

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

А.В. Филоненко

ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» (г. Чебоксары)

РЕЗЮМЕ

Обзор посвящен научному изучению и обоснованию возможности использования иглорефлексотерапии (ИРТ) в реабилитации новорожденных. Оздоровляющее действие ИРТ основано на нормализации функционального состояния центральной нервной системы (ЦНС), регуляции тонуса и реактивности вегетативной нервной системы (ВНС), повышении адаптационных, защитных, компенсаторных функций организма.

Проанализированы особенности мозгового кровообращения, физического развития, электрокожной проводимости (ЭКП), безусловно-рефлекторной деятельности, вегетативного гомеостаза новорожденных с перинатальным повреждением нервной системы и особенности психоэмоционального состояния матерей под влиянием курсового воздействия ИРТ диады «мать–дитя» в ранний восстановительный период. Включение ИРТ в комплексную реабилитацию партнеров обеспечивает оптимизацию вышеуказанных характеристик новорожденного.

Ключевые слова: иглорефлексотерапия, реабилитация новорожденных, нормализация состояния, центральная нервная система.

ВВЕДЕНИЕ

В представленном обзоре затронута актуальная тема реабилитации детей с гипоксически-ишемическим поражением мозга. Ранняя реабилитация детей первого года жизни с перинатальной энцефалопатией особенно важна для дальнейшего гармоничного развития ребенка. Тяжелыми последствиями перенесенного перинатального поражения ЦНС являются гидроцефалия, детский церебральный паралич, эпилепсия, которые приводят к детской инвалидности. Исходя из этого, проблема реабилитации детей с перинатальной энцефалопатией весьма актуальна и имеет медико-социальное значение. Актуальность разработки новых направлений реабилитации новорожденных, перенесших перинатальное поражение нервной системы, определяется и сохраняющейся высокой частотой патологии. Более 30 % детей рождаются с перинатальным поражением нервной системы [1]. Перинатальная патология предопределяет постнатальное развитие ребенка, а затем и взрослого человека. С перинатальной патологией связывают как тяжелые психоневрологические и соматические расстройства, так и минимальные мозговые дисфункции. Важным компонентом обеспечения метаболизма мозга является мозговой кровоток. Нарушения мозгового кровотока являются одним из значимых механизмов патогенеза неонатальной гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) [2]. Патология

мозговых сосудов лежит в основе большинства церебральных нарушений. Основной причиной инвалидности с детства (до 70 %) является патология перинатального периода. В большинстве случаев тяжесть состояния обусловлена перинатальным поражением ЦНС. Ежегодно в Российской Федерации рождаются дети – инвалиды, нуждающиеся в реабилитационной терапии с использованием медикаментозных церебральных стимуляторов на протяжении 1–3 лет жизни. Несмотря на регулярную общепринятую медикаментозную терапию, лечение массажем и гимнастикой, перинатальные повреждения головного мозга оставляют глубокие последствия [3].

Специфической чертой развития человека на ранних этапах онтогенеза, является полная зависимость ребенка от матери, которая формируется как важнейшая потребность. Ребенок чутко реагирует на малейшие изменения ее настроения и состояния. Отсутствие личностной гармонии у матери обязательно находит отклик и в поведении ребенка. Взаимодействие ребенка и матери представляет собой высшее жизненное единство [4]. В раннем неонатальном периоде у новорожденных перенесших хроническую гипоксию, наблюдаются значительные и стойкие функциональные расстройства в деятельности системы кровообращения, степень выраженности которых находится в прямой зависимости от тяжести патологии матери [5]. Установлена роль гипо-

таламо-гипофизарно-надпочечниковой системы плода в регуляции состояния русла микроциркуляции при внутриутробной асфиксии [6], которая является, наряду с нервной системой, основным звеном адаптационного механизма. Оказывает выраженное влияние на системную и регионарную гемодинамику, в том числе и на мозговой кровоток [7]. Это открывает возможности применения акупунктуры в коррекции церебральной гемодинамики.

Особое значение в патогенезе нарушений жизненно важных функций новорожденного в период постнатальной адаптации имеют изменения со стороны ВНС [8]. Ко времени рождения ребенка ВНС уже функционирует, обеспечивая поддержание сосудистого тонуса, адаптивно-трофические реакции и регуляцию деятельности внутренних органов. Вегетативно-висцеральная дисфункция, как основной этиопатогенетический фактор, должна корректироваться уже на первых этапах развития ребенка, так как способствует возникновению соматических расстройств, снижению иммунитета. Комфортное состояние у ребенка достигается при общении с матерью и кормлении грудью. В противном случае ребенок не получает материнской любви, что приводит к недостаточному набору массы, задержке развития моторики и роста, нарушениям функций пищеварительной, дыхательной систем, к формированию патологических черт характера [9].

Известно, что ЭКП в репрезентативных точках акупунктуры отражает функциональное состояние ВНС, в частности, при нарушении моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Понижение электрогенеза достоверно сопровождается гипосимпатикотонией, а повышение электропроводности – гиперсимпатикотонией. Разнонаправленность вегетативной реакции в различных отделах системы считается причиной нарушения моторной и эвакуаторной функции [10]. Использование ЭКП в скрининг-диагностике у новорожденных достаточно перспективно.

Проблема лечения и профилактики начальных форм депрессивных расстройств родильниц является одной из актуальных в современной медицине, так как повсеместно отмечается стойкая тенденция к возрастанию числа страдающих послеродовой депрессией (ПД). ПД развивается у 10–20 % женщин в течение первых шести месяцев после родов [11]. Показатель превышает 25 % у женщин, имевших предшествующий эпизод ПД [12]. Лечение ПД

представляет непростую задачу, так как практически все психотропные препараты (антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики, нейролептики) выделяются с грудным молоком и представляют разную степень осложнений для ребенка и матери [13]. Поэтому при их назначении рекомендуется прекратить грудное вскармливание, что также является негативным фактором для развития новорожденного [14]. Отсюда важна разработка альтернативных подходов в терапии ПД. ИРТ, обладая психотропным действием, свойством малых антидепрессантов [15], представляется весьма перспективной для коррекции ПД. Немедикаментозная оптимизация мозгового кровотока, вегетативного гомеостаза новорожденного посредством влияния на материнскую компоненту системы «мать-дитя» представляется весьма значимым направлением применения ИРТ в неонатологии. Все вышеперечисленное послужило основанием для проведения настоящего обзора

Целью работы явилось обзрение публикаций контролируемых проспективных рандомизированных клинических исследований, посвященных применению традиционных методов ИРТ в реабилитации новорожденного, перенесшего перинатальную ГИЭ в раннем восстановительном периоде и послеродового психоэмоционального состояния его матери.

ОБЗОР

Публикации исследований состояния церебральной гемодинамики свидетельствуют, что ИРТ по методике, учитывающей морфофункциональные особенности новорожденного и детско-материнские отношения привязанности в системе «мать-дитя», достаточно эффективна. Оценка состояния ЭКП репрезентативных точек партнеров осуществлялась методом Ryodoraku по Y. Nakatani с использованием отечественного «АРМ-РТ Партнер», специального компьютерного комплекса, разработанного В.Б. Любовцевым. Как при гипо-, так и при гиперфункции, с учетом особенностей ЦНС и ВНС новорожденного ребенка, применялась методика тормозного рецепта двух дистальных точек конечностей по F. Mann с добавлением группового Ло-пункта ведущего меридиана поражения текущего дня одной стороны – второй уровень воздействия по Д.М. Табеевой. Продолжительность сеанса – от 45 до 60 минут до самостоятельной элевации игл из кожи во время сна новорожденного после

утреннего кормления. В ходе курса акупунктуры, состоящего из 5 сеансов и задействовавшего 15 различных точек, как у матери, так и у ребенка пользование одних и тех же мест не допускается. При сохранении доминирования канала предыдущего дня воздействие осуществляется на противоположной стороне [16].

Результат обусловлен непосредственным механизмом ИРТ действия на вегетативную, а также гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, участвующую в регуляции состояния русла микроциркуляции новорожденного и материнской составляющей диады «мать–дитя», что подтверждается достоверным улучшением мозгового кровотока новорожденных детей, получивших курс ИРТ. Состояние здоровья матери новорожденного в ранний восстановительный период относится к факторам, влияющим на состояние церебральной гемодинамики ребенка [17]. Матерью потенцируются условия для оптимизации кровотока новорожденного как во внутренних сонных, так и позвоночных артериях, возрастание которого с отсутствием признаков повышения внутричерепного давления предполагает обязательное исчезновение отека мозговой ткани ребенка. Проведение ИРТ только новорожденному оказывает на кровоток в позвоночных артериях менее выраженный эффект, чем проведение совместного с матерью пособия. Влияние ИРТ на состояние здоровья новорожденного проявляется лучшими показателями мозговой гемодинамики в поздний неонатальный период, оказывая сосудорасширяющее действие на мозговые сосуды. Наиболее выраженные изменения показателей мозговой гемодинамики проявляются при участии матери в реабилитации новорожденных. ИРТ в комплексной терапии новорожденных системы «мать–дитя» с ГИЭ на ранних этапах реабилитации оптимизирует мозговое кровообращение детей. Цервикальная гипоперфузия, сохраняющаяся на первом месяце жизни новорожденных, перенесших гипоксически-ишемическое повреждение мозга, несмотря на эффективность медикаментозного лечения, обеспечивающего возрастание церебрального кровотока, восстанавливается только при участии матери в курсовой ИРТ. Совокупное проведение акупунктурного воздействия оказывается высокоэффективным методом становления мозгового кровообращения новорожденного [18].

После проведенного ИРТ лечения отмечается достоверная выраженность безусловных

рефлексов спинального автоматизма. Эффект ИРТ объясняется своеобразием методики, учитывающей особенности ВНС новорожденных, осуществляющей свою активность через рефлекторные дуги ганглионарных аппаратов метасимпатической нервной системы. Вероятно, это обусловлено и постоянной афферентной стимуляцией рефлексогенных зон при каждом кормлении грудью, контактом «кожа–к–коже» и особенностями кровоснабжения ствола мозга. Проведение ИРТ только матерям также способствовало улучшению безусловно-рефлекторной деятельности новорожденного, что свидетельствует о наличии влияния материнского состояния на ребенка. Действительно, система «мать–дитя» представляет единое целое. Воздействие на одного партнера приводит к неизбежным изменениям у другого члена диады, потенцировании друг друга. ИРТ является достаточно эффективным методом комплексной реабилитации новорожденных с перинатальным поражением нервной системы в ранний восстановительный период, оптимизирующим неврологический статус новорожденного. Восстановление рефлексов спинального автоматизма свидетельствует о достаточности афферентной импульсации методики, обеспечившей включение новых рецепторных полей и формирование новых связей между ганглионарными и мозговыми структурами. Афферентный ответ новорожденного определяется и состоянием матери. В системной регуляции деятельности организма новорожденного мать представляется значимым звеном афферентного синтеза, анализа и формирования афферентной реакции, составной частью рефлекторной дуги. В ситуации, когда ИРТ не приемлема в реабилитационном комплексе мероприятий новорожденным, возможно использование ИРТ матери для положительного влияния на ребенка и повышения эффективности комплексной реабилитации. Полученные данные свидетельствуют о восстановлении безусловно-рефлекторной деятельности новорожденных с перинатальным поражением нервной системы партнеров «мать–дитя» под влиянием курсового воздействия ИРТ, играющей существенную роль в формировании взаимоотношений с матерью и оказывающей влияние на физическое развитие ребенка [19].

Физическое развитие детей, получивших курс ИРТ, статистически достоверно отличается от новорожденных группы сравнения

и оценивается как мезосоматическое, гармоническое и нормального питания в отличие от детей группы сравнения, которое характеризуется как микросоматическое, гармоническое при нормальном питании. Эффект лечения обусловлен непосредственным механизмом трофического действия на ВНС и психологической разгрузкой матери, что подтверждается достоверной прибавкой массы тела новорожденных детей. Состояние здоровья матери новорожденного в ранний восстановительный период относится к факторам, влияющим на физическое развитие ребенка. Матерью с купированным под влиянием ИРТ уровнем невротизации и акцентуации характера создаются психопозитивные условия для физического развития новорожденного. Проведение ИРТ только лишь новорожденному оказывает менее выраженное влияние, чем проведение совместного с матерью пособия. Влияние ИРТ на состояние здоровья новорожденного проявляется лучшими показателями физического развития в поздний неонатальный период. Наиболее выраженные изменения показателей физического развития проявляются по массе тела. Недостоверность разницы в размерах окружности головы свидетельствует об отсутствии повышения внутричерепного давления при проведении курса ИРТ новорожденному системы «мать-дитя». ИРТ новорожденных системы «мать-дитя» с ГИЭ на ранних этапах реабилитации оптимизирует физическое развитие детей в этот период. Несмотря на эффективность медикаментозного лечения, новорожденные, перенесшие перинатальное поражение мозга, отстают в физическом развитии уже на первом месяце жизни [20].

Вегетативный гомеостаз новорожденных характеризуется значительной активностью центрального контура регуляции с развитием вегетативной реактивности по гиперсимпатикотоническому типу и сохранением таковой до конца позднего перинатального периода. Это указывает на весьма выраженную нагрузку защитно-приспособительных механизмов новорожденных. ИРТ вызывает изменение показателей вегетативного статуса с перестройкой вегетативной реактивности по ваготоническому типу. Снижается нагрузка на адаптационные механизмы, и повышается способность ВНС по обеспечению безопасности организма новорожденного от последствий повреждающего действия гипоксии в этот период. Проведение новорожденному совместного с матерью

пособия оказывает более выраженное действие, чем ИРТ только ребенку, что, вероятно, может быть связано с оптимизацией ВНС матери в становлении лактации и состава молока под влиянием гармонизации ее психоэмоционального состояния. Влияние ИРТ в системе «мать-дитя» на состояние здоровья новорожденного проявляется лучшими показателями вегетативного гомеостаза в поздний неонатальный период. Наиболее выраженные изменения показателей кардиоинтервалограммы проявляются в значениях показателя индекса напряжения. ИРТ в комплексном лечении новорожденных системы «мать – дитя» с ГИЭ на ранних этапах реабилитации оптимизирует вегетативный гомеостаз детей в этот период. Вегетативный дисбаланс по гиперсимпатикотоническому типу, сохраняющийся на первом месяце жизни новорожденных, перенесших гипоксически-ишемическое поражение мозга, несмотря на медикаментозное лечение, гармонизируется исключительно проведением ИРТ новорожденному, особенно совместной с матерью [21].

Корреляционный анализ между ЭКП новорожденных и их матерей выявляет положительную зависимость показателей. Отмечено наличие средnedостоверной зависимости изучавшихся показателей новорожденных и состояния ЭКП матери. Это подтверждает материнскую роль в изменениях у новорожденных. Исходное количество корреляционных взаимоотношений сильной и средней связи (24 %) в группе, не получавшей ИРТ, статистически не изменялось ($p > 0,05$) к выписке (16 %) по критерию Йейтса. В основной группе в конце раннего восстановительного периода количество корреляционных связей сильного и среднего значения достоверно возросло ($p < 0,001$) по отношению к группе сравнения до 56 % [22].

Процедура измерения ЭКП у новорожденного, не имеющего для него психотерапевтического значения как для личности – свидетельство отсутствия эффекта плацебо, позволяет осуществить скрининг-диагностику дисбаланса и достоверный контроль гармонизации систем и органов, принадлежащих какой-либо кожной зоне при проведении ИРТ. Сравнение результатов ЭКП детей, получивших ИРТ, с результатами в контрольной группе свидетельствует, что использование ИРТ в системе «мать-дитя» обладает свойством ее изменять, оптимизируя состояние мозгового кровотока, вегетативной реактивности

и безусловно-рефлекторной деятельности новорожденного. Подтверждено существование ЭКП репрезентативных точек новорожденных. Термин «канально-меридианная система» применим к детям этого возрастного периода. Метод Ryodoraku Y. Nakatani позволяет достоверно контролировать динамику состояния электрогенеза детей. Применение ИРТ в комплексное лечение новорожденных системы «мать-дитя» на ранних этапах реабилитации изменяет и гармонизирует ЭКП новорожденного. Установлено участие матери в электрогенезе ребенка [23].

Для большинства женщин-родильниц характерны субклинические формы измененного психоэмоционального профиля, без терапевтического вмешательства сохраняющиеся в течение всего позднего неонатального периода их детей. Подтверждено антидепрессантное свойство ИРТ послеродовых депрессий. Сравнение полученных характеристик материнского психоэмоционального статуса с результатами в контрольной группе свидетельствует, что ИРТ по методике, учитывающей особенности системы «мать-дитя», весьма эффективно. Выраженность отклонений позволяет предположить, что не только манифестные формы, но и ПД может вызывать психическую диссоциацию физического и нервно-психического развития детей. Появление новых эмоциональных ощущений, вероятно, связано с выработкой эндогенного опиоида – эндорфина или восстановлением функциональной способности эндорфинэргических систем [24]. В свою очередь, состояние здоровья новорожденного в ранний восстановительный период, безусловно, относится к факторам, влияющим на психическое состояние матери. Проведение ИРТ только матери оказывает менее выраженный эффект, чем проведение совместного с ребенком пособия. Методика ИРТ оказалась эффективной в разрешении невротических расстройств и удовлетворительной у женщин с высоким уровнем акцентуации характера. Необходимо ее совершенствование или сочетание с методами психотерапии. Для психически здоровых родильниц характерно наличие психоэмоциональных отклонений, нуждающихся в коррекции. ИРТ, включенная в комплексную реабилитацию системы «мать-дитя», на ранних этапах улучшает состояние женщин. Психоэмоциональное напряжение родильниц, сохраняющееся на первом месяце жизни новорожденных, перенесших перинатальное

поражение нервной системы, эффективнее купируется при участии ребенка в курсовой ИРТ матери [25].

Исходно в начале позднего неонатального периода в состоянии детско-материнских взаимоотношений нет значимых зависимостей. Коэффициенты корреляции между выраженностью отклонений психического здоровья, глубины материнской ПД и соматических показателей детей умеренные. Затем под влиянием ИРТ на фоне уменьшения выраженности ПД они возрастали в основной группе. Восстанавливалась близость матери и ребенка, возникшая во время беременности, но прерванная родами. Если отклонения в эмоциональном развитии начинаются со второго месяца жизни с искажения формулы «комплекса оживления» [26], то «синдром материнской депривации» морфофункциональных, вегетативно-висцеральных показателей проявляется уже в периоде новорожденности. Восстановление психологической совместимости матери и ребенка представляется важнейшим компонентом реабилитации новорожденных детей. Получены данные, свидетельствующие о связи психоэмоциональной сферы матери с показателями церебральной гемодинамики и вегетативного гомеостаза новорожденных, что подтверждает материнское участие в регуляции кровообращения и вегетативной реактивности детей. Нормализация психоэмоционального состояния матери находит отражение в улучшении функциональных показателей мозговой гемодинамики, вегетативной реактивности детей с ГИЭ [27].

Проведены катамнестические исследования нервно-психического развития (НПР) и заболеваемости на первом году жизни. НПР детей, находившихся на ИРТ коррекции в период новорожденности, к 12 месяцам существенно отличалось от детей группы сравнения. У большинства детей (68,2 %) НПР оценено как нормальное ($p < 0,05$) в отличие от группы сравнения (24 %). Среди некоторой части детей отмечалось и опережение (9,1 %) НПР. В группе сравнения у большинства детей (68,0 %) наблюдалась задержка в развитии на один эпикризный срок. К году жизни детей, прошедших ИРТ, но отстающих в развитии, достоверно меньше (29,2 %), чем в контрольной группе. Развитие детей, матерям которых проводилась ИРТ также отличалось в сторону улучшения от младенцев группы сравнения [28].

Заболеваемость детей на первом году жизни в значительной степени зависит от вида

лечения. Общая заболеваемость группы, получившей ИРТ, была ниже по сравнению с контрольной группой (на 69 %). По отдельным классам болезней среди детей, получивших курс ИРТ, заболеваемость была в несколько раз меньше, чем среди детей группы сравнения. По болезням крови (анемии) – в 4,2 ($p < 0,05$) раза; болезням кожи – в 1,9 раза; органов дыхания – в 2,6 ($p < 0,05$). Значительная часть детей ни разу не болела на первом году жизни. Индекс здоровья составил 41,7 % ($p < 0,05$). Дети от матерей, получивших ИРТ, имели более низкие показатели заболеваемости по сравнению с детьми контрольной группы [29]. Снижение заболеваемости детей подтверждает иммуотропный эффект ИРТ с наличием длительного последствия. ИРТ обладает иммуномодифицирующими свойствами, определяет развитие тех или иных заболеваний в младенчестве. У детей с перинатальным поражением ЦНС отмечаются нарушения клеточного энергетического метаболизма в популяции лимфоцитов с формированием вторичной митохондриальной недостаточности, иммунопатологическое состояние по ряду факторов иммунитета [30]. ИРТ способствует восстановлению активности ферментов митохондрий и нормализации иммунологических параметров, проявляющееся снижением заболеваемости на первом году жизни.

ВЫВОДЫ

1. Новое направление ИРТ – акупунктура новорожденных совместно с матерью – открывает большие возможности реабилитации младенцев. Состояние физического развития, безусловно-рефлекторной деятельности, церебральной гемодинамики, вегетативного гомеостаза, ЭКП новорожденных детей с перинатальной энцефалопатией поддается ИРТ коррекции. Полученные данные достоверно свидетельствуют о существовании канально-меридианной системы новорожденных, дисбаланс которой соответствует клиническим проявлениям.

2. Психоэмоциональный профиль родильниц изменен, и влияние ИРТ на его динамику у матерей новорожденных с ГИЭ в позднем неонатальном периоде высокoeffективно.

3. Подтверждается роль психо-эмоционального состояния матери в изменениях церебральной гемодинамики, вегетативного гомеостаза и ЭКП новорожденного в процессе адаптации к гипоксически-травматичес-

кому повреждению. Глубина обнаруженных изменений ЭКП новорожденных согласуется со степенью выраженности девиации психо-эмоционального состояния матери, соответствующей тяжести гипоксически-ишемического поражения. Открываются новые звенья патогенеза (изменение ЭКП) при ГИЭ. Отчетливо проявляется определяющая роль энергетического дисбаланса матери в процессе адаптации новорожденного к травматическому повреждению. Выявленная зависимость между энергетическим обеспечением новорожденного и степенью нарушений психоэмоционального состояния матери служит объективным дополнительным тестом тяжести состояния ребенка, дает возможность судить о компенсаторных способностях новорожденного, обосновывает новый подход к диагностике, оценке тяжести состояния и эффективности реабилитации.

4. ИРТ в совместной реабилитации матери и новорожденного на втором этапе выхаживания положительно влияет на НПР младенцев, уменьшает их заболеваемость в течение первого года жизни. Участие ИРТ в реализации компенсаторно-приспособительных реакций в течение года осуществляется через иммунную систему, обеспечивающую преимущества в состоянии здоровья детей, получивших с матерью курс ИРТ. Полученные данные теоретически обосновывают выбор и возможности совершенствования методов реабилитации у доношенных новорожденных с ГИЭ. Совокупность рассматриваемых положений может рассматриваться как один из путей решения задачи, связанной с медико-социальными факторами формирования психического здоровья женщин и совершенствования системы медико-социальной помощи новорожденным.

5. Очевидно, что рефлексотерапию можно трактовать как вспомогательный метод в комплексной реабилитации. Единого мнения о реабилитации детей с гипоксически-ишемическим поражением головного мозга методами традиционной медицины не существует. Это можно объяснить и многообразием форм данной патологии и отличиями в методиках различных школ рефлексотерапии. Важное значение имеет правильный выбор способов физического воздействия, точек и зон для терапии. При этом использование различных методов рефлексотерапии, показания, относительные показания и противопоказания требуют дальнейшего уточнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фрухт Э.Л., Тонкова-Ямпольская Р.В. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальным поражением нервной системы // Российский педиатрический журнал. – 2001. – № 1. – С. 9–12.
2. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.
3. Барашнев Ю.А. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 5. – С. 39–41.
4. Батуев А.С., Ляко Е.Е. Психофизиологические основы формирования системы «мать – дитя» на ранних этапах онтогенеза // Физиология развития ребенка: теоретические и прикладные аспекты. – М.: Образование от А до Я, 2000. – С. 14–30.
5. Ломако Л.Т. Кровообращение новорожденного при заболеваниях матери. – Минск: Беларусь, 1988. – 158 с.
6. Черемных А.А. Роль нейроэндокринной системы плода в регуляции сосудистых реакций при асфиксии // Акушерство и гинекология. – 1979. – № 9. – С. 39–41.
7. Неретин В.Я., Котов С.В., Молчанова Т.С. Гормональная регуляция мозгового кровотока // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1990. – Т. 90. – № 7. – С. 41–43.
8. Козлов Л.В., Короид О.А. Состояние вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем в раннем постнатальном периоде у детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 6. – С. 56–57.
9. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Изд-во Института психотерапии; Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
10. Капустин А.В., Хавкин А.И. Состояние вегетативной нервной системы у детей с нарушением моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта // Педиатрия. – 1989. – № 1. – С. 68–71.
11. Miller L. Postpartum depression // JAMA. – 2002. – Vol. 287. – P. 762–765.
12. Wisner K., Parry B., Piontek C. Postpartum depression // N. Engl. J. Med. – 2002. – Vol. 347. – P. 194–199.
13. Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных: руководств. 2-е изд. – СПб.: СОТИС, 1993. – 374 с.
14. Whithby D.H., Smith K.M. The use of tricyclic antidepressants and selective serotonin reuptake inhibitors in women who are breastfeeding // Pharmacotherapy. – 2005. – Mar. – Vol. 25. – № 3. – P. 411–425.
15. Поляков С.Э., Коханов В.П. Рефлексотерапия психически больных // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – № 10. – С. 133–137.
16. Филоненко А.В. Морфо-функциональные предпосылки рефлексотерапии в восстановительном лечении новорожденных с перинатальным поражением нервной системы в поздний неонатальный период // Рефлексотерапия. – 2006. – № 4 (18). – С. 55–62.
17. Филоненко А.В., Голенков А.В. Младенческо-материнские взаимоотношения в семейном воспитании // Семья в России. – 2006. – № 1. – С. 68–76.
18. Филоненко А.В. Рефлексотерапия и особенности мозгового кровообращения новорожденных с перинатальным повреждением нервной системы в ранний восстановительный период // Рефлексотерапия. – 2006. – № 3 (17). – С. 57–60.
19. Филоненко А.В. Рефлексотерапия и безусловные рефлексы новорожденных с перинатальным повреждением нервной системы в ранний восстановительный период // Рефлексотерапия. – 2005. – № 3 (14). – С. 55–58.
20. Филоненко А.В. Физическое развитие новорожденных с перинатальным поражением нервной системы в ранний восстановительный период и рефлексотерапия // Казанский медицинский журнал. – 2009. – Т. 90. – № 6. – С. 812–817.
21. Филоненко А.В. Вегетативные дисфункции новорожденных с перинатальным поражением нервной системы в ранний восстановительный период и рефлексотерапия // Вестник восстановительной медицины. – 2009. – № 3 (31). – С. 81–84.
22. Филоненко А.В. Рефлексотерапия в восстановительном лечении новорожденных: монография. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2008. – 100 с.
23. Филоненко А.В. Рефлексотерапия и электрокожная проводимость новорожденных с перинатальным повреждением нервной системы в ранний восстановительный период // Нижегородский медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 63–67.
24. Слепушкин В.Д. Нейропептиды в анестезиологии и реаниматологии // Анестезиология и реаниматология. – 1997. – № 6. – С. 59–62.
25. Филоненко А.В., Голенков А.В. Рефлексотерапия женщин с послеродовыми депрессиями // Рефлексотерапия. – 2007. – № 2 (20). – С. 55–59.
26. Калинина М.А., Козловская Г.В., Королева Т.Н. Депрессивные состояния в раннем возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 1997. – Т. 97. – № 8. – С. 8–12.
27. Филоненко А.В. Рефлексотерапия: психоэмоциональная сфера матери и ее взаимосвязь с выраженностью морфо-функциональных отклонений у новорожденного с перинатальным поражением нервной системы в поздний неонатальный период // Рефлексотерапия. – 2007. – № 4. – С. 40–44.
28. Филоненко А.В., Маллин А.С. Значение рефлексотерапии для здоровья, физического и нервно-психического развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы на первом году жизни // Современные проблемы науки и образования. – 2008. – № 1. – С. 20–24.
29. Филоненко А.В., Голенков А.В. Возможности рефлексотерапии в охране здоровья, физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни // Здравоохранение Чувашии. – 2008. – № 4. – С. 30–34.
30. Гурьянова Е.А., Любовцева Е.В., Филоненко А.В. Взаимовлияния нейромедиаторсодержащих структур кожи и тимуса при иглоукалывании // Традиционная медицина. – 2009. – № 4 (19). – С. 46–48.

Адрес автора

К.м.н. Филоненко А.В., доцент кафедры педиатрии ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова»
 filonenko56@mail.ru