция обусловлена поступлением потока афферентных импульсов при воздействии на точки акупунктуры в вышележащие отделы ЦНС. Основой общей реакции является раздражение интегративных систем головного мозга, определяющих изменения в различных функциональных системах организма, которые приводят к нейрофизическим, нейрогуморальным и генерализованным вегетативным сдвигам. Большое значение в понимании эффектов акупунктуры придается различным по значению и сложности вегетативным рефлексам: висцеровисцеральным, висцеросенсорным, висцеросоматическим [Ноздрачев А.Д., 1978]. При этом переключение соматической информации на висцеральные

эфференты может осуществляться на различных уровнях нервной системы [Дурина Р.А., 1965; 1975; Костюк П.Г., Преображенский Н.П., 1975]. Изменения, характеризующие общую реакцию организма на иглоукалывание, в большей мере носят адаптивный характер [Дурина Р.А., 1981].

В работах последних лет появились новые концепции о механизмах действия иглоукалывания, в т.ч. положения о механизмах акупунктурной аналгезии. Изучаются серотонин и эндогенные опиоидные пептиды - энкефалины и эндорфины, выполняющие роль медиаторов акупунктурной аналгезии [Pomeranz В., 1977].

Простота, доступность, экономичность метода иглоукалывания дают основание к изучению и широкому использованию иглотерапии в клинической медицине.

Действие многих лекарственных препаратов, традиционно применяемых для оздоровления, часто или непродолжительно, или малоэффективно, а длительное их использование вызывает побочные неблагоприятные влияния на организм.

Мы поставили перед собой цель изучить целесообразность реабилитации ЧБД при помощи рефлекторных (безлекарственных) методов, повышающих адаптационные возможности самого организма.

Вопрос о подборе и сочетании точек при различных заболеваниях всегда был вопросом творческим. Но опираясь на многовековой опыт иглотерапевтов, были апробированы практикой различные схемы сочетания точек для лечения больных. Высокая эффективность иглотерапии достигается только при максимальной индивидуализации в подборе БАТ с учетом симптомов и синдромов, функционального состояния больного.

В отечественной практике в зависимости от терапевтического влияния и зон расположения условно различают следующие группы точек.

Точки общего действия - точки дистальных отделов конечностей, расположенные ниже локтевых и коленных суставов (G14, 10, 11; E36; MC6; Rp6 и др.) и некоторые точки срединной линии (T4, 14 и др.), воздействие на которые в силу их анатомо-топографических особенностей оказывает положительный эффект на функциональное состояние нервной системы, общеукрепляющее и нормализующее действие на весь организм, создает оптимальный фон для проведения курса иглотерапии.

Сегментарные точки - локализируются в области метамеров, иннервируются определенными спинальными сегментами, а также

паравертебрально, соответственно месту выхода соматических и вегетативных нервных волокон. Терапевтический эффект при воздействии на эти точки определяется метамеробусловленными сегментарными связями, кожно-соматическими, кожно-вегетативными и кожно-висцеральными рефлексамии, нередко с направленным влиянием на пораженный орган.

Регионарные точки – расположены по ходу нервных стволов и в области проекции на кожу внутренних органов; воздействие на них эффективно при поражении периферических нервов и болевых синдромах.

Местные точки – расположены над очагами поражения или вблизи него, а также болевые точки, определяемые пальпаторно, даже не совпадающие по локализации с классическими точками акупунктуры.

Группы дистальных точек как наиболее эффективных включаются, как правило, во все сеансы иглоукалывания, они могут сочетаться и взаимозаменяться. Проксимальные точки желательно выбирать с учетом диапазона показаний (Табеева Д.М., 1980).

Составление рациональной рецептуры точек может облегчить применение некоторых общепринятых принципов.

Использование только точек общего действия;

Сочетание точек общего действия с сегментарными либо регионарными - сегментарный принцип;

Сочетание местных (вблизи очага) и отдаленных точек;

Сочетание точек общего действия с местными, болевыми и отдаленными точками;

Сочетание симметричных (одноименных) точек, что усиливает лечебный эффект;

Сочетание точек верхних и нижних конечностей;

Сочетание точек передней и задней поверхности туловища и конечностей для усиления терапевтического эффекта;

Сочетание точек внутренней и наружной поверхности конечностей;

Перекрестное сочетание точек;

Подбор точек по симптоматическому принципу;

Сочетание точек специфического действия при наличии двух и более заболеваний (для лечения основного и сопутствующих заболеваний);

Использование пальпаторно определяемых болевых точек в зоне патологического очага либо на отдалении от него, не совпадающих с расположением точек акупунктуры;

Использование принципа "охвата" болезненного очага при болевом синдроме;

Меридианный принцип;

Использование древневосточного правила: при очаге в верхней части тела брать точки в нижней и наоборот, при очаге справа брать точки в левой половине и наоборот.

Есть и общие рекомендации: не начинать с очень чувствительных точек; лечение начинается с отдаленных точек общего действия; продумать план чередования точек; менять точки в зависимости от динамики симптомов и для избежания адаптации; не брать на одну процедуру сразу большое количество, а в первые сеансы не более 1-3 точек.

Наибольший эффект от иглотерапии достигается при использовании ее в ранней стадии заболевания.

В литературе есть разрозненные данные о влиянии рефлексотерапии на состояние здоровья, эндокринную, иммунную системы детей, в частности, часто болеющих ПРЗ. Практически не встречается работ об избирательном действии точек акупунктуры на нормализацию показателей иммунитета и эндокринную функцию, способах безлекарственной коррекции патологических состояний, связанных с частыми ПРЗ, особенно у детей, проживающих на загрязненных территориях Белоруссии.

С учетом особенностей детского организма, в практике лечения различных заболеваний при помощи рефлексотерапии более широко могут применяться методы лечения при помощи традиционного массажа (точечный и линейный), посредством аппликации металлических пластин по Бусси (Си, Аг, Аи, Zn, нержавеющая сталь), цуботерапии (ЦТ), магнитотерапии (аппликация магнитных "таблеток" - ПМП индукцией 30 мТл).

Ранее нами с определенным клиническим эффектом было опробовано действие на организм ЧБ детей методов: магнитотерапии (аппликация постоянных магнитов в виде магнитных "таблеток" и "клипс" для аурикулотерапии индукцией магнитного поля 30 мТл, точечного массажа БАТ постоянными магнитами (30 мТл); металлотерапии (аппликация металлических пластин, содержащих Zn, Си, Аг на БАТ); цуботерапии, линейного и точечного массажа; ПИТ; аурикуломассажа; игло-рефлексотерапии.

Действие предложенной нами реабилитационной терапии изучено на группе ЧБ детей Витебска.

Фоновая терапия

Исходя из данных рефлекторного, клинического и лабораторного тестирования, устанавливали характер эндокринных и иммунных нарушений, состояние здоровья и функцию основных каналов у данного пациента.

Определялась фоновая терапия, которая слагалась из мероприятий, направленных на коррекцию нарушенных функций, стимуляцию защитных сил организма. В фоновую терапию входят: фитотерапия, общий аурикуломассаж (АМ) с использованием "заинтересованных зон" и точечный массаж (ТМ) корпоральных биологически активных точек (БАТ) общего действия.

Назначение фоновой терапии проводилось и для подготовки пациентов к закаливающим процедурам, т.е. подведению их к такой форме, в которой они могли безболезненно воспринять обливание прохладной и холодной водой, занятия на открытом воздухе в холодное время года и т.д.. Точечный массаж биологически активных зон с успехом выполняет эту задачу. Ушные раковины - своеобразная рефлексогенная зона, состоящая в контакте со многими внутренними органами и системами организма, поэтому аурикуломассаж успешно применялся нами в составе фоновой терапии.

Мы рекомендовали применять во время сеанса следующие упражнения:

быстро загнуть уши вперед, сначала мизинцем, потом остальными пальцами. Прижать ушные раковины к голове, затем отпустить. Повторять в течение 20 секунд. Необходимо ощущение хлопка в ушах. Гибкость в ушных раковинах способствует общему укреплению здоровья;

прижав ушные раковины к голове, проводить массирующие движения (всеми пальцами) по и против часовой стрелки - 20 секунд;

захватить кончиками большого и указательного пальцев обе мочки ушей, с силой потянуть их вниз, затем отпустить - 20 секунд;

провести массирующие движения мочек ушей по и против часовой стрелки между большим и указательным пальцами - 20 секунд. Эти упражнения полезны при закаливании горла и полости рта, т.к. на мочках располагаются рефлексогенные зоны миндалин и полости рта;

вести большой палец в наружное слуховое отверстие, а указательным пальцем прижать к большому, находящийся между ними козелок: сжимающие движения козелка - 20 секунд, массаж козелка по и против часовой стрелки - 20 секунд. Эта группа движений стимулирует функцию надпочечников, помогает сдерживать проявления аллергии, укрепляет нос, горло, гортань;

массирующие и сжимающие движения, воздействующие на противокозелок: стимулируют центры головного мозга - 20 секунд.

В рецептуру воздействия для каждого конкретного ребенка мы включали точки, соответствующие особенностям его "физиологиче-

ской модели", с учетом жалоб и характера течения у него заболеваний: БАТ жаропонижающего, противовоспалительного, противоязвенного и т.д. действия.

Приемам аурикуломассажа при первых посещениях обучались родители и сами дети для проведения сеансов АМ в домашних условиях. Ежедневно во время посещения поликлиники взрослому показывались новые зоны воздействия.

Пациенту проводилось по 2-3 сеанса аурикуломассажа в сутки ежедневно в течение 1.5-2 лет. При присоединении респираторного заболевания АМ проводился через 2-3 часа. Курс АМ продолжался и в то время, когда ребенок начинал получать специфическую терапию. В ряде случаев к общему АМ присоединялся точечный или линейный массаж корпоральных БАТ, ПИТ.

Исходя из характера "клинической маски" ИДС мы назначали фоновую терапию для ее коррекции (фитотерапия) по методу В.И. Новиковой и соавт. (1989):

для инфекционного статуса - фитонциды и природные антибактериальные препараты (сок и летучие фракции лука, чеснока, редьки, хрена - настойка чеснока, аппилсат, аппилчел и др.; листья эвкалипта - отвар листьев и хлорфиллипт, настойка календулы и т.д.);

при лимфопролиферативном статусе - растительные средства, содержащие витамин А; травы, содержащие витаминные комплексы и биоэлементы: лист крапивы, плоды брусники, шиповника, черной смородины и т.д., а также иммунологические адаптогены - элеутерококк, женьшень, лимонник, золотой корень и т.д.;

фоновая фитотерапия аутоиммунного и аллергического статусов состояла в назначении средств, содержащих витамин С, антиаллергических трав: лист березы, фиалка трехцветная, ромашка, трава череды и т.д.;

- при "клинической маске" комбинированного статуса применялись травы в зависимости от сочетания масок ИДС. Для разнообразия фитотерапии при всех "клинических масках" ИДС в курс фонового лечения можно вводить кислородные коктейли, травы, включающие в себя компоненты, необходимые для лечения наиболее часто встречающихся синдромов у конкретного ребенка.

Выбранные для фоновой терапии растительные средства назначались ребенку последовательно по 10-15 дней в виде официальных средств и настоев, приготовленных в домашних условиях. Фоновое оздоровление назначалось пациентам в течение всего курса реабилитации (не менее 4-6 месяцев).

Такой комплекс оказался эффективным и достаточным для реабилитации ЧДБ детей, имеющих незначительные отклонения гормональной программы и иммунитета в виде тенденции к снижению в крови ТЗ, кортизола, АКТГ, СТГ и увеличения содержания ТТГ, Т- и В-лимфоцитов со снижением субпопуляций Т-лимфоцитов.

Регулярное проведение аурикуломассажа способствовало улучшению самочувствия ребенка, его настроения, качества сна, стимулировало аппетит и т.д.

Изменение лабораторных показателей наступило спустя три-четыре месяца после начала лечения.

Для разнообразия фитотерапии при всех "клинических масках" ИДС в курс фоновой терапии можно вводить кислородные коктейли, травы, содержащие комплекс витаминов и биоэлементов, а также травы, включающие в себя компоненты, необходимые для лечения наиболее часто встречающихся синдромов у конкретного ребенка.

Выбранные для фоновой терапии растительные средства назначались ребенку последовательно в течение 10-15 дней в виде настоев, приготовленных в домашних условиях или в виде официальных средств. АМ и фитотерапия, являющиеся составными частями фоновой терапии, назначались пациентам в течение всего курса лечения.

После уточнения плана фоновой терапии строго по результатам гормонального и иммунологического тестирования определялась гормоно- и иммунокорректирующая терапия для конкретного ребенка.

Коррекция гормонального статуса

1) Нами установлен и дополнен перечень биологически активных точек, оказывающих регулирующее действие на гормонопродуцирующую функцию гормонообразующих органов [Лысенко И.М. 1993; 1994].

GI3 - сань-цзянь; GI9 - шан-лянь; E36 - цзу-сань-ли; E44 - нэй-тин; Rp9 - инь-лин-цюань; C5 - тун-ли; Ig3 - хой-си; Ig4 - вань-гу; Y43 - гао-хуан; Y65 - шу-гу; R3 - тай-си; MC4 - си-мэнь; TR5 - вай-гуань; YB39 - сюань-чжун; F4 - чжун-фэн; T(YG)14 - да-чжуй; T(YG)20

- бай-хуэй; I(YC)22 - тянь-ту.

2) Б АТ, оказывающие воздействие на переднюю долю гипофиза, и тем самым нормализующие концентрацию в крови гормонов передней доли гипофиза.

YB37 - гуан-мин; R13 - ци-сюе; GI4 - хэ-гу; T(YG)16 - фэн-фу; T17 - нао-ху; T20 - бай-хуэй; BM1 - сы-шень-цун (4 точки); BM3 - инь-тан; BM9 - тай-ян; BM12 - эрвей-цин-май-

синь-тяо (3 точки); BM15 - цзя-би; BM158 - шэн-си; H4 - цзян-мин; H9 - цзэн-мин1; HЮ - цзэн-мин2; Ap22 - т. желез внутренней секреции; Ap23 - т.яичника; ApVI зоны - аденогипофиза и соматотропин; Ap нейрогоипофиза; ApYI зоны - гипоталамического центра терморегуляции; ApYI зоны - т. мозга (гипофиза); ApYI зоны - т. ствола мозга; ApYI - зоны - т. коры головного мозга; ApYI зоны - т. гипоталамическая аденогипофиза - АКТГ; ApYI зоны - т. яичка; ApYI зоны - т. гипоталамическая гонадотропной системы; Ap26a - т. шишковидное тело ApYI зоны - т. виска; ApYI зоны - т. затылка.

3) Б АТ, оказывающие воздействие на щитовидную железу.

E9 - жэнь-ин; I(YC)23 - лян-цюань; BM28 - фэн-янь; Y15 - синь-шу; BM28 - синь-ши; T(YG)14 - да-чжуй; T(YG)20 - бай-хуэй; I(YC)22 - тянь-ту; AP45 - т. щитовидная железа; AP - т. аденогипофиза и щитовидной железы; AP22 - т. желез внутренней секреции.

4) БАТ, оказывающие воздействие на надпочечники.

а) В целом:

GI4 - хэ-гу; GI11 - цюй-чи; E28 - шуй-дао; E36 - цзу-сань-ли; Rp1 - цзи-мэнь; Rp6 - сань-инь-цзяо; IG3 - хоу-си; Y25 - да-чан-шу; Y26 - гуань-юань-шу; Y23 - шэнь-шу; Y24 - ци-хай-шу;

Y52 - чжи-ши; Y53 - бао-хун; Y54 - чжи-бянь; Y60 - кунь-лунь; Y62 - шэнь-май; R4 - да-чжун; R6 - чжао-хай; R13 - ци-сюе; R15 - чжун-чжу; Ap - т. надпочечников (т. аденогипофиза и коры надпочечников); Ap22 - т. желез внутренней секреции; Ap 104 - т. трех частей туловища.

б) Понижающие функцию:

R7 - фу-лю; Rp6 - сань-инь-цзяо; T(YG)17 - нао-ху; YB16 - му-чуан; T(YG)11 - шэнь-дао.

в) Повышающие функцию:

MC7 - да-лин; Y47 - хунь-мэнь; BM3 8 - ши-гуань; BM41 - ци-чжун; BM74 - яо-янь.

5) БАТ, воздействующие на вилочковую железу.

Rp2 - да-ду; Y11 - да-чжу; YB34 - ян-лин-цюань; H34 - цзин-чжун; H45 - дин-чуань (чжи-чуань); H50 - чжун-чуан; H66 - ин-се; H64 - си-шан; H61 - нюе-мэнь; BM95 - шиу-чжун-пин; BM99 - сань-шан; BM107 - ба-се - 8 точек; BM113 - дин-шу; BM140 - тай-инь-цяо; BM149 - чэн-лин; BM155 - си-вай.

Имунокоррекция

Нами установлен нормализующий эффект при воздействии на следующие БАТ:

1) Коррекция гуморального и клеточного иммунитета:

GI4 - хэ-гу; GI10 - шоу-сань-ли; GI11 - цюй-чи; P5 - чи-цзе; P7 - ле-цюе; E36 - цзу-

сань-ли; RP4 - гунь-сунь; C7 - шэнь-мэнь; TR21

- эр-мэнь; TR20 - цзяо-сунь; TR10 - тянь-цзин; YB34 - ян-лин-цюань; YB39 - сюань-чжун; TR9 - сы-ду; Y43 - гао-хуан; R6 - чжао-хай; R7 - фу-лю; R3 - тай-си; T20 - бай-хуэй; T14 - да-чжуй; T4 - мин-мэнь; 115 - цю-вэй; Ap37 - т. шейного отдела позвоночника; Ap39 - т. грудного отдела позвоночника; Ap42 - т. груди; Ap51 - т. симпатическая первая; Ap - т. симпатическая вторая; Ap55 - шэнь-мэнь; Ap82 - т. диафрагмы; Ap83 - т. нулевая; Ap95 - т. почки; Ap96 - т. поджелудочной железы (слева) и т. желчного пузыря (справа); Ap97 - т. печени; Ap98 - т. селезенки; BM95 - шоу-чжун-пин; BM99 - сань-шан - 3 точки; BM107 - ба-се; BM113 - дин-шу; BM140 - тай-инь-цяо; BM149 - чэн-лин; BM155 - си-вай; H61 - ное-мэнь; H64 - си-шан; H66 - ин-се; TC12 - т. стопы 12; TC29; TC26; TC28.

2) Коррекция преимущественно гуморального иммунитета.

GI17 - тянь-дин; GI18 - фу-ту; GI6 - пянь-ли; MC5 - цзянь-ши; MC8 - лао-гунь; 122 - тянь-ту; E9 - жэнь-ин; EЮ - шуй-ту; E44 - нэй-тин; IG11 - тянь-цзун; IC15 - цзянь-чжун-шу; H80 - вань-ли; H81 - ли-вай; H82 - ли-шан; H89' - цю-вай-фан; HI 10 - цянь-цзинь.

3) Коррекция преимущественно клеточного иммунитета.

Rp3 - тай-бай; P2 - юнь-мэнь; Y11 - да-чжу; Y34 - ся-ляо; Rp6 - сань-инь-цзяо; T17 - нао-ху; T11 - шэнь-дао; YB16 - му-чуан; Y47 - хунь-мэнь; R22 - бу-лан; R23 - шэнь-фэн; R24 - лин-сюй; R25 - шэнь-цан; R26 - юй-чжун; R27 - шу-фу; F2 - син-цзянь; F3 - тай-чун; F5 - ли-гоу; F10 - цзу-у-ли; H68 - чун-чжун; H79 - цзин-ся.

4) Коррекция преимущественно Т-клеточного иммунитета.

Ap25 - т. ствола мозга; Ap27 - т. зубов коренных; Ap - т. гипоталамическая аденогипофиза - АКГГ; Ap3 1 - т. регулирующая дыхание; Ap - т. дыхательного центра ретикулярной формации; Ap - т. гипоталамическая гонадотропной системы; Ap33 - т. лба; Ap59 - т. гипотензивная; Ap60 - т. бронхолитическая; Ap68 - т. аппендикса первая; Ap69 - т. аппендикса вторая; Ap70 - т. аппендикса третья; Ap71 - т. крапивницы; Ap84 - т. рта; Ap85 - т. пищевода; Ap87 - т. желудка; Ap90 - т. аппендикса четвертая; TC4; TC9.

5) Коррекция преимущественно В-клеточного иммунитета.

Ap72-1 - т. завитка первая; Ap72-2 - т. завитка вторая; Ap72-3 - т. завитка третья; Ap72-4 - т. завитка четвертая; Ap72-5 - т. завитка пятая; Ap72-6 - т. завитка шестая; Ap73 - т. миндалина первая; Ap74 - т. миндалина вто-

рая; Ap75 - т. миндалина третья; Ap 10 - т. миндалина четвертая; Ap 100 - т. сердца первая; Ap 101 - т. легких; Ap 102 - т. бронхов; Ap 103 - т. трахеи; Ap 104 - т. трех частей туловища; BM19 - ди-хэ; BM23 - хун-инь; BM26 - бянь-тяо; BM63 - шу-бянь; BM32 - чи-сюе; BM51 - чуань-си; BM59 - ци-чуань (астма); H9 - цзэн-мин1; HЮ - цзэн-мин2; H9 - хоу-тин (чжи-лун-синь-хао).

Методы воздействия на перечисленные выше точки подбираются в зависимости от характера изменений гормонального и иммунного статусов, анамнеза жизни и болезни пациента, возможности врача, оказывающего помощь (при отсутствии навыков иглотерапевта, малого возраста ребенка, боязни родителей ВИЧ-инфицирования детей, могут быть применены только ПИТ, ТМ, металло-и магнитотерапия и т. д.). На каждого ребенка составлялся план реабилитационного лечения. Контроль за уровнем гормонов в крови и показателями иммунитета следует проводить не ранее чем через три месяца-полгода после начала курса реабилитационного лечения. Длительность и объем терапии для каждого пациента мог оказаться различным.

Таким образом, подводя итог вышесказанному, мы можем предложить свой подход, дающий положительный эффект, к назначению рефлексотерапии для оздоровления ЧДБ детей:

В случае дисбаланса хелперов/супрессоров с преимущественным перевесом Тс-клеток (клинически - инфекционный статус ИДС) - воздействие на выявленные нами Б АТ, оказывающие влияние на Т-клеточное звено иммунитета методом ТМ и проведением соответствующей фоновой терапии в течение года;

При нарушении соотношения Тх/Тс с преобладанием Тс в сочетании с дисиммуноглобулинемией типа GaM (по клинике - аутоиммунный статус ИДС) - воздействие на Б АТ, влияющие на Т-клеточное и гуморальное звенья иммунитета, ТМ в сочетании с массажем ПМ индукцией ПМП 30 мТл курсовым методом в течение года с последующим продлением фоновой терапии на год;

При нарушении соотношения Тх/Тс, но с хелперной недостаточностью в сочетании с дискринией типа нарушения продукции и выделения в кровь гормонов надпочечников - воздействие на БАТ, оказывающие влияние на надпочечники методом ТМ в сочетании с фоновой терапией и продлением последней на два года;

Аналогичная иммунограмма с наличием клиники лимфопролиферативного статуса, дискриния в балансе тиреоидных гормонов (лабораторный гипотиреоз) - стимуляция

предложенных нами БАТ, оказывающих воздействие на щитовидную железу и Т-клеточное звено иммунитета, курсовым методом ТМ ПМП индукцией 30 мТл в течение года; последующие поддерживающие курсы два раза в год - второй этап реабилитации; фоновая терапия в течение третьего года;

Преобладание супрессорной недостаточности (в соотношении Тх/Тс) - действие на БАТ, регулирующие Тс-звено иммунитета, - курсовая цуботерапия в течение года в сочетании с фоновой;

6. Супрессорная недостаточность на фоне гормональных нарушений в системе продукции СТГ и инсулина – аппликация серебрянных металлических пластин и последующий ТМ БАТ, регулирующих продукцию вышеобозначенных гормонов и Тс-звена иммунитета, курсовым методом в течение полутора лет и фоновая терапия три года;

7. При дисбалансе Тх/Тс с супрессорной недостаточностью и дискринией типа лабораторного гипотиреоза - БАТ, регулирующие функцию щитовидной железы и Т-клеточное звено иммунитета. Курсовой метод: аппликация серебрянных металлических пластин (сеанс 20 минут), магнитотерапия на противоположную сторону (следующие сутки) - в течение полутора лет, поддерживающая терапия - год, фоновая - три года;

8. Преимущественная Т-лимфопения в корреляции с избытком ТТГ - курсовое воздействие на БАТ, регулирующие функцию передней доли гипофиза комбинированными методами с обязательным последующим подключением ИРТ;

9. В-лимфопения (чаще сцепленная с недостаточностью контринсулярного гормона) - использование воздействия на БАТ специфического действия комбинированными методами с последующим подключением ИРТ;

10. При тотальной комбинированной иммунологической недостаточности средне-тяжелой и тяжелой степени, тотальной дискринии в сочетании с гиперплазией щитовидной железы II - III степени или наличием хронического очага инфекции – лучше использовать длительные, спокойные схемы реабилитации путем воздействия на БАТ общего действия, иммунитета и основных гормонопродуцирующих органов;

11. Независимо от характера выявленных нарушений пациенты, рожденные и выросшие после событий на ЧАЭС, нуждаются в более размеренном и длительном восстановительном лечении с курсом поддерживающей терапии и длительным фоновым оздоровлением;

В заключение считаем целесообразным подчеркнуть комплексность подхода реабилитационного воздействия на ЧДБ ребенка: в обязательном порядке фоновая терапия адаптогенами (по клинике); химиотерапевтические средства по преимущественному дефекту ИС и гормональных нарушений; комплекс физических закалывающих, индивидуально подобранных процедур; и плановая, тоже индивидуальная, рефлексотерапия;

ЧДБ дети должны находиться под диспансерным наблюдением весь период реабилитации вплоть до полной нормализации показателей гормонального и иммунологического статуса, индуцирующих это патологическое состояние. Критерием ранней диагностики иммунологических нарушений, выявления склонности детей к ПРЗ, формирования группы "риска" часто и длительно болеющих, а также оценки качества проведенного лечения, стабильности параметров гормонограммы и иммунитета (с целью прекращения диспансерного наблюдения) могут быть данные, полученные при расчете ИНИ и ИПНР.

Таким образом, мы предлагаем систему воздействия на выявленные нами биологически активные зоны [Лысенко И.М., 1994] детского организма для восстановления его адаптационных и защитных сил. Метод основан на тщательном изучении иммуногормональных взаимоотношений у каждого ребенка и выборе мер воздействия с учетом этих отклонений и имеет определенную этапность.

Скрининговое тестирование детей при помощи анкеты ВОЗ и карты скрининга, предложенной нами.

Комплексное, первичное клинко-лабораторное тестирование отобранных детей, определение характера иммуногормональных нарушений, подбор профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, проводимых в условиях детской поликлиники (4 курса по 10 сеансов в течение первого года).

Реабилитационные и профилактические мероприятия пролонгированными методами рефлекс- и фитотерапии (поликлиника-семья), 2 курса по 10 сеансов - второй год.

Поддерживающая терапия 2 раза в год (семья) - третий год (весна, осень).

Литература

1. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Пуртов И.И. Организация оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах // Педиатрия. - 1984, N11. - С. 38-40
2. Баранов А.Л., Альбицкий В.Ю. Пути оздоровления часто болеющих детей // Педиатрия. - 1986, N8. - С.65-67, 231

3. Ботвиньев О.К. Системный анализ связей между фенотипическими признаками и состоянием здоровья у детей: Автореф. дис. докт. мед. наук: 14.00.09 / Моск. мед. ин. - М., 1985.-42 с.
4. Ботвиньева В.В. Иммунная система при острых, затяжных и хронических инфекционно-воспалительных болезнях органов дыхания у детей // Педиатрия. -1985, III.-С.21-25
5. Ботвиньева В.В., Баранова Н.Ф., Стерлингов А.А. Т- и В-система иммунитета при острых респираторных и аллергических заболеваниях органов дыхания у детей // Вест. АМН СССР.- 1978, N7.-С. 24-29
6. Ботвиньева В.В., Михайлова З.М., Соколова Г.С. Показатели местного иммунитета в секрете ротовой полости у здоровых детей с заболеваниями респираторного тракта // Педиатрия.-1980, N1 .-С.35-37
7. Войтович Т.Н. Наследственная предрасположенность к частым респираторным заболеваниям у детей дошкольного возраста // Здоровохранение Белоруси.-1992, N3.- С. 12-14
8. Войтович Т.Н. Этиологические и патогенетические факторы развития и течения повторных респираторных заболеваний у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.09 Акад. мед. наук, НИИ педиатрии. -М., 1992.-36с.
9. Гайденоко В.С., Котенева В.И. Практическое руководство по рефлексотерапии. -М.: ЦОЛИУВ МЗ СССР, 1982. - 190 с.
10. Дуринян Р.А. Корковый контроль неспецифических систем мозга.-М.: Мед., 1975.-203с.
11. Дуринян Р.А. Корковые механизмы болевого ощущения // Успехи физиол. наук.-1980, N11 .- С.3-18
12. Дуринян Р.А. Атлас аурикулярной рефлексотерапии. -Ташкент: Мед.-1982.-64с.
13. Здродовской П.Ф. Проблемы инфекции, иммунитета и аллергии. 3-е издан., перер. и допол. М.: Мед., 1969.-332с.
14. Иванов В.И. Традиционная медицина. Опыт отечественной и восточной народной медицины в современной лечебной практике.-М.:Воен. изд., 1991.-425с.
15. Лысенко И. М. Частые респираторные заболевания детей различных экологических регионов: Дис. ... докт. мед. наук: 14.00.09/ Витебск, 1996.-450 с.
16. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии.-Киев: Выща шк., 1989.-780с.
17. Barman K.D., Baker S.T.Jr. Immune mechanism in Graves'disease//Endoc. Rev.- 1985.,N 6.-P. 183-232.
18. Baverstock K.F.Claning up after Chernobyl // Nature, -1989.-v.342, No 6251.-P.744-744.
19. Bayer A., Braun H., Dehos R. Kontamination von Zebensmituln mit Radiocasium und die daraus resultierende Strahlendosis als Folgedes unfalls im Kernkraftwerk Tschernobyl //ISH.-Helf.- 1989.- N0,135.- 58s
20. Glezen W.P., Taber L.H., Frans A.L. Risk of primary infection and reinfection with respiratory syncytial virus // Amer.J.Dis. Child.-1986.- vol.140,N6.-P.543-546.
21. Glunn L.E., Steward M.W. Структура и функция антител. М.: Мир.- 1983.-200с.
22. Hanson L., Ahistedt S., Andersson B. Protective factors in milk and the development of the immune system // Pediatrics.-1985.-vol.75,N 1,suppl.-P. 172-176.
23. Wilson W.R., Cockerill F.R., Rosenow E.C. Pulmonary disease in the immunocompromised host / Second of two parts// Mago Clin. Proc- 1985.-vol.60, N9.-P.610-631.
24. Хоанг Бао Тяу, Ла Куанг Ниен /Иглокальвание.-М.:Мед.-1988.- 672с.