

инфекционного заболевания и должны быть использованы как прогностические критерии течения тяжелых форм ОРВИ, коклюша, лептоспироза, гнойных бактериальных менингитов, внутриутробных инфекций у детей. Полученные результаты необходимы для подбора иммунокорректирующей терапии при тяжелом течении инфекционных заболеваний у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О. К., Бевзенко О. В. Коклюш у детей: Учебное пособие. – Краснодар, 2009. – 72 с.
2. Александрова О. К., Дубова Л. В., Бевзенко О. В. Гнойные бактериальные менингиты у детей: Уч. пособие / Под ред. О. К. Александровой, Р. А. Ханферяна. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. – 76 с.
3. Александрова О. К., Лисицына А. Г. Синдром крупа у детей: этиология, патогенез, диагностика и лечение – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 80 с.
4. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Под ред. Г. А. Самсыгиной. – М., 2006. – 287 с.
5. Комаровский Е. О. Вирусный круп у детей. Клиника, диагностика, тактика терапии. – Харьков: Фолио, 1993. – 400 с.

6. Лебедев В. В., Авдеева М. Г., Шубич М. Г., Ананьина Ю. В., Турьянов М. Х., Лучшев В. И. Иктерогеморрагический лептоспироз. – Краснодар: «Советская Кубань», 2001. – 208 с.

7. Маянский А. Н., Маянский Д. Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. – Новосибирск, 1989. – 200 с.

8. Перинатальные инфекции: Практическое пособие / Под ред. А. Я. Сенчука, З. М. Дубоссарской. – М.: МИА, 2005. – 318 с.

9. Тимченко В. Н., Бабаченко И. В., Ценева Г. Я. Эволюция коклюшной инфекции у детей: СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 192 с.

10. Фрейдлин И. С. Система мононуклеарных фагоцитов. – М., 1984. – 272 с.

11. Шаханина К. Л., Стоев К. Г. Иммуноглобулины класса Е человека // Иммунология. – 1981. – № 6. – С. 9–18.

12. Шубич М. Г., Нагоев Б. С. Щелочная фосфатаза лейкоцитов в норме и патологии. – М., 1980. – 224 с.

13. Martin H., Olander B., Norman M. Reactive hyperemia and interleukin 6, interleukin8 and tumor necrosis factor-alpha in the diagnosis of early-onset neonatal sepsis // Pediatrics. – 2001. – Oct; № 108 (4). – P. 61.

Поступила 12.05.2009

**Н. П. БИЛЕНКО, А. С. ВОРОНОВА, Е. И. ИВАНОВА,
И. М. КОВАЛЕНКО, И. В. НЕХОТИНА, Т. А. ШИТУХИНА**

НОВЫЕ АСПЕКТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ БИОРИТМОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ

*Кафедра педиатрии № 1 Кубанского государственного медицинского университета,
детский диагностический центр,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Постовая, 18. E-mail: bilennick@mail.ru*

Работа посвящена новым аспектам исследований месячных биологических ритмов в клинике таких заболеваний, как язвенная болезнь, бронхиальная астма, рахит у детей и нарушения мозгового кровообращения, а также немотивированная агрессивность у взрослых. Предложена методика хронопрогноза и хронопрофилактики этих заболеваний и состояний, а также гипотеза о связи семейного биоритмологического асинхронизма с изменениями в кальциевом обмене.

Ключевые слова: педиатрия, хронопрогноз, хронопрофилактика.

N. P. BELENKO, A. S. VORONOVA, E. I. IVANOVA, I. M. KOVALENKO, I. V. NEHOTENA, T. A. SHETUHINA

NEW ASPECTS AND PROSPECTS IN USING CLINICAL BIORYTHMOLOGY IN PEDIATRICS AND NEUROLOGY

*Kuban State medical university, chair of pediatrics № 1,
Pediatrics diagnostic centre,
Russia, 350063, Krasnodar, Postovaya street, 18. E-mail: bilennick@mail.ru*

Work is devoted new aspects of researches of monthly biological rhythms in clinic of such diseases as a stomach ulcer, a bronchial asthma, a rickets at children and infringements of brain blood circulation, and also unmotivated aggression of adults. The technique of chronoprognose and chrono preventive maintenance of these diseases and also a hypothesis about communication family biorythmical asynchronosis with changes in calcium metabolism is offered.

Key words: pediatric, chronoprognose, chrono preventive.

Введение

Ещё в десятом веке новой эры великий учёный древности, современник Авиценны Аль-Бируни писал: «...Не сокрыто для врачей и то, что Луна влияет на

состояние соков (в организме) больного и что наступление кризисов зависит от её обращения; от естествоиспытателей не скрыта связь жизнедеятельности животных и растений с Луной; от людей опыта не скрыто,

что она воздействует на костный и головной мозг... От земледельцев не скрыто, какое действие оказывает Луна на поля, где растут огурцы, дыни, хлопок и тому подобное. Более того, они даже определяют (по Луне) сроки посева, обработки земли, посадки деревьев, оплодотворения и получения приплода от животных...» [1].

Однако и сейчас, по прошествии более чем тысячелетия со времён Бируни и Авиценны, внимание биологов и медиков в основном обращено на сезонные (годовые) и суточные ритмы. Исследования месячных ритмов были направлены по ложному пути квазинаучной теорией о трёх околосесячных ритмах (интеллектуальном, эмоциональном и физическом). Эта теория при тщательном научном рассмотрении подтверждения не получила.

Вместе с тем наши предыдущие работы показали, что исследования месячных биоритмов у взрослых и детей (с учётом одного биоритма, совпадающего с синодическим лунным месяцем, равным 29,52 дня) оптимизируют прогноз и профилактику неблагоприятных исходов многих заболеваний [3–7].

В 2006–2009 гг. удалось не только подтвердить и дополнить предыдущие выводы и закономерности в этой области клинической биоритмологии, но и расширить наши представления о возможностях использования метода круговых биоритмограмм в клинической медицине.

Методика исследования

Мы исследовали месячные биоритмы и их значение для организма человека с использованием метода хронопатологических моделей. Этот метод основан на том, что периодичность возникновения некоторых заболеваний у детей гораздо легче выявить при анализе периодически возникающих патологических процессов у взрослых и пожилых людей. Такие заболевания взрослых, как гипертоническая болезнь, острая ишемия миокарда и недостаточность мозгового кровообращения, оказались удобными моделями для анализа месячной ритмики изменений гемокоагуляции и сосудистого тонуса.

Месячные биоритмы (МБР) мы исследовали с помощью метода круговых биоритмограмм. Биоритмологическую ситуацию в семье анализировали с помощью вычисления месячного биоритмологического индекса (МБИ). Оба метода предложены и апробированы Н. П. Биленко в 1993–2005 гг. Даты рождения пациентов и совместно с ними проживающих членов семьи анализировали по восточному солнечно-лунному календарю [2].

Результаты исследования

В 1993–2005 гг. нами были выявлены следующие основные хрономедицинские патогенетические компоненты.

1. В частности, исследования месячных биоритмов позволили определить индивидуальный для каждого человека период (продолжающийся с 15-го по 30-й день индивидуального месяца), в который снижается активность фибринолиза. В силу этого в данный период, особенно у лиц с нормальной или, тем более, повышенной активностью свёртывающей системы крови, гемокоагуляция выходит из-под контроля фибринолиза. Этот период получил название «вторая фаза месячного биоритма». Наши предыдущие исследования показали, что в эту фазу, особенно у взрослых и пожилых людей, чаще происходят тяжёлые осложнения, обусловленные неконтролируемой гиперкоагуляцией:

инфаркты миокарда и ишемические инсульты у взрослых, поствакцинальные и послеоперационные осложнения у детей.

При различных неблагоприятных воздействиях и ситуациях гиперкоагуляция может «выступить на сцену» под маской целого ряда патологических состояний. Пожалуй, самое парадоксальное из них – синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, при котором гиперкоагуляция маскируется повышенной и даже катастрофической трудно купирующейся кровоточивостью. Геморрагический васкулит – другая маска гиперкоагуляции, сходная с (а иногда проявляющаяся) гематурической формой гломерулонефрита.

Наиболее часто ритмично возникающая гиперкоагуляция маскируется под болевой синдром. И в таких случаях пациенты чаще всего поступают в хирургические отделения.

Семён Г. Родился 11.04.2002 г. (за день до новолуния). В возрасте 5,5 года 23.11.2007 г. (за день до полнолуния, или в первый день второй фазы месячного биоритма, или в 15-й день индивидуального месяца), почувствовал сильную боль в тазобедренном суставе. Это случилось после тренировки (занимается карате). Ребёнка доставили в детское хирургическое отделение, где был поставлен предварительный диагноз «гематогенный остеомиелит» и было начато лечение, включавшее и антибактериальную терапию. С учётом того, что заболевание у ребёнка началось в «гиперкоагуляционной» второй фазе месячного биоритма, к лечению были добавлены витамин Е в комплексе с другими антиоксидантами и настойка женьшеня, который, будучи сам фитоантикоагулянтом, усиливает мягкое антикоагулянтное действие токоферола (витамина Е). На следующий день боли исчезли, и ещё через день мальчик получил возможность передвигаться самостоятельно. До этого ребёнок из-за боли не становился на ноги.

Алексей Н. Родился 14.11.1949 г. (за 7 дней до новолуния). 4.09.2006 г. (за 3 дня до полнолуния, или на 4-й день второй фазы месячного биоритма, или в 19-й день индивидуального месяца) почувствовал сильную и упорную боль в животе, сопровождающуюся рвотой, не приносящей облегчения. В больнице скорой медицинской помощи, куда был доставлен больной, с учётом угрозы гиперкоагуляции наряду с дезинтоксикационной терапией внутривенно капельно вводился гепарин. Спустя несколько дней состояние больного улучшилось, в связи с чем он был выписан под наблюдение участкового врача.

Одной из масок феномена ритмично возникающей гиперкоагуляции может быть тяжёлое течение инфекционной патологии. Полина Б., 2,5 года (родившаяся 17.09.2006 г. за 5 дней до новолуния), поступила в детскую инфекционную больницу 17.12.2008 г. (через 4 дня после полнолуния, или на 9-й день второй фазы месячного биоритма, или в 24-й день индивидуального месяца). За девочкой ухаживала мать, значительно не совпадающая с ней по месячным биоритмам. Родилась 31.12.1981 г. через 5 дней после новолуния. Состояние ребёнка было тяжёлым. Температура 40 градусов, судороги, выявлялись симптомы коматозного состояния, тетраплегия. Артериальное давление для её возраста было повышенным (125 на 80 мм рт. ст.) Детский невролог, осмотрев ребёнка, диагностировал преходящее нарушение мозгового кровообращения. Дополнительные исследования выявили ишемию мозга.

Можно отметить, что состояние девочки ухудшилось в её вторую фазу месячного биоритма, для которой характерно угнетение фибринолиза, и в дни, близкие к полнолунию, для которых характерно возникновение ангиоспазма [3–7].

Нам также удалось расширить группу риска детей, предрасположенных к развитию бронхиальной астмы (БА). При исследованиях биоритмов детей, больных бронхиальной астмой, и их матерей нами было выявлено, что из 53 детей большая часть (30) родились и, следовательно, были зачаты во второй фазе МБР их матерей (наши предыдущие исследования показали, что при доношенной беременности период зачатия совпадает или очень близок к периоду рождения). Но ещё больше привлекает внимание тот факт, что дети, рождённые и зачатые в эту фазу МБР, чаще болеют тяжёлой БА (5 детей) в сравнении с детьми, рождёнными в первой фазе МБР. Среди этих детей только 2 ребёнка страдали тяжёлой БА.

По нашему мнению, у детей, рождающихся во второй фазе МБР, более высок риск тяжёлой перинатальной гипоксии. В контексте наших предыдущих исследований это можно объяснить тем, что у женщин, рождающих во второй фазе месячного биоритма, снижена активность фибринолиза, в силу чего превалирует активность свёртывающей системы крови. Родовой стресс, повышающий тонус сосудов, активируя перекисное окисление липидов и выработку тромбоксанов, тем самым повышает риск гиперкоагуляции у матери и асфиксии новорождённого.

Новые закономерности были выявлены при исследовании осложнений, обусловленных развитием нарушений мозгового кровообращения.

Так, у некоторых студентов, отвечающих на вопрос преподавателя или по вопросам билета на экзамене во второй фазе месячного биоритма, возникает ситуация, получившая название «синдром периодически плохо соображающего студента» (СППСС). Эти студенты либо не могут ответить вообще и получают отрицательную оценку, либо отвечают хуже, чем могли бы. Их речь в этой фазе МБР, как правило, замедлена («вязкая»), ответы не всегда адекватны. Студенты, тестируемые в первой фазе месячного биоритма, как правило, отвечают оптимально и реализуют свои возможности в полной мере. Дальнейшие исследования необходимы для того, чтобы выяснить, не являются ли студенты первой группы носителями предрасположенности к неконтролируемым тромбозам (тромбофилии).

Также удалось выяснить, что подавляющее большинство дорожно-транспортных происшествий (в 17 случаях из 20) происходят у тех водителей, которые управляют автомобилем в своей второй фазе МБР, когда, как было указано выше, в организме человека снижается активность фибринолиза, а выходящая из-под его контроля свёртывающая система крови приводит к сгущению крови и тем самым мозг к гипогликемии и гипоксии. Этим и могут быть объяснены и СППСС, и учащение ДТП во второй фазе МБР. Методы профилактики аналогичных явлений у детей и взрослых описаны ранее в предыдущих работах.

2. В околонедельные периоды, близкие к новолунию и полнолунию, чаще происходят гипертонические кризы, одним из компонентов которых является спазм артерий. Для этих периодов (по 4 дня до и после новолуния и полнолуния) также характерны достоверно более частые обострения заболеваний, связанные с

нарушением гемокоагуляции. В дни, близкие к полнолунию, и нами, и ранее хирургами отмечена повышенная кровоточивость. А для дней, близких к новолунию, по нашим наблюдениям [3], характерны почти полное отсутствие обострений гемофилии у детей и достоверно частое возникновение тромботических осложнений у взрослых. Дети и взрослые, рождённые в эти периоды, нередко предрасположены к более частым и тяжёлым заболеваниям, и потому эти периоды могут быть названы днями повышенного риска, или критическими хрономедицинскими периодами (ХП).

Наши исследования месячных биоритмов также показали, что они оптимизируют прогноз и профилактику неблагоприятных исходов желудочно-кишечных заболеваний.

Максим Н. 5,5 года, родился 23.08.1998 г. (в новолуние). Заболел 18.03.2004 г. (за 4 дня до новолуния, во второй фазе месячного биоритма, или в 26-й день индивидуального месяца), когда появились боли в животе, однократная рвота. Поскольку боли появлялись ранее и самопроизвольно проходили, к врачу не обратились. 22.03.2004 г. (в новолуние) по дороге в поликлинику его состояние резко ухудшилось и ребёнок умер. На вскрытии выявлен дивертикулит, осложнившийся некрозом подвздошной кишки. Тромботическое осложнение возникло у ребёнка, родившегося в критическом ХП в двух периодах повышенного риска гиперкоагуляции (во второй фазе месячного ритма и в дни, близкие к новолунию).

Святослав Г. 14 лет, родился 5.08.1989 г. (через 3 дня после новолуния) Отец и бабушка по линии отца болели гастритом. Ночью с 20 на 21.03.2004 г. (за 2 дня до новолуния во второй фазе месячного биоритма, или в 25-й день индивидуального месяца) проснулся от сильной боли в эпигастриальной области. Была диагностирована прободная язва желудка и проведено оперативное лечение. В последующем развились перитонит и ранняя спаечная непроходимость, потребовавшие повторной операции. 26.03.2004 г. были также диагностированы язва луковицы двенадцатиперстной кишки, эрозивный дистальный дуоденит, поверхностный гастрит.

У ребёнка, родившегося в критическом ХП с наследственной предрасположенностью к гастродуоденальной патологии, развилось тяжёлое осложнение в двух периодах повышенного риска гиперкоагуляции (во второй фазе месячного ритма и в дни, близкие к новолунию), потребовавшее оперативного лечения.

Ваня П. 16 лет, родился 1.02.1988 г. (за день до полнолуния) 30.04.2003 г. (за день до новолуния, или в 16-й день индивидуального месяца) у подростка началось обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнившееся перфорацией. Можно отметить, что и у этого ребёнка, родившегося в критическом хронопериоде, осложнённое течение болезни началось в двух периодах повышенного риска гиперкоагуляции (во второй фазе месячного ритма и в дни, близкие к новолунию).

Миша Н. Родился 21.04.2003 г. (через 4 дня после полнолуния). У мамы ребенка – хронический гастродуоденит. Ночью 16.10.2008 г. (в полнолуние, во второй фазе месячного биоритма, или в 26-й день индивидуального месяца) у ребёнка появились боли в животе. Обследование мальчика выявило у него эрозивный гастродуоденит. В комплекс терапии были включены витамины-антиоксиданты (веторон), и, поскольку заболевание развилось во второй фазе месячного биоритма, в качестве мягкого фитоантикоагулянта был назначен сироп женьшеня. В следующую ночь после назначения комплексного

лечения боли не возникали, ребёнок продолжил лечение в амбулаторных условиях.

У ребёнка, родившегося в критическом ХП, с наследственной предрасположенностью к гастроудоденальной патологии в период повышенного риска гиперкоагуляции (во второй фазе месячного ритма) обострился гастроудоденит. Болевой синдром удалось купировать комплексной терапией с добавлением мягких антикоагулянтов (витамина Е и женьшеня).

Помимо добавления к терапевтическому комплексу вышеуказанных препаратов можно рекомендовать прекоцепционную профилактику (путём планирования более благоприятных месячных периодов зачатия). Наши исследования показали, что период рождения у доношенных детей совпадает с периодом зачатия. В связи с этим родителям, страдающим гастроудоденальной патологией, также как и некоторыми другими тяжёлыми заболеваниями с наследственной предрасположенностью, можно рекомендовать не осуществлять зачатие в критические периоды или неблагоприятные временные интервалы (околонедельные периоды дней, близких к новолунию и полнолунию).

Также получили продолжение работы по анализу немотивированной агрессивности, чаще всего возникающей у людей, родившихся в неблагоприятные периоды месяца (дни, близкие к новолунию и полнолунию) [7]. В частности, при анализе даты рождения Д. Евсюкова, московского сотрудника УВД, убившего в супермаркете трёх людей и ранившего шестерых, оказалось, что он родился в дни, близкие к новолунию (20.04.1977 г., через 3 дня после новолуния). А преступление совершено им во второй фазе месячного биоритма – 20.04.2009 г. (за 5 дней до новолуния, или в 20-й лунный день).

3. Следующим хрономедицинским фактором риска, по нашим предыдущим данным, является возможность патологического влияния друг на друга совместно проживающих родственников. При этом у наиболее ослабленных родственников часто возникают тяжёлые заболевания. Это происходит либо при биоритмологическом асинхронозе (резко выраженном несовпадении фаз биоритмов совместно проживающих членов семьи), либо – значительно реже – при гиперсинхронозе (при полном или почти полном совпадении фаз совместно проживающих членов семьи, наследственно predisposed к одному и тому же заболеванию).

Недавно начатые исследования позволили выяснить, что у детей, проживающих с родственниками, выражено не совпадающими с ними по месячным биоритмам (или в условиях семейного биоритмологического асинхроноза – СБА), более высок риск возникновения рахита. Ранее было выявлено, что в среднем месячный биоритмологический индекс (МБИ), отражающий биоритмологическую ситуацию в семье для здоровых детей, оказался равным $2,25 \pm 0,27$ с колебаниями от 1 до 5,39. У 5 детей с рахитом он оказался значительно выше. МБИ у этих детей был в среднем равным 8,1 (с колебаниями от 7,6 до 8,6). У 3 грудных детей без признаков рахита, проживавших в ситуации семейного нормосинхроноза, то есть с родственниками, близкими к ним по фазам биоритмов, он был значительно ниже. МБИ у них в среднем оказался равен 4,7 с колебаниями от 4 до 6. У этих детей рахит не возникал, несмотря на то что профилактика витамином Д практически никому из них не проводилась. Вышеуказанное не означает, что авторы призывают не проводить профилактику рахита детям, проживающим в условиях нормосинхроноза

(тем более что вышеприведённые данные, полученные на небольшом количестве пациентов, мы расцениваем как предварительные). Профилактика рахита необходима всем грудным детям, особенно если учесть, что профилактическая доза витамина Д (1 капля в день, содержащая 400 МЕ витамина Д) никогда не приведёт к гипервитаминозу. А вот за детьми, проживающими в условиях СБА, педиатрам следует наблюдать более тщательно, неукоснительно профилактически назначать витамин Д. И при первых признаках начинающегося рахита (обычно это повышенная возбудимость, симптомы остеомаляции и пролысына на затылке) немедленно назначать его адекватную терапию.

Также из предыдущих исследований удалось выяснить, что у детей, проживающих в условиях СБА, особенно при наличии наследственной предрасположенности, более высок риск нарушений ритма сердца [4], порой приводящих к обморочным состояниям.

Ульяна Т. Родилась 11.03.2006 г. (за 4 дня до полнолуния). 12.03.2009 г. на фоне ОРВИ внезапно потеряла сознание. Врач бригады «Скорой помощи» констатировал наличие у ребёнка экстрасистолии (впервые выявленной). За девочкой в это время ухаживала бабушка-врач, значительно не совпадающая с ребёнком по месячным биоритмам. Бабушка родилась 18.07.1947 г., (в новолуние). МБИ – 5,5. Мама ребёнка ещё больше не совпадает с дочерью по МБР (родилась 27.03.1976 г., за 4 дня до новолуния). В отношении дочери мать (по профессии психолог) отчуждена, мало эмоциональна, по мнению бабушки, почти не уделяет ей внимания. Мы неоднократно сталкивались с этим явлением при анализе психологической ситуации в семье с ситуацией СБА. И расцениваем её как своеобразную защитную реакцию (то есть тем самым родители подсознательно защищают ребёнка от длительного пребывания рядом с собой и патогенного влияния СБА).

Ранее мы также выяснили, что среди детей, страдающих бронхиальной астмой, большинство проживают в условиях СБА и потому также могут считаться детьми из группы риска по этому заболеванию [4].

Мы неоднократно наблюдали, что при полном (или почти полном) совпадении фаз биоритмов ребёнка с биоритмами тех членов семьи, которые страдают аллергией или БА (ситуация семейного биоритмологического гиперсинхроноза) у малыша также выше риск возникновения БА, как и у детей, проживающих в ситуации СБА.

Анализируя влияние СБА на организм человека, можно выстроить несколько неожиданную (для нас в том числе) гипотезу о его связи с обменом кальция. Рахит – это заболевание, о котором давно известно, что в его патогенезе принимает участие нарушение кальциевого обмена. При нарушениях ритма сердца одной из групп препаратов, прерывающих или препятствующих возникновению приступов аритмии, являются так называемые блокаторы кальциевых каналов.

И, наконец, в патогенезе бронхиальной астмы, по данным В. Т. Волкова и А. К. Стрелиса, 1996 [8], также большую роль играет отложение солей кальция в альвеолах и бронхолах.

Косвенно об участии кальциевых каналов в патогенезе аллергии и, значит, атопической бронхиальной астмы можно судить хотя бы по тому, что кромогексал, блокируя кальциевые каналы, прерывает вход кальция в тучные клетки, тем самым предотвращает выход из них медиаторов аллергической реакции.

Обсуждение

Из вышеуказанного следует, что при всех этих трёх видах патологии мы регистрировали наличие семейного биоритмологического асинхроноза (СБА), то есть выраженного несовпадения больших детей по фазам месячных биоритмов с совместно проживающими родственниками, что позволило нам выдвинуть вышеуказанную гипотезу.

Дальнейшие исследования, вероятно, могут позволить открыть новые пути для понимания патогенеза влияния СБА и для хронопрофилактики вышеуказанных и других заболеваний, к которым приводит пребывание ребёнка в условиях семейных биоритмологического асинхроноза и более редко встречающегося гиперсинхроноза.

Таким образом, исследования месячных биоритмов наряду с исследованиями биоритмов с другим периодом (суточных, сезонных и др.) способствуют более полному пониманию хронопатогенеза многих заболеваний и состояний и позволяют планировать своевременную их профилактику. Данные исследования в нашей стране могли бы позволить формировать более устойчивые и здоровые семьи, как это делается традиционно на Востоке, оптимально решать вопросы об усыновлении детей или о том, с кем из родителей (в случае расторжения брака) более полезно в плане здоровья оставаться ребёнку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмед аль-Бируни. Трактат «Индия» // Курьер (ЮНЕСКО). – Июль, 1974 г. – С. 22.
2. Базарон Э. Г. Очерки тибетской медицины. – Улан-Удэ, 1992. – 176 с.
3. Биленко Н. П. Хронобиологический прогноз и антиоксидантная профилактика остро развивающихся смертельных исходов у детей. – Краснодар, 1997. – 20 с.
4. Биленко Н. П. Терапевтические аспекты биоритмологического синергизма и антагонизма // Актуальные вопросы педиатрии. – Краснодар, 1999. – С. 21–23.
5. Биленко Н. П., Драгун Ю. Т. Положительные и отрицательные периоды месяца. Изменения свертывающей системы крови и здоровья человека // Глобальные проблемы человечества. – Краснодар, 1994. – С. 58–59.
6. Биленко Н. П., Богатырев А. В., Драгун Ю. Т., Попова З. И. Психологические и медицинские аспекты биоритмологического антагонизма совместно проживающих родственников // Теоретические и прикладные проблемы социально-педагогической и медико-педагогической службы. – Краснодар, 1996. – С. 97–98.
7. Биленко Н. П., Драгун Ю. Т. Хронобиология гениальности, делинквентности и девиантности // Тезисы докладов IV Всероссийской научно-практической конференции «Образование и здоровье». – Калуга, 1998. – С. 37–39.
8. Волков В. Т., Стрелис А. К. Бронхиальная астма. – Томск, 1996. – 568 с.

Поступила 10.05.2009

**Е. В. БОРОВИКОВА¹, Д. А. КАЮМОВА¹, М. Г. КУЛАГИНА¹,
Е. И. КЛЕЩЕНКО¹, Е. А. ДЕРЕЗА², Л. А. ГРОМЫКО², И. М. ТРОШКИНА¹**

ПОЛИСОРБ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ

¹Кафедра педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС
Кубанского государственного медицинского университета;

²Краснодарская городская больница скорой медицинской помощи,
Россия, 350007, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14. E-mail: Iris511@yandex.ru, vremenka2009@mail.ru

Приведена оценка эффективности энтеросорбции полисорбом МП в комплексной терапии затянувшихся желтух у 34 недоношенных детей на базе отделения недоношенных новорожденных БСМП г. Краснодара. Возраст детей от 10 суток до 1 месяца. Установлено, что дополнительное введение в комплексную терапию полисорба МП способствовало более быстрой регрессии желтух по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: гипербилирубинемия, недоношенные, полисорб.

**E. V. BORVIKOVA¹, D. A. KAJUMOVA¹, M. G. KULAGINA¹, E. I. KLESCHENKO¹,
E. A. DEREZA², L. A. GROMYKO², I. M. TROSKHINA¹**

POLISORB IN COMPLEX THERAPY AT NEWBORNS FOR TREATMENT OF THE TIGHTENED YAUNDICE

Krasnodar State Medical University, Chair of pediatrics with a course of neonatology, Sedina, 4,
The Krasnodar city hospital of the first hel,
Russia, 350007, Krasnodar, Victory Square, 14. E-mail: Iris511@yandex.ru, vremenka2009@mail.ru

The estimation of efficiency enterosorbition preparation Polisorb in complex therapy of the tightened jaundices at 34 children born before term on the basis In clinic for newborns In hospital of the first help of Krasnodar is resulted. Age of children from 10 day till 1 month. It is established, that additional introduction in complex therapy preparation Polisorb promoted faster regress of jaundices in comparison with control group.

Key words: newborns, complex therapy, jaundices, enterosorbition.