

7. Леянов А.Д., Логоватовский О.В., Жинко Ю.Н., Лейднер Е.К., Соколовский С.А. Использование физико-химических методов и интерактивных повязок в лечении тяжелых гнойных заболеваний мягких тканей. *Ozonoterapia*. 2009; 3 (1): 208—11.

REFERENCES

1. Sedov Yu.A., Nikolskiy A.D., Gviniashvili G.G. The use of laser surgical apparatus of the Lancet in the treatment of ingrown nail. In: *Problemy eksperimentalnoy i klinicheskoy hirurgii*. Tver; 2001 (in Russian).
2. De Lauro T.M. Onychocryptosis. *Clin. Pediatr. Med. Surg.* 1995; 12 (2): 201—13.
3. Sedov Yu. A., Gviniashvili G.G. Comparative evaluation of the effectiveness of the treatment of ingrown nail CO₂-laser retrofit technique. In: *Novye tehnologii v territorialnom zdravooxranenii*. Tver; 2006 (in Russian).
4. Kvitsinskaya N.A., Zaytsev A.B., Lebedev M.Yu. Clinico-laboratory indices of the course of the wound process amid local ozone therapy. *Kazanskiy medicinskiy zhurnal*. 2007; 4: 223 (in Russian).
5. Lelyanov A.D., Krylov A.A., Bazhenov S.M., Chelombit'ko M.A. The assessment of the effectiveness of the use of ozone and sodium hypochlorite in the prophylaxis of infection complications in case of prosthetic hernioplasty (experimental research). *Medicinskiy almanah*. 2013; 3: 70 (in Russian).
6. Lelyanov A.D., Beynarovich K.V., Chelombit'ko M.A., Nesterov A.A. The first experience of the use of nitrogen oxide and ozone in a complex treatment of widespread peritonitis. *Medicinskiy almanah*. 2013; 3: 112 (in Russian).
7. Lelyanov A.D., Logovatovskiy O.V., Zhinko Yu.N., Leidner E.K., Sokolovskiy S.A. The use of physical and chemical methods and interactive dressings in the treatment of severe purulent diseases of soft tissues. *Ozonoterapia*. 2009; 3 (1): 208—11 (in Russian).

Поступила 06.11.13

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.89-02:616.8-036.861-085.83-07

Психопатологические синдромы и их роль в формировании субъективной оценки качества жизни у пациентов в процессе восстановительного лечения

А.А. Кукишина, А.В. Котельникова, Е.А. Турова, Д.А. Верещagina

ГУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины» Департамента здравоохранения г. Москвы, 107120, Москва, Российская Федерация

На отношение человека к своему здоровью существенно влияет качество жизни (КЖ), отражающее особенности индивидуального восприятия разных аспектов бытия, обстоятельства и способы его проживания. От точности оценки КЖ больных зависит успешность лечения и реабилитации. В представленном исследовании для определения КЖ пациентов отделений неврологии и ортопедии использовали опросник SF-36. При определении текущего состояния пациентов использовался опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики. В ходе исследования была выявлена взаимосвязь между КЖ и выраженностью психопатологических синдромов, что свидетельствует о целесообразности включения психокоррекции в программу реабилитации соматических больных.

Ключевые слова: качество жизни; SF-36; опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики; неврология; ортопедия; реабилитация; психокоррекция

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Turova E.A., Vereshchagina D.A.

PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES AND THEIR ROLE IN THE FORMULATION OF THE SUBJECTIVE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN THE PATIENTS DURING THE COURSE OF REHABILITATIVE TREATMENT

State healthcare institution "Moscow Scientific and Practical Center of Medical Rehabilitation, Restoration and Sports Medicine", Department of the Moscow Health, 105120, Moscow, Russian Federation

The attitude of man to his health is strongly influenced by the quality of life that reflects individual perception of various aspects of the everyday life and current events. The accurate assessment of the quality of the patients' life is an indispensable prerequisite for the successful treatment and rehabilitation. In the present study, the quality of life of the patients admitted to the departments of neurology and orthopedics was evaluated based on the results obtained with the use of the SF-36 questionnaire. The ongoing clinical condition was estimated using the questionnaire for the assessment of the severity of psychopathological signs and symptoms. The study revealed the close relationship between the quality of life and the severity of psychopathic syndromes which suggests the desirability of including psychic correction into the program of combined rehabilitation of the patients presenting with somatic disorders.

Key words: quality of life; SF-36 questionnaire; estimation of the severity of psychopathological signs and symptoms; neurology; orthopedics; rehabilitation; psychic correction

Современные представления об успешности восстановительного процесса определяются сменой глобальной реабилитационной парадигмы с патоцентри-

ческой на саногцентрическую. Система представлений о здоровье человека в настоящее время рассматривается как расширенная концепция, включающая в себя взаимосвязанные, а не взаимоисключающие понятия «здоровье» и «болезнь»: болезнь никогда не воспри-

Кукишина Анастасия Алексеевна, e-mail: kukshina@list.ru

нимается и не переживается человеком сама по себе, а всегда — в более широком контексте жизненного пути личности, т. е. в соотношении со здоровьем [1]. В этой связи на первый план выходят задачи исследования роли психологических переменных в формировании отношения человека к своему здоровью.

Одной из характеристик индивидуального восприятия различных сторон жизнедеятельности, а также состояния физического и психического здоровья является качество жизни (КЖ) [2]. Несмотря на трудность оценки этого комплексного понятия в силу его субъективности, КЖ наиболее полно отражает состояние и перспективы пациента и позволяет определить наилучшую тактику лечебных и восстановительных мероприятий [3]. Согласно критериям ВОЗ, КЖ включает в себя следующие составляющие: физические (сила, энергичность, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, благополучие, безопасность, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации); духовность (религия, личные убеждения) [4].

В условиях реабилитационных учреждений изучение КЖ позволяет оценить исходы хронических заболеваний, результаты терапии, сопоставить КЖ пациентов с различными заболеваниями в соответствии с возрастом и полом, а также составить эффективную программу медицинской и психосоциальной реабилитации [2, 3, 5].

Невзирая на наличие большого количества как отечественных, так и зарубежных исследований, в которых делается попытка выявить связь между психологическим состоянием пациента и его соматическим состоянием [6], роль психологической составляющей в формировании КЖ больных в процессе медицинской реабилитации изучена явно недостаточно, в связи с чем и было предпринято исследование взаимозависимости психопатологических синдромов с КЖ у данной категории пациентов.

Материал и методы

При поступлении в стационар восстановительно-го лечения (ГКБ № 10 г. Москвы) было обследовано 95 пациентов: 47 больных отделения неврологии с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст $54,2 \pm 12,1$ года), среди них 19 (40,4%) женщин, 28 (59,6%) мужчин, а также 48 больных отделения ортопедии с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (средний возраст $54,4 \pm 11,4$ года), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин. В результате использования статистических критериев равнозначности была достигнута сопоставимость групп с точки зрения возрастного ($p = 0,86$) и гендерного ($p = 0,06$) состава.

Для исследования КЖ больных применялся опросник SF-36, рекомендованный Межнациональным центром исследования качества жизни, являющийся высокочувствительным и одним из наиболее распространенных неспецифических инструментов измерения КЖ как в России, так и за рубежом, позволяющим работать с различными возрастными группами, начиная с 14 лет [3, 4]. Результаты опросника представляются в виде оценок в баллах по восьми шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. *Общее состояние здоровья (General Health — GH)* — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

2. *Физическое функционирование (Physical Functioning — PF)* — оценка степени, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

3. *Роль физическим функционированием, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP)* — влияние физического состояния на повседневную рольевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

4. *Роль эмоциональным функционированием, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE)* — оценка степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.).

5. *Социальное функционирование (Social Functioning — SF)* — оценка степени, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

6. *Интенсивность боли (Bodily pain — BP)* и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

7. *Жизненная активность (Vitality — VT)* — ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным.

8. *Психическое здоровье (Mental Health — MH)* — настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Оценку текущего состояния больных осуществляли с помощью «Опросника оценки выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List — SCL-90-R), адаптация и валидизация которого произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН [7]. Опросник состоит из 90 положений, отражающих наличие определенных как соматических, так и психологических проблем [6]. Используемая в нем 5-балльная шкала Лайкерта от «совсем не беспокоит» до «очень сильно беспокоит» позволяет в девяти кластерах дифференцированно оценивать выраженность психопатологической симптоматики у большого числа больных [8].

Принявшим участие в исследовании больным предлагалось оценить степень своего дискомфорта

или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели. Оценка и интерпретация результатов проводилась по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:

— *соматизация* (somatization) — дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции; сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности;

— *обсессивность-компульсивность* (obsessive-compulsive) — вопросы, касающиеся мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые;

— *межличностная сенситивность* (interpersonal sensitivity) — самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми;

— *депрессивность* (depression) — совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувства безнадежности, мысли о суициде и т. д.;

— *тревожность* (anxiety) — высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, с ощущением насилия, чувством опасности, опасения и страха;

— *враждебность* (hostility) — мысли, чувства или действия, отражающие негативное аффективное состояние злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование);

— *фобическая тревожность* (phobic anxiety) — стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, характеризующаяся как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведущая к избегающему поведению;

— *паранойальность* (paranoid ideation) — подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность;

— *психотизм* (psychoticism) — избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

В качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса. В целях соотнесения результатов с конкордантной нормой к полученным данным применялась процедура нормализации с переводом в Z-шкалу и последующим приведением к стандартным показателям (Т-баллы) по формуле $T = 50 + 10 \times Z$ [9].

Статистическая обработка данных производилась в программном пакете «Statistica 6.0» и включала проверку соответствия распределения полученных данных нормальному, процедуру нормализации данных с переводом в Z-шкалу и приведением к стандартным показателям (Т-баллы), анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок по критерию Манна—Уитни, кластерный и дисперсионный анализы.

Результаты и их обсуждение

На первом этапе работы нами был проведен сравнительный анализ данных, полученных с помощью использованных методик, у больных отделений неврологии и ортопедии.

Поскольку проверка соответствия распределения полученных данных нормальному с использованием критерия Колмогорова—Смирнова и критерия χ^2 показала, что ряд шкал использованных опросников не имеют нормального распределения данных, для изучения значимости различий использовался непараметрический критерий Манна—Уитни (U). Было показано, что КЖ с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) различается у обследованных больных только по шкале ВР, отражающей интенсивность боли. Понятно, что влияние боли на КЖ, способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, было выражено в значительно большей степени у больных отделения ортопедии.

Анализ значимости различий в степени выраженности психопатологических синдромов, по данным опросника SCL-90-R, также не зафиксировал достоверной разницы между пациентами двух отделений. Кроме того, сопоставление средних значений степени выраженности психопатологических синдромов у больных обеих групп по сравнению с нормативным коридором значений (от 30 до 70 Т-баллов) [8] позволило заключить, что текущее психологическое состояние всех обследованных пациентов не отличается от средненормативного с учетом стандартных

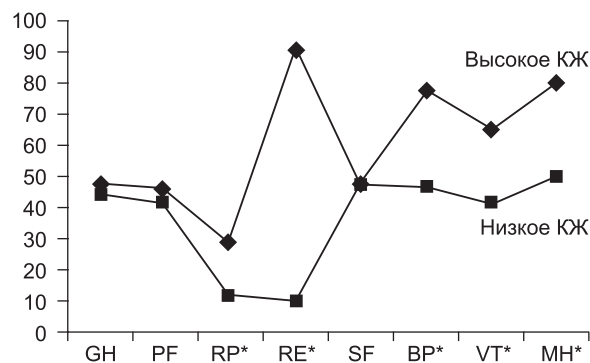


Рис. 1. Кластерный анализ показателей КЖ у больных отделения неврологии ($n = 47$).

Здесь и на рис. 2: * — шкалы, по которым статистические критерии статистически значимы ($p \leq 0,05$); 1 — высокое КЖ; 2 — низкое КЖ.

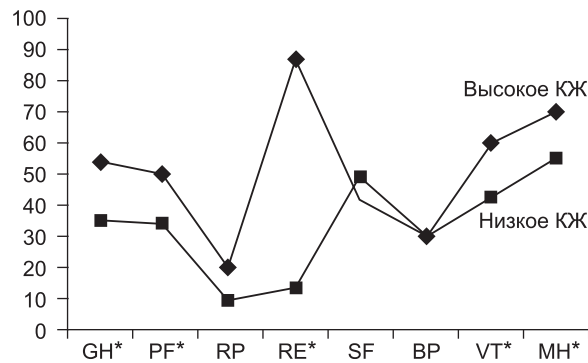


Рис. 2. Кластерный анализ показателей КЖ у больных отделения ортопедии ($n = 48$).

отклонений в целом располагается в границах конконтартной нормы.

На втором этапе работы данные, характеризующие КЖ больных, подверглись процедуре кластерного анализа, позволяющей сгруппировать исследуемые объекты в заданное число кластеров. С учетом многофакторной структуры исходных данных для каждой нозологии были выделены контрастные по уровню КЖ группы: с высоким и низким КЖ. Статистический критерий Фишера достоверно не различает ($p = 0,08$) пропорциональное соотношение этих категорий среди пациентов отделения неврологии (14 больных с высоким КЖ и 33 больных с низким КЖ) и отделения ортопедии (22 больных с высоким КЖ и 26 — с низким). Графическая иллюстрация результатов кластеризации приведена на рис. 1 и 2.

Дальнейшее применение дисперсионного анализа показало, что выделенные кластеры достоверно ($p \leq 0,05$) различаются по ряду показателей опросника SF-36. Для пациентов отделения неврологии это были шкалы физического и эмоционального функционирования, жизнеспособности, боли и психического здоровья; для пациентов отделения ортопедии — шкалы общего здоровья, физического функционирования, эмоционального функционирования, жизнеспособности и психического здоровья. Следует заметить, что наблюдаемое в кластерах расхождение по шкалам, отражающим в большей степени физическую составляющую КЖ, вполне объяснимо нозологическими особенностями, однако гораздо существеннее были различия по шкалам, характеризующим психологическое состояние пациентов. Наибольшие различия были продемонстрированы независимо от характера соматической патологии по шкалам эмоционального функционирования, жизнеспособности и психического здоровья.

На третьем этапе работы производился сравнительный анализ степени выраженности психопатологических синдромов у больных с высоким и низким КЖ с учетом нозологии. Использовался непараметрический U -критерий Манна—Уитни.

Достоверные различия в степени выраженности психопатологических синдромов у больных отделения неврологии с высокими и низкими значениями показателя КЖ были выявлены по следующим шкалам опросника SCL-90-R: соматизация, обсессивность—компульсивность, межличностная сенситивность, депрессивность, тревожность, психотизм,

Выраженность психопатологических синдромов у пациентов с высокими и низкими показателями КЖ

Показатель	Отделение ортопедии		Отделение неврологии	
	Высокие показатели КЖ ($n = 22$)	Низкие показатели КЖ ($n = 26$)	Высокие показатели КЖ ($n = 14$)	Низкие показатели КЖ ($n = 33$)
Соматизация	47,96	54,03*	43,45	50,96*
Обсессивность—компульсивность	47,65	51,38	46,27	52,07*
Межличностная сенситивность	48,79	50,71	43,82	52,87*
Депрессивность	45,52	52,1*	46,69	52,74*
Тревожность	47,47	52,19	45,53	51,86*
Враждебность	47,56	50,96	47,8	51,81
Фобическая тревожность	47,75	50,17	48,02	52,87
Паранойальность	51,66	50,81	45,38	50,21
Психотизм	48,72	50,8	44,65	51,71*
Общий индекс тяжести текущего дистресса	47,57	52,35	44,72	52,01*

Примечание. Приведены средние значения (Т-баллы). * — $p \leq 0,05$ между группами с высокими и низкими показателями КЖ.

общий индекс тяжести текущего дистресса. Для аналогичных групп больных отделения ортопедии достоверные различия в степени выраженности психопатологических синдромов были зафиксированы только по шкалам соматизации и депрессивности. Результаты представлены в таблице.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что в группах больных, субъективно оценивающих свое КЖ как низкое, степень выраженности психопатологических синдромов достоверно выше, чем в группах больных, которые оценивают свое КЖ как высокое. Кроме того, применение опросника SCL-90-R у пациентов в условиях хронизации соматического заболевания, дало возможность более полно изучить многомерность психопатологических синдромов и их зависимость от той или иной нозологии. При этом вне зависимости от структурных различий обращает на себя внимание идентичность показателя общего индекса тяжести текущего дистресса у больных с низкими показателями КЖ.

Таким образом, на основании проведенного исследования можно сделать вывод о существенном влиянии психопатологической симптоматики на формирование субъективной оценки КЖ и о возможности использования предлагаемых методик для дифференцировки направлений психокоррекции у соматических больных в процессе медицинской реабилитации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казан В.Е. Внутренняя картина здоровья — термин или концепция? Вопросы психологии. 1993; 1: 86—8.
2. Амирджанова В.Н. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих ритуксимаб. Научно-практическая ревматология. 2008; 1 (Приложение): 15—20.
3. Ахмадеева А.Р., Магжанов Р.В., Закирова Э.Н., Абдрашитов Т.М., Самигуадина Г.Д. Качество жизни пациентов с первичными цефалгиями, инсультами и миотонической дистрофией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011; 11: 72—5.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. Шевченко Ю.Л., ред. М.: «ОЛМА Медиа Групп»; 2007.

5. Амирджанова В.Н., Погожева Е.Ю. Качество жизни больных ревматоидным артритом, получающих цертулизумаб 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., Макачук А.В., Падун 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., Samigudina 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-Tsentr; 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 «Akademiya»; 2005 (in Russian).

REFERENCES

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 рощи, 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 сравнивается 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