

5. Амирджанова В.Н., Погожева Е.Ю. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертулизумаба пэгол. Научно-практическая ревматология. 2012; 54 (5): 80—4.
6. Шаталова Н.Е. Психопатологическая симптоматика и ее роль в рецидиве онкологического заболевания (на примере больных раком молочной железы). В кн.: Журавлев А.Л., Кольцова В.А., ред. Развитие психологии в системе комплексного человекознания. М.: Институт психологии РАН; 2012; ч. 2: 642—4.
7. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Макаrchuk А.В., Падуn М.А. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М.: Когито-Центр; 2007.
8. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика: Учебник для вузов. СПб.: Питер; 2006.
9. Александровский Ю.А. Психотерапия: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия»; 2005.
3. Akhmadeeva A.R., Magzhanov R.V., Zakirova E.N., Abdrashitov T.M., Samiguadina G.D. The quality of life of patients with primary cephalgias, stroke, and myotonic dystrophy. Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 2011; 11: 72—5 (in Russian).
4. Novik A.A., Ionova T.I. Manual of research the quality of life in medicine. 2nd ed. Shevchenko Yu.L., ed. Moscow: «OLMA Media Grupp»; 2007 (in Russian).
5. Amirdzhanova V.N., Pogozheva E.Yu. The quality of life of patients with rheumatoid arthritis treated with tsertolizumab pegol. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2012; 54 (5): 80—4 (in Russian).
6. Shatalova N.E. Psychopathology and its role in the relapse of cancer (for example, breast cancer patients). In.: Razvitie psikhologii v sisteme kompleksnogo chelovekoznaniiya. A.L. Zhuravlev, V.A. Kol'tsova, eds. Moscow: Institut psikhologii RAN; 2012; part 2: 642—4 (in Russian).
7. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V., Kalmykova E.S., Makarchuk A.V., Padun M.A. et al. Practical guidance on the psychology of post-traumatic stress. Moscow: Kogito-Tsentri; 2007 (in Russian).
8. Burlachuk L.F. Psychodiagnostics: A Textbook for high schools. St. Petersburg: Piter; 2006 (in Russian).
9. Aleksandrovskiy Yu.A. Psychopharmacotherapy: Textbook for students of higher schools. Moscow: Izdatel'skiy tsentr «Akademiy»; 2005 (in Russian).

REFERENCES

1. Kagan V.E. Internal health pattern — a term or concept? Voprosy psikhologii. 1993; 1: 86—8 (in Russian).
2. Amirdzhanova V.N. The quality of life of patients with rheumatoid arthritis treated with rituximab. Nauchno-prakticheskaya revmatologiya. 2008; Pril. k. 1: 15—20 (in Russian).

Поступила 04.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 615.814.1.03:616.34-009.11-036.11-053.2

Использование рефлексотерапии в лечении острого запора у детей

В.В. Полунина^{1,3}, Л.Н. Цветкова^{1,2}, А.А. Ипатов^{1,3}, Т.Ф. Мухина², С.В. Павлова^{1,3}

¹ГБОУ ВПО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им Н.И. Пирогова" Минздрава России, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1; ²ГБУЗ "Измайловская городская детская клиническая больница" Департамента здравоохранения г. Москвы, 105077, г. Москва, ул. Верхняя Первомайская, д. 48; ³ГБУЗ "Детская городская поликлиника № 39" Департамента здравоохранения г. Москвы, 125252, г. Москва, пр-д Березовой роши, д. 2

Лечение острого запора у детей является актуальной проблемой гастроэнтерологии. Причины его возникновения могут быть различными. Функциональные нарушения, способствующие появлению острого запора, позволяют использовать рефлексотерапию в его лечении. В статье сравниваются эффективность лечения острого запора у детей различными методами. Амбулаторно было проведено обследование и лечение 61 ребенка с острым запором, которым проводилась медикаментозная терапия и комплексное лечение с использованием рефлексотерапии и лечебной гимнастики. Полученные данные достоверно доказали большую эффективность комплексной терапии.

Ключевые слова: рефлексотерапия; острый запор; дети; эффективность лечения

Polunina V.V.^{1,3}, Tsvetkova L.N.^{1,2}, Ipatov A.A.^{1,2}, Mukhina T.F.², Pavlova S.V.^{1,3}

THE APPLICATION OF REFLEXOTHERAPY FOR THE TREATMENT OF THE CHILDREN PRESENTING WITH ACUTE CONSTIPATION

¹State budgetary educational institution of higher professional education "N.I. Pirogov Russian National Research Medical University", Russian Ministry of Health; ul. Ostrovityanova, 1, 117997, Moscow;

²State budgetary healthcare facility "Izmailovo City Children's Clinical Hospital", Moscow Health Department; ul. Verkhnyaya Pervomayskaya, 48, 117997 Moscow;

³State budgetary healthcare facility "City Children's Clinical Hospital No 39", Moscow Health Department; proezd Beryozovoy roshchi, 2, 125252 Moscow, 117997 Moscow

The problem of management of acute constipation in the children is a major challenge to modern gastroenterology because this clinical condition is just as likely to develop in the subjects of any age. The causes behind this pathologies are numerous. The functional disturbances facilitating the development of acute constipation suggest the desirability of treating the children by reflexotherapy with the use of various methods. The present paper is focused on the comparison of the effectiveness of different therapeutic modalities for the management of acute constipation. A total of 61 children suffering from acute constipation were available for the examination based on the outpatient facility. They were treated with various medications and subjected to

the combined treatment that included reflexotherapy and remedial gymnastics. The results of the study confirm the enhanced effectiveness of combined therapy in comparison with the conventional treatment.

Key words: *reflexotherapy, acute constipation, children, effectiveness of the treatment*

За последние 20 лет отмечается рост числа заболеваний органов пищеварения более чем в 2 раза [1]. Распространенность запоров колеблется от 15 до 35% у детей различных возрастных групп [2]. Однако следует отметить, что истинную распространенность запоров у детей сложно оценить из-за низкой обращаемости родителей к врачу, особенно это касается острых запоров. Запор — это нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой. Если такие симптомы возникают на фоне нормального стула и повторяются не более 3 мес, можно говорить об остром запоре [4, 5].

Материал и методы

Цель нашего исследования — изучение эффективности рефлексотерапии при остром запоре у детей различных возрастных групп на амбулаторном этапе. Под нашим наблюдением находился 61 ребенок в возрасте от 4 до 12 лет с длительностью запора от 5 дней до 4 мес от момента острой задержки стула.

Все дети на начальной стадии наблюдения были обследованы амбулаторно; выполнены клинические анализы крови, мочи и кала, УЗИ органов брюшной полости, микробиологическое и паразитологическое исследование кала. УЗ-исследование толстой кишки проведено 8 детям, у которых на фоне проводимой терапии отсутствовала положительная клиническая динамика. Из них 6 детей были госпитализированы в специализированный стационар для рентгенологического (ирригоскопия) и эндоскопического (ректороманоскопия) обследования. Большое внимание уделялось сбору анамнеза для выявления возможной причины появления запора.

Результаты и обсуждение

Распределение детей с острым запором по возрасту и полу представлено в таблице. Среди пациентов преобладали дети в возрасте от 7 до 12 лет, причем во всех возрастных группах большинство составляли мальчики.

Все дети наблюдались и проходили лечение в условиях детской поликлиники (из них 4 ребенка в период острой задержки стула в течение 2—5 дней на-

ходились в хирургическом отделении стационара, но после исключения хирургической патологии и ликвидации копростазы были выписаны под наблюдение гастроэнтеролога).

В зависимости от времени обращения к педиатру все дети были разделены на 3 группы: в первые 7 дней обратилось 28 детей (45,9%), в течение 1-го месяца — 24 (39,3%) ребенка, на 2—3-м месяце — 9 (14,8%) детей. Основными жалобами пациентов при обращении были: задержка стула от 2 до 5 дней (50 детей); болезненная дефекация (15 детей); длительное интенсивное натуживание с уплотненным началом цилиндра (16 детей), при этом у 5 детей стул ежедневный. Кроме того, на наличие в каловых массах слизи жаловались 18 детей, крови — 11 детей; на «овечий» стул — 13 детей; на стул учащенными скудными порциями после задержки — 9 детей; на энкопрез — 7 детей; на самостоятельные боли в околопупочной и подвздошной областях — 32 ребенка; на метеоризм — 34 детей; на чувство неполного опорожнения с частыми позывами на дефекацию — 31 ребенок; на учащение мочеиспускания — 12 детей; на аллергические высыпания на коже — 13 детей.

При анализе возможных пусковых факторов в возникновении запоров были выделены следующие: прием медикаментов — 29 (47,5%) детей, последствия перенесенных кишечных инфекций — 16 (26,2%), стрессовые ситуации — 13 (21,3%) детей, гипертермии — 3 (4,9%) ребенка.

В результате проведенного обследования у 49 (80,3%) детей было выявлено увеличение правой доли печени, у 51 (83,6%) ребенка — увеличение размеров поджелудочной железы с изменением структуры ткани, у 23 (34,4%) детей — деформация желчного пузыря за счет перетяжек и стойких перегибов (у четырех из них S-образная деформация желчного пузыря), у 56 (91,8%) — нарушения микрофлоры кишечника, у 6 (9,8%) — лямблиоз, у 4 (6,6%) — аскаридоз.

При проведении 16 детям УЗИ толстой кишки у четырех была обнаружена долихосигма, у остальных — патологии не выявлено. Ректороманоскопия была проведена 7 детям, у трех из которых были выявлены трещины анального отверстия, у одного — геморроидальные узлы. Ирригоскопия также была проведена семи детям: у трех детей также выявлена долихосигма, у одного — мегаректум.

В зависимости от тактики наблюдения и лечения в амбулаторных условиях все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю включены 28 детей, находившихся под постоянным наблюдением педиатра от момента обращения в течение 1 года и получавших только базисную лекарственную терапию.

Во 2-й группе было 33 ребенка, которые также находились под постоянным наблюдением педиатра и помимо базисной лекарственной терапии получали курс рефлексотерапии и лечебной физкультуры.

Распределение пациентов с острыми запорами по возрасту и полу

Показатель	4—6 лет		7—12 лет		Всего		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Пол	мальчики	17	60,7	19	57,6	36	59,0
	девочки	11	39,3	14	42,4	25	41,0
Оба пола		28	45,9	33	54,1	61	100,0
Средний возраст, годы		5,4 ± 0,3		9,1 ± 0,4		7,1 ± 0,5	

Тактика лечения, направленная на коррекцию острого запора, зависит от ряда показателей, среди которых важнейшими являются: причины, послужившие триггером задержки стула, или их последствия, возраст ребенка, характерная клиническая симптоматика, сроки обращения к специалисту, объем проведенного обследования и качество диспансерного наблюдения за этой категорией больных [6, 7]. Следует подчеркнуть, что лечение острого запора должно быть не только комплексным, но и индивидуальным как по объему проводимой терапии, так и по ее длительности.

Для достижения положительного эффекта при остро возникшем запоре необходимо устранить причину, вызвавшую его, или воздействовать на последствия влияния этой причины [2, 8, 9]. В лечении запоров особое внимание уделялось характеру питания пациентов, объему потребляемой ими жидкости, а также уровню физической нагрузки, режиму дня и дефекации ребенка. Наиболее физиологичной является дефекация в утренние часы после завтрака. Питание должно быть дробным (5—6 раз в день), включающим продукты, усиливающие моторную функцию толстой кишки и способствующие ее опорожнению. Следует довести потребление воды до 1,5—2 литров в сутки. Особое значение в лечении запоров имеет активный образ жизни ребенка, а также лечебная гимнастика, направленная на укрепление мышц тазового дна, брюшного пресса, способствующая нормализации перистальтики кишечника.

Основные усилия врача должны быть направлены на ликвидацию копростазов, при этом необходим индивидуальный подход с учетом длительности задержки стула и сопутствующей клинической симптоматики.

Базисная терапия включала использование слабительных средств, к которым в педиатрической практике предъявляются особые требования в отношении эффективности и безопасности. Таким средством является прежде всего лактулоза. Этот дисахарид служит активным веществом ряда препаратов, относящихся к разряду осмотических слабительных, и сегодня широко применяется при лечении запоров любого генеза как у детей, так и у взрослых пациентов. Лактулоза совершенно не всасывается в кишечнике человека ввиду отсутствия ферментов, способных ее гидролизировать. Благодаря этому лактулоза повышает осмотическое давление в кишечнике и вызывает переход воды в просвет кишки, разжижение и увеличение объема стула и в результате дает послабляющий эффект.

Лактулоза также увеличивает секрецию желчи в просвет тонкой кишки. Попадая в толстую кишку в неизменном виде, она обеспечивает энергией бактерии, расщепляющие углекислоту, способствует увеличению числа бифидобактерий и лактобактерий, снижает рН кишечного содержимого, повышает осмотическое давление в просвете кишки, задерживает воду, усиливает перистальтику, увеличивает объем химуса, снижает время его прохождения. Пребиотический эффект лактулозы особенно актуален при лечении острого запора, который, как уже было

сказано выше, сопровождался нарушениями микрофлоры кишечника у 91,8% наблюдаемых детей.

В нашем исследовании в качестве базисной терапии был использован препарат Нормазе®, который хорошо показал себя при лечении запоров. По мнению специалистов, Нормазе® не только стимулирует моторику толстой кишки и способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, но и выводит токсичные вещества, не раздражает слизистую оболочку кишки, не вызывая при этом привыкания и аллергических реакций. Препарат назначали детям в возрасте 4—6 лет в дозе от 5 до 10 мл 2—3 раза в день, детям старше 6 лет — в дозе 10—15 мл 2—3 раза в день. Длительность применения зависела от сроков достижения стабильно регулярного стула.

Детям обеих групп при задержке стула более 4—5 дней, которая, как правило, сопровождалась болевым абдоминальным синдромом и являлась причиной госпитализации в стационар, назначалась более радикальная стимуляция акта дефекации, для чего им проводились очистительные (0,9% раствор хлорида натрия) или гипертонические (10% раствор хлорида натрия) клизмы в течение 5—10 дней с последующим переходом на назначение препарата Нормазе®. Детям с трещинами ануса после клизмы назначались свечи с календулой или облепиховым маслом.

Болевой синдром на фоне гипомоторной дискинезии толстой кишки определял назначение прокинетики — антагонистов дофамина (мотилиум), а гипермоторной дискинезии — селективных холинолитиков (Бускопан®) или миотропных спазмолитиков с прямым действием на гладкую мускулатуру (Дюспаталин®). Важная роль в стимуляции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки отводилась и желчегонным препаратам, которые назначали сроком на 2—4 нед.

Детям 2-й группы, помимо базисной терапии, проводили рефлексотерапию и лечебную гимнастику, которая была направлена на нормализацию моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, уменьшение абдоминальных болей, метеоризма. Как известно, в механизме действия рефлексотерапии большое значение имеют нейрогуморальные факторы, отмечается усиление обменных процессов, выделение биологически активных соединений, блокируются болевые ощущения, нормализуется моторика желудочно-кишечного тракта [10, 11].

Рефлексотерапию проводили тремя курсами по 10—12 процедур (по 5 процедур в неделю). Повторный курс назначали через 2—3 нед, а следующий — через 6 мес. Рефлексотерапия включала разные способы воздействия на акупунктурные точки: поверхностную иглотерапию с помощью массажного валика, корпоральную и аурикулярную иглотерапию, сегментарный массаж области живота. Поверхностная иглотерапия проводилась на область спины вдоль заднесрединного меридиана и двух линий меридиана мочевого пузыря, что оказывало общеукрепляющее действие, а также на область живота для уменьшения явлений метеоризма и болевого синдрома. Корпоральное и аурикулярное иглоукалывание оказывало специфическое и сегментарное действие.

Для улучшения моторно-эвакуаторной функции кишечника [11—13] использовали местные точки в области живота, расположенные на переднесрединном меридиане, меридианах желудка, селезенки и почек: VC12 (чжун-вань), VC6 (ци-хай), VC4 (гуань-юань), E21 (лян-мэнь), E25 (тянь-шу), RP15 (да-хэн), RP16 (фу-ай), R16 (хуан-шу), а также отдаленные точки: E36 (цзу-сан-ли), GI10 (шоу-сан-ли), GI11 (цюй-чи), R3 (тай-си), R6 (чжао-хай), GI2 (эр-цзянь), GI5 (ян-си), GI4 (хэ-гу), TR6 (чжи-гоу), V25 (да-чан-шу), V27 (сяо-чан-шу), V23 (шэнь-шу), V20 (пи-шу), V21 (вэй-шу). На ушной раковине использовали следующие точки: AP91 (толстая кишка), AP89 (тонкая кишка), AP87 (желудок), AP51 (симпатическая), AP43 (живот), AP194 (три части туловища), AP55 (шэнь-мэнь), AP109 (нижний живот), AP110 (нижний живот), AP98 (селезенка), AP97 (печень), AP34 (кора головного мозга).

При наличии симптомов метеоризма использовали следующие точки: VC14 (цзюй-цюе), VC6 (ци-хай), R17 (шан-цюй), RP2 (да-ду), R10 (инь-гу), RP4 (гунь-сунь), F14 (ци-мэнь), VB41 (цзу-лин-ци). При наличии болевого синдрома использовались точки: VC12 (чжун-вань), V45 (и-си), E34 (лян-цю), E36 (цзу-сан-ли), E44 (нэй-тин), VB38 (ян-фу), VB43 (ся-си) [11].

Сегментарный массаж в области живота проводили после иглоукалывания в течение 4—5 мин: вначале поглаживающие, затем разминающие движения по ходу кишечника от нижнего левого угла живота вверх и вправо над пупком и затем вниз до сигмовидной кишки, круговые движения вокруг пупка 10 раз по и против часовой стрелки, с акцентом в точках E25 (тянь-шу), VC12 (чжун-вань), VC6 (ци-хай), VC4 (гунь-юань) [13]. Точка E25 (тянь-шу) особенно эффективна при наличии болевых ощущений.

Процедуры рефлексотерапии проводили ежедневно, продолжительность 10—15 мин в зависимости от возраста детей, в один сеанс использовалось 5—7 корпоральных и 2—3 аурикулярных точки. Точки выбирали с учетом жалоб пациентов на момент лечения. Пациентам рекомендовалось дома ежедневно делать массаж стоп с помощью скалки или стеклянной бутылки, которую необходимо было перекачивать с нажимом вперед назад в течение 3—5 мин в утренние часы.

Лечебную физкультуру проводили тремя курсами по 10 занятий одновременно с рефлексотерапией. Лечебная гимнастика включала упражнения для укрепления брюшного пресса (втягивание живота и медленное отпускание его, поднятие и опускание груза массой 500—1000 г в зависимости от возраста ребенка), мышц тазового дна (поднятие колен в сидячем положении и удерживание их в таком положении 10—15 с, поднятие одного колена попеременно при свободно свисающей второй ноге, удерживание колена в таком положении 10—15 с и затем медленное опускание его). Каждое упражнение выполнялось по 10 раз. Также для стимуляции деятельности кишечника детям рекомендовалось упражнение «толчки животом»: глубоко вдохнуть, втянув живот, затем одновременно с выдохом «выбросить» живот вперед.

При анализе катamnестических данных было отмечено, что в 1-й группе стойкая нормализация акта дефекации к концу 1-го месяца лечения отмечалась у 17 детей, в том числе у 5 детей она была получена к 3-му месяцу лечения. У шести детей, в том числе у двух с энкопрезом, несмотря на положительную динамику, не удалось достичь ремиссии заболевания, что послужило основанием для госпитализации и дополнительного обследования. Через 1 год наблюдения из 22 детей с полной клинической ремиссией заболевания к 3-му месяцу лечения, несмотря на регулярное наблюдение и профилактические мероприятия, у 6 детей периодически вновь отмечалась задержка стула, что также послужило основанием для госпитализации и обследования.

Таким образом, спустя 1 год у 12 детей 1-й группы было диагностировано хроническое течение заболевания, протекающее у одного ребенка на фоне мегаректума, у трех — долихосигмы и у восьми в виде функциональной патологии.

Во 2-й группе стойкая нормализация дефекации отмечалась у 28 детей через 1 мес после лечения, в том числе у трех детей она была получена через 3 мес лечения. У двух детей, в том числе у одного ребенка с энкопрезом, не удалось достичь ремиссии заболевания, что также послужило основанием для госпитализации.

Через 1 год наблюдения из 31 ребенка с полной клинической ремиссией заболевания к 3-му месяцу лечения, несмотря на регулярное наблюдение и профилактические мероприятия, у шести периодически вновь отмечалась задержка стула, что послужило основанием для госпитализации и обследования.

На рис. 1 представлена динамика частоты положительного лечебного эффекта в различные сроки наблюдения: через 1, 3 и 12 мес. Анализируя полученные данные можно сделать вывод о том, что эффективность лечения во 2-й группе по сравнению с 1-й через 1 мес лечения была достоверно выше ($p < 0,05$) в почти 1,4 раза. При сравнении эффективности лечения через 3 мес, можно отметить, что лечебный комплекс с включением рефлексотерапии и ЛФК эффективнее, чем использование только базисной лекарственной терапии (различие недостоверно, $p > 0,05$). Анализ результатов лечения через 12 мес показал, что одновременное применение базисной терапии и рефлексотерапии (2-я группа) в 1,4 раза

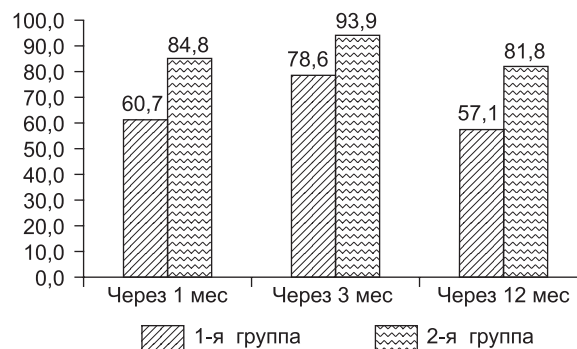


Рис. 1. Динамика частоты положительного эффекта лечения в изучаемых группах.

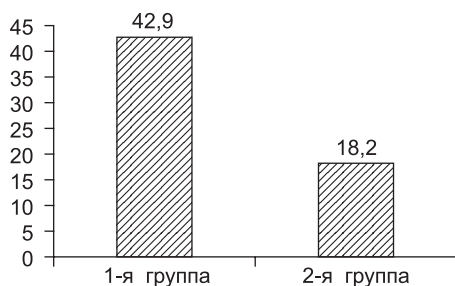


Рис. 2. Доля детей, у которых сформировался хронический запор.

эффективнее ($p < 0,05$), чем использование только базисной терапии (1-я группа наблюдения). Следовательно, дополнительное использование рефлексотерапии и ЛФК способствует нормализации стула у большего количества детей, чем изолированное применение лекарственной терапии как на раннем этапе наблюдения, так и при дальнейшем наблюдении.

На рис. 2 показана частота формирования хронических запоров у детей с острыми запорами в зависимости от вида лечения. При анализе полученных данных можно отметить, что возможность формирования хронического запора в 1-й группе отмечается практически в 2 раза чаще, чем во 2-й ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании анализа непосредственных и отделенных результатов лечения можно сделать вывод о том, что использование рефлексотерапии и ЛФК достоверно повышает эффективность купирования острых запоров у детей. Возможно, это связано с тем, что при развитии острого запора чаще отмечаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, которые достаточно хорошо поддаются лечению методами рефлексотерапии. Также следует отметить, что данная комплексная терапия достоверно уменьшает частоту перехода острого запора в хронический.

ЛИТЕРАТУРА

1. Российский статистический ежегодник. 2011: Статистический сборник. М.: Росстат; 2012.
2. Хавкин А.И., Бабаян М.Л. Лечение хронических запоров (клиника, диагностика, лечение): Учебно-методическое пособие для врачей. СПб.: МАПО; 2005.
3. Rubin G., Dal A. Chronic constipation in children. Br. Med. J. 2005; 33: 1051—5.
4. Цветкова Л.Н., Мухина Т.Ф., Моисеев А.Б., Тернавский А.П., Горячева О.А., Щерба Е.Г. Острый запор — коррекция и возможные исходы. Педиатрия. 2011; 90 (2): 28—33.
5. Бабаян М.М., Мурашкин В.Ю. Современные подходы к диагно-

6. Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б. Дисфункция тазовых органов у детей — актуальная проблема педиатрии. Педиатрия. 2010; 89 (2): 128—31.
7. Парфенов А.И. Эволюция взглядов на патогенез и терапию хронического запора. Российский медицинский журнал. Болезни органов пищеварения. 2011; 28: 1746—51.
8. Мазурин А.В., Цветкова Л.Н., Филлин В.А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии. Педиатрия. 2000; 5: 12—22.
9. Drost J., Haris L. Diagnosis and management of chronic constipation. J. Am. Acad. Assist. Physician. 2006; 19 (11): 24—9.
10. Хекер Хакс У., Стивлинг А., Пекер Э.Т., Кастнер И. Акупунктура: Практическое руководство: Пер. с англ. М.: МЕДпрогресс-информ; 2009.
11. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. М.: АО «Московский учебник и картолитогрфия»; 2000.
12. Полунина В.В., Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б., Мухина Т.Ф., Ипатов А.А., Павлова С.В. Опыт применения рефлексотерапии в лечении хронического запора у детей. Российский медицинский журнал. 2013; 2: 5—8.
13. Гольдблат Ю.В. Точечный и линейный массаж в клинической практике. СПб.: Университетская книга, КОРОНА; 2000.

REFERENCES

1. Russian Statistical Yearbook. 2011: Statisticheskij sbornik. Moscow: Rosstat. 2012 (in Russian)
2. Havkin A.I., Babajan M.L. Treatment of chronic constipation (clinic, diagnosis, treatment). Uchebno-metodicheskoe posobie dlja vrachej, SPb.: MAPO; 2005 (in Russian).
3. Rubin G., Dal A. Chronic constipation in children. Br. Med. J. 2005; 33: 1051—5.
4. Cvetkova L.N., Muhina T.F., Moiseev A.B., Ternavskij A.P., Gorjacheva O.A., Shherba E.G. Acute constipation — correction and possible outcomes. Pediatrija. 2011; 90 (2): 28—33 (in Russian).
5. Babajan M.M., Murashkin V.Ju. Current approaches to diagnosis and treatment of chronic constipation in children. Detskaja gastrojenterologija. 2007; 1: 45—6 (in Russian).
6. Cvetkova L.N., Moiseev A.B. Pelvic dysfunction in children — the actual problem of pediatrics. Pediatrija. 2010; 89 (2): 128—31 (in Russian).
7. Parfenov A.I. The evolution of views on the pathogenesis and therapy of chronic constipation. Rossijskij medicinskij zhurnal. Bolezni organov pishchevarenija. 2011; 28: 1746—51 (in Russian).
8. Mazurin A.V., Cvetkova L.N., Filin V.A. Actual questions of pediatric gastroenterology. Pediatrija. 2000; 5: 12—22 (in Russian).
9. Drost J., Haris L. Diagnosis and management of chronic constipation. J. Am. Acad. Assist. Physician. 2006; 19 (11):24—9.
10. Heker Haks U., Stivling A., Peker J.T., Kastner I. Acupuncture: Practical guide: Per. s angl. Moscow: MEDprogress-inform, 2009 (in Russian).
11. Luvsan G. Traditional and modern aspects of oriental medicine. Moscow: «Moskovskij uchebnik i Kartolitografija»; 2000 (in Russian).
12. Polunina V.V., Cvetkova L.N., Moiseev A.B., Muhina T.F., Ipatov A.A., Pavlova S.V. Experience of using acupuncture in the treatment of chronic constipation in children. Rossijskij medicinskij zhurnal. 2013; 2: 5—8 (in Russian).
13. Gol'dblat Ju.V. Point and line massage in clinical practice. SPb.: Universitetskaja kniga, KORONA; 2000 (in Russian).

Поступила 08.07.13