

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

УДК 618-08; 616-053

Тихонова Т.Г.

ФГБУ «РНЦ медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава РФ, г.Москва, Россия

REFLEX THERAPY IN PEDIATRIC PRACTICE

Tikhonova T.G.

«Russian Research Center for Medical Rehabilitation and Balneology», Moscow, Russia

Введение

В последние годы отмечается устойчивая тенденция роста по всем группам заболеваний детей и подростков. Согласно данным диспансерного обследования по Москве за 2010 год и собственным наблюдениям, особенно заметен рост болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, патологии нервно-психической сферы, болезней глаза и его придатков. Настоящий анализ свидетельствует о неблагоприятности в состоянии здоровья детей и подростков и тревожных тенденциях, требующих пристального внимания и неотложных эффективных мер.

Рефлексотерапия (РТ) в нашей стране законным образом используется для лечения детей почти 40 лет, входит в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), в стандарт санаторного лечения.

Материалы и методы

Из Показаний к применению РТ в клинической практике [1]. Общие показания в полной мере можно отнести к детям и подросткам; основные показания охватывают широкий спектр заболеваний МКБ-Х, около 43% их них можно отнести к состояниям и заболеваниям детей и подростков; патология детского и подросткового возраста составляет около 38% всех относительных показаний. В практике лечения детей и подростков методы РТ используются еще шире. Исходя из показаний, можно формировать поток пациентов, основываясь на данных диспансерного обследования специалистами ЛПУ. В амбулаторных условиях потенциальными пациентами кабинета РТ можно считать детей и подростков II–III групп здоровья, а также – пациентов, резистентных или имеющих противопоказания к другим видам лечения. На этапах стационарного и санаторного лечения, когда речь идет о реабилитации детей и подростков, РТ используется в комплексе реабилитационных мероприятий для IV и V диспансерных групп, включая инвалидов. Противопоказания к применению РТ у детей и подростков носят ограниченный характер.

Основные позиции рефлексотерапии. С середины XX века в медицине в целом, и в нашей стране в частности, стали возрождаться направления, основанные на целостном подходе к человеку и его болезням. К их числу можно отнести акупунктуру (АП) – восточную чжэнь цзю – терапию, вошедшую в отечественную медицину под названием рефлексотерапии. Корни АП – в культуре, философии и традициях древнего Востока, где она занимает место между искусством

и наукой. Философские концепции Востока находят свое выражение в медицинских теориях традиционной китайской медицины (ТКМ), которые современные врачи-рефлексотерапевты до сих пор используют в своей практике.

Западная медицина, воспитанная на анатомии, гистологии, физиологии, как, впрочем, ни одна наука, стоящая на позициях аллопатии, не в состоянии обобщить целостность организма и воспринимает болезнь как страдание отдельного органа.

ТКМ исходит из следующих положений: человек – часть вселенной, живущая по ее законам, микрокосмос, получивший свой внутренний гомеостаз во взаимодействии с окружающим миром; организм человека – целостная система, объединяющая тело, душу, дух (разум); традиционный диагноз дает оценку энергетического состояния организма, изменяющегося под влиянием внешних и внутренних патогенных факторов; предметом изучения являются процессы, протекающие в живом организме; терапевтические подходы в традиционной АП основаны на правилах ТКМ, логически вытекают из традиционного диагноза и направлены на источник болезни.

Основу ТКМ составляет учение о жизненной энергии, путях ее движения в организме – акупунктурных каналах (АК) и местах введения игл – точках акупунктуры (ТА). По представлениям ТКМ, гармоничная циркуляция энергии в здоровом организме обеспечивает согласованное функционирование органов и систем. Образование АК и их отношений в круге обращения энергии можно проследить в процессе эмбрионального развития и объяснить с позиций научной эмбриологии. В соответствии с этим основой АП является наличие кожно-висцеральных и висцеро-кутаных связей и периферических рефлексогенных зон – ТА, формирующихся в процессе эволюции. В основе современного понимания РТ лежит представление о взаимном отражении процессов, происходящих во внутренней среде организма и в ТА. Последние являются зонами наиболее активного энергообмена между организмом и окружающей средой, в точках АП воспроизводятся (отражаются) некоторые принципиальные элементы патологических процессов, происходящие в связанных с ними тканях и органах, на этом базируется методология рефлексотерапевтической диагностики. Благодаря современным экспериментальным и фундаментальным научным исследованиям сформировалась достаточно цельная система взгля-

дов на механизмы формирования саногенетических реакций организма, возникающих при лечебно-профилактическом применении различных модификаций РТ. [2]. В случае заболевания воздействием на точки АП различными физическими факторами по определенным методикам позволяет восстановить гармоничную циркуляцию энергии, что и является залогом возникновения саногенетических реакций и восстановления здоровья. Отражение реакций ТА на лечебное воздействие в ЦНС и во внутренних органах служит пусковым моментом интегрального саногенетического ответа организма, формирующегося на местном, сегментарном и организменном уровнях. Рефлексотерапию можно определить как лечебно-профилактическую систему, основанную на оценке параметров периферических рефлексогенных зон – ТА и воздействии на них с целью регуляции функциональных систем организма [3]. Сегодня РТ вышла за рамки метода, опирающегося исключительно на практику и наблюдения, перешла из разряда эмпирических в разряд научно-обоснованных лечебно-профилактических и реабилитационных направлений, включает в себя не только АП, но и ряд современных методов воздействия. Точкой приложения РТ является система акупунктурных каналов, а также – миниакупунктурные системы (МАС), описанные разными авторами, – части тела, на которых в виде соответствующих проекционных зон представлены все органы и системы нашего организма (аурикулярная, краниальная, кисти-стопы, абдоминальная, назальная, лингвальная, оральная, вагинальная и др.). Многолетняя практика и научные исследования подтверждают, что РТ оказывает регулирующее действие на все сферы деятельности человека – физическую, психическую, интеллектуальную и вызывает ответные физиологические реакции на всех уровнях регуляции. На сегодняшний день изучены клинические эффекты РТ – седативный, анальгетический, спазмолитический, противовоспалительный, а также – психорегулирующий, вегетокорригирующий, репаративный, иммуномодулирующий и др., которые мы используем для решения тактических и стратегических задач лечения. Оказывая влияние на основные звенья патогенеза многих заболеваний, являясь по механизму действия патогенетической терапией, РТ может заменить целый комплекс лекарственных средств, не вызывая при этом химической адаптации организма и побочных эффектов. Кроме того, РТ действует на основании законов циркуляции временной энергии ТКМ-законов биоритмологии, на принципах конституциональности, обладает селективным действием; сочетается с большинством методов лечения, включая собственные механизмы саногенеза организма, она оптимизирует результаты других, последующих видов лечения.

Особенности детского возраста определяются физиологией развития, патологией, характерной для каждого возрастного периода, психолого-педагогическими потребностями формирующейся личности и, наконец, подходом к ребенку с позиций РТ как к особой системе, в которой только еще формируются энергетические отношения. Современные данные свидетельствуют о том, что двухмесячный эмбрион уже реагирует на раздражение кожи; все поверхности плода уже к XII неделе внутриутробного развития становятся рефлексогенной зоной. У новорожденных детей все уровни морфологических структур нервной системы, обеспечивающие ответ организма на АП-воздействие,

способны к реализации лечебного эффекта или формируют его в течение раннего восстановительного периода. Несмотря на незавершенность развития, кора головного мозга новорожденного способна не только принимать сигналы, но и участвовать в осуществлении рефлекторной реакции [4]. По мере взросления человека изменяются площадь и глубина точек АП, постепенно формируются миниакупунктурные системы; расширяются возможности акупунктурной диагностики; претерпевают изменение степень выраженности и характер местных и общих реакций на воздействие стимулов. В первые годы жизни происходит формирование энергетических отношений – созревание, аналогично таковому в понимании т.н. западной медицины, – созревание органов, систем, функциональных систем, – всей энергетической системы организма. Согласно ТКМ, основные энергии Инь и Ян (две полярные силы) находятся в организме в состоянии подвижного равновесия. Если энергия Инь имеет тропный характер, то энергия Ян, напротив, обладает эрготропными свойствами. Таким образом, по своим свойствам Инь и Ян в некотором приближении могут быть сравнимы с парасимпатическими и симпатическими влияниями в их современном понимании, скорее – с холинэргической и адренэргической системами, поскольку в данном случае речь идет о форме проявления энергии. Вероятно, в процессе взросления преобладание общих Инь-Ян-тенденций поочередно меняется подобно возрастной смене симпатических и парасимпатических влияний на формирующийся организм. По мнению многих авторов, дети до 3х лет обладают лишь ЯН-энергией; энергетический баланс Инь-Ян достигается у девочек в среднем к 14 годам, у мальчиков – к 16 годам (Нгун Тай Тхи, 1989).

Особенности патологии детей и подростков на современном этапе. В последние 10 лет более 30% детей рождаются с признаками поражения центральной и периферической нервной системы. Отклонения в развитии нервно-психических функций у детей в большинстве случаев своими корнями уходят в перинатальный период и выходят далеко за пределы раннего возраста, зачастую в будущем определяя состояние здоровья взрослого человека [5]. Анализ патологии пациентов кабинета РТ детской поликлиники общего профиля показал, что самую большую группу составляют заболевания нервной системы и нервно-психической сферы; у наших пациентов очень высок уровень заболеваний костно-мышечной системы (КМС) – 78,9%, 21,9% имеет признаки несостоятельности СТ. Между тем благодаря СТ, составляющей по разным данным от 50 до 85% от общей массы тела взрослого человека, организм представляет собой единую целостную систему; вся иммунная система, в сущности, является производным СТ; функциональное состояние всех органов существеннейшим образом определяется процессами, происходящими в СТ [6]. Почти у всех наших пациентов (96,5%) патология носит полисистемный характер, у 3/4 имеется вегетативное сопровождение. Успешная работа с детьми невозможна без учета особенностей психологии детского возраста. Для эффективного лечения необходимо, чтобы ребенок был доверчив к врачу, открыт и спокоен, поэтому чрезвычайно важно организовать работу в кабинете так, чтобы не вызвать у ребенка чувства тревоги и боязни. Этому способствует и особенности расположения кабинета – в тихой непроходной

зоне здания поликлиники, где отсутствует тревожная обстановка и нежелательные контакты с больными детьми, и соответствующий режим работы; отсутствие привычных кабин, создающих замкнутые изолированные пространства; соответствующее художественное оформление и наличие игрушек; лечебное оснащение, позволяющее проводить разные, в том числе безболезненные лечебные процедуры; обязательное присутствие медицинской сестры – ее помощь необходима врачу и детям, особенно когда нежелательно присутствие в кабинете родителей [7].

Врач-рефлексотерапевт на протяжении всего периода лечения находится в тесном сотрудничестве с пациентом. В результате возникает взаимное доверие, способное принести исцеление на глубоком человеческом уровне, основанное на преданности врача больному и пациента врачу. Вопросы этики и деонтологии занимают особое место в работе персонала в связи с характером деятельности кабинета РТ, где дети получают различного рода лечебные процедуры и где необходимо тесное взаимодействие с родителями на протяжении всего периода лечения ребенка, учитывая общность интересов.

Современная РТ является универсальным методом, направленным на регуляцию реакций стресса и адаптации во всем многообразии их физиологических и клинических проявлений; РТ эффективно используется на разных этапах медицинской помощи, но наиболее широко и обоснованно применяется в реабилитации. Принципы медицинской реабилитации (МР) полностью совпадают с принципами РТ. МР и РТ включают в себя оценку клинического состояния пациента, функциональных резервов организма, его реабилитационного потенциала; с этой целью рефлексотерапевты наряду с обычными методами предварительного обследования применяют разнообразные методы специфической рефлексодиагностики [8]. Методы рефлекторной диагностики, включая аппаратные, объединяют традиционные подходы и современные методы исследования ТА; обеспечивая индивидуальный алгоритм лечения, контроль за лечением, объективизацию его результатов, итоговую оценку реабилитационного потенциала пациента. Раннее начало МР с включением РТ совпадает с антенатальным периодом развития – методы РТ с успехом применяют у женщин при патологии беременности, для ведения родов. С целью перинатального перепрограммирования в родильных домах лечение новорожденных, перенесших асфиксию в родах, начинают уже в первые сутки после рождения для формирования циклической организации сна [9]; методы РТ (АП, акупрессуру, электроаналгезию, металлоапликацию, сухую иммерсию, музыка- и ароматерапию) используют для реабилитации новорожденных с перинатальными гипоксическитравматическими поражениями ЦНС в отделениях реанимации и в стационарах второго этапа выхаживания [4, 10, 11.], которое при необходимости продолжают в амбулаторных условиях [12]. На стационарном этапе реабилитации детей и подростков РТ, как и у взрослых, применяют как во время оперативного вмешательства, так и для профилактики и лечения послеоперационных осложнений; РТ находят применение на всех этапах лечения травм. Амбулаторно-поликлинический этап зачастую начинает профилактические мероприятия МР, либо, напротив, завершает ее, закрепляя достигнутые результаты.

Задачи и содержание деятельности кабинета рефлексотерапии для детей и подростков.

Кабинет РТ работает, как правило, в составе отделения восстановительного лечения (ОВЛ) ЛПУ, тесно взаимодействуя с врачами всех специальностей, которые направляют пациентов на консультацию к рефлексотерапевту. Структура заболеваний детей и подростков, получающих лечение в кабинетах РТ, во многом определяется активностью врачей ЛПУ, формирующих поток первичных пациентов.

В задачи детского кабинета РТ входит повышение уровня здоровья больных, сохранение здоровья условно здоровых детей и подростков. Направления деятельности определены Приказами МЗ РФ [13, 14]. Содержание деятельности – рефлексотерапия и – реабилитация, рефлексопрофилактика. Персонал кабинета РТ проводит первичную профилактику, лечение, превентивное лечение детского контингента, реабилитационные мероприятия, консультативно-методическую работу.

Первичная профилактика. Методы РТ можно рекомендовать к использованию с профилактической целью в организованных детских коллективах, относящихся к территориальным амбулаторно-поликлиническим ЛПУ (детских садах, школах). Такая работа проводилась в ряде городских поликлиник Москвы, а именно – сезонная профилактика ОРВИ и гриппа методами РТ (акупунктура, фотопунктура, точечный массаж) с целью снижения уровня заболеваемости с хорошим эффектом. В детской поликлинике методами РТ можно проводить подготовку детей из группы риска (например, ЧБД, детей с аллергическим диатезом и т.п.) к плановой иммунизации; методы РТ помогут избежать возможных осложнений аллергологического обследования, специфической иммунизации и т.п.; в этих случаях РТ действует более надежно, чем профилактический прием противоаллергических лекарственных средств. В ЛПУ по месту жительства лечение методами РТ можно проводить с годовалового возраста.

Вторичная профилактика (превентивное лечение) предусматривает лечение в кабинете РТ детей и подростков с целью предупреждения рецидивов и сезонных обострений имеющегося заболевания, осложнений и хронизации процесса. Целям превентивного лечения и реабилитации служит проводимое на протяжении определенного времени диспансерное наблюдение, которое предусматривает проведение систематических осмотров и повторных лечебно-профилактических курсов РТ. Характер патологии, эффективность проводимого лечения, цели и задачи вторичной профилактики и реабилитации определяют необходимое количество лечебных курсов и продолжительность диспансерного наблюдения за пациентом.

Консультативно-методическая работа проводится в условиях ЛПУ с персоналом, пациентами и родителями.

Следуя основным принципам реабилитации, можно рекомендовать некоторые методические подходы к лечению в детском кабинете РТ. Анализ данных предварительной параклинической и лабораторной, а также – экспресс-диагностики, всесторонний анализ жизни и болезни ребенка, учет возрастных, психологических, биоритмологических и конституциональных особенностей пациента обеспечивает

индивидуализацию лечения. Раннее начало лечения подразумевает не только возраст пациентов, но и ранние стадии заболеваний. Следуя заветам ТКМ, проводим РТ в комплексе с другими лечебными мероприятиями (массаж, лечебная гимнастика, физио-, гомео- и психотерапия, необходимые лекарственные средства и др.), учитывая принцип совместимости, одновременно или последовательно. Все пациенты получают комбинированную РТ, которая подразумевает использование в одном сеансе несколько разных видов воздействия на ТА (3–5 процедур на один сеанс) на фоне музыкального сопровождения. При проведении АП придерживаемся принципа минимально необходимого количества игл на один сеанс; для всех пациентов – тонкие иглы для тонкой детской кожи; введение игл через металлические направляющие; при введении игл ориентируемся на знание топографии ТА, их площади и глубины расположения; при выборе экспозиции учитываем местную вегетативную реакцию (степень выраженности, время исчезновения), при этом не нужно добиваться возникновения у детей т.н. предусмотренных ощущений (кроме подростков); чаще применяем гармонизацию – 10 мин. для младших детей, 15–20 мин. для старших.

Для детей младшего возраста используем преимущественно неболевые методы РТ (поверхностная, аппликационная АП, прогревание ТА, точечный, баночный массаж, методы физиопунктуры – фото-, диодное, лазерное воздействие на ТА – корпоральные и МАС и т.п.), ограничивая степень стимулирующего воздействия на область головы, лица, ушной раковины (особенно у возбудимых пациентов). Лечение в кабинете РТ носит курсовой характер – курс РТ составляет в среднем 11–13 сеансов, проводимых ежедневно; при повторных курсах допускается лечение через день или два раза в неделю; в необходимых случаях проводим поддерживающие сеансы с использованием пролонгированной АП, обеспечивая таким образом длительность лечения. На протяжении курса лечения решаются в основном тактические задачи, повторные курсы призваны решать стратегические задачи, нацеленные в конечном итоге на выздоровление.

Применение методов АП (РТ) можно считать патогенетически обоснованным только в тех случаях, когда в больном организме ведущими являются не анатомо-морфологические нарушения, а функциональные нарушения на органно-сегментарном или системном уровне саморегуляции [4] – в этих случаях РТ является методом выбора для детей и подростков, от нее мы ожидаем эффективности, более высокой, чем у взрослых пациентов; в случаях более грубой патологии РТ можно применять как эффективный дополнительный метод медицинской реабилитации и реадaptации. Действие РТ на организм можно определить как общерегулирующее, которое, с точки зрения традиционной медицины, проявляется восстановлением энергетического равновесия (баланс Инь-Ян), по современным понятиям, связано с восстановлением динамического равновесия между процессами торможения и возбуждения в структуре ЦНС, нормализацией деятельности органов и систем (вегетативной, эндокринной, медиаторных и других систем, рецепторного аппарата), т.е. РТ оказывает целенаправленное интегрированное нормализующее влияние на деятельность различных функциональных систем и организма в целом.

Основными критериями выбора метода лечения являются безопасность, эффективность, доступность [15]. В приложении к РТ гарантией безопасности лечения являются: а) постоянный врачебный контроль, т.к. все манипуляции выполняет врач-рефлексотерапевт (или медсестра под его контролем); б) отсутствие побочного действия (оно обеспечивается индивидуальным подходом, а также – патогенетической направленностью лечения, селективностью действия РТ, физиологическими ответными реакциями организма и т.д.). Данные об эффективности рефлексотерапии у детей приводят О.В. Никитина и Н.В. Войсят [16]. Сочетание медикаментозной и комбинированной РТ для лечения вегетативной дисфункции у детей и подростков дало положительные результаты: при головной боли – у 90%, при нарушении сна – у 87%, улучшение эмоционального состояния (по данным психологического тестирования) – у 95,6%, нормализация вегетативной реактивности (по данным КИГ) – у 78,2% пациентов. При проведении курсового лечения методами КРТ детей, страдающих энурезом [17], непосредственным результатом была полная ремиссия у пациентов с тяжелой формой энуреза в 38%, при средней тяжести – в 50%, при легком течении – в 100% случаев; последующее наблюдение на протяжении 3–7 лет показало улучшение у всех остальных пациентов. В нашем наблюдении (2003–2010 гг.), положительный результат комплексного лечения с применением методов РТ был достигнут у 87,4% пациентов с патологией КМС. Сравнительные данные показывают, что при лечении синдрома вегетативной дисфункции у детей [18] эффективность РТ по сравнению с медикаментозной терапией оказалась выше на 20% (68% и 47,5% соответственно); включение методов РТ в комплекс реабилитации новорожденных с травматически-гипоксической перинатальной травмой ЦНС [5] повысило эффективность по разным показателям на 15–42% и т.п.

В работе Е.И. Мазиной [19] доказана экономическая эффективность (рентабельность) включения РТ в комплекс реабилитационных мероприятий. Доступность РТ определяется воспроизводимостью методов РТ, которая обеспечивается возможностью обучения врачей в системе послевузовского образования, экономичностью (экономическая доступность: для ЛПУ – небольшие затраты на организацию кабинета РТ, для населения – бесплатное лечение в системе ОМС), территориальной близостью районных ЛПУ.

Заключение

Включение кабинета РТ в состав отделения реабилитации детского ЛПУ повышает уровень медицинского обеспечения детей и подростков вследствие уменьшения объема базовой и симптоматической фармакотерапии – снижения риска побочного действия; уменьшения материальных затрат; реального сокращения сроков восстановления здоровья; кроме того пациентам предоставляется выбор – РТ – альтернатива или дополнение к обычным методам лечения.

Расширять применение РТ в педиатрии необходимо, учитывая высокий уровень и продолжающийся рост детской и подростковой заболеваемости во всех группах заболеваний (дальнейший рост угрожает здоровью нации) и потребность более широкого внедрения в педиатрическую практику безопасных, эффективных и экономически доступных методов лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ МЗСР РФ №266 от 13.04.2007 Об утверждении рекомендуемых перечней медицинских показаний и противопоказаний к применению рефлексотерапии в клинической практике. – М. – 2007.
2. Радзиевский С.А., Бобровницкий И.П., Солодовникова Т.Е., Агасаров Л.Г. и др. Адаптивные механизмы кардио- и сосудодилататорного действия рефлексотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2013. – №1: 55–59.
3. Василенко А.М. Нейроэндокринология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия. – 2004. – №1 (8): 14.
4. Филоненко А.В. Рефлексотерапия в реабилитации новорожденных: Монография. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та. – 2008. – 116 с.
5. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. – Бином. – Изд. 2. – М. – 2005. – 368 с.
6. Василенко А.М., Захарова Л.А. Нейроиммунология боли: биологические и клинические аспекты // Актуальные проблемы нейроиммунопатологии. Руководство под ред. Г.Н.Крыжановского, С.В.Магаевой, С.Г.Морозова. – М: Гениус Медиа. – 2012: 236–284.
7. Василенко А.М., Тихонова Т.Г. Рефлексотерапия в педиатрии. Вопросы организации. Учебно-методическое пособие для врачей. – М. – 2006. – 77 с.
8. Исламов Б.И., Фролков В.К., Шилина М.В., Готовский М.Ю. Электропунктурный вегетативный резонансный тест в оценке состояния бронхолегочной системы // Вестник восстановительной медицины 2013. – № 3 – С. 56–59.
9. Кожатов А.Д., Часнык В.Г. Изменение структуры сердечного ритма под влиянием рефлексотерапии у новорожденных детей, перенесших асфиксию // Вопросы охраны материнства и детства. – 1988. – №6. – с. 25–31.
10. Яцык Г.В., Андриенко Н.В., Бомбардинова Е.П. и др. Новые медицинские технологии в реабилитации детей с перинатальным поражением мозга // Современные проблемы профилактической педиатрии. – Материалы VII конгресса педиатров России. – М. 2003: 439.
11. Филоненко А.В. Иглоукалывание в анальгезии новорожденных // Рефлексотерапевт. – 2011. – №1: 35–38.
12. Евтушенко С.К., Яцко В.Д. Интранатальные повреждения шейного отдела позвоночника – методические рекомендации. – Донецк. – 1989.
13. Приказ МЗ РФ № 364 от 10.12.9. О введении специальности «Рефлексотерапия» в номенклатуру врачебных и провизорских специальностей. – М. – 1997.
14. Приказ МЗ РФ № 38 от 03.02.1999. О мерах по дальнейшему развитию рефлексотерапии в Российской Федерации. – М. – 1999.
15. Постников С.С. Побочное действие антибиотиков // Педиатрия. – 2008. – №5: 111.
16. Никитина О.В., Войсят Н.В. Применение рефлексотерапии в лечении детей с вегетативной дистонией // Рефлексотерапия и мануальная медицина в XXI веке. – М. – 2006: 269–270.
17. Сафиуллина Г.И. Методы традиционной медицины в комплексном лечении детей с энурезом // Рефлексотерапия и мануальная медицина в XXI веке. – М. – 2006: 320–321.
18. Комарова И.Б. Оценка эффективности рефлексотерапии в комплексном лечении синдрома вегетативной дисфункции у детей // Автореферат дисс. к.м.н. – М. – 2001.
19. Мазина Е.И. Организационные и медико-социальные аспекты применения рефлексотерапии в реабилитации инвалидов трудоспособного возраста. – Автореферат дисс. к.м.н. – М.2006. – 24с.

REFERENCES:

1. Order of MHS of RF №266 of 13.04.2007 On Approval of the List of medical indications and contraindications to the use of acupuncture in clinical practice. – M. – 2007.
2. Radzievskiy S.A., Bobrovnikitskiy I.P., Solodovnikova T.E., Agasarov L.G. and others. [Adaptive mechanisms of cardiovascular and vascular protective actions of reflexotherapy] // Issues of balneology, physiotherapy and physical therapy. – 2013. – №1: 55–59.
3. Vasilenko A.M. [Neuroendocrinology of pain and reflexotherapy] // Reflexotherapy. – 2004. – №1(8): 14.
4. Filonenko A.V. [Reflexology in the rehabilitation of the newborn: Monograph.] Cheboksary: publ. house of Chuvashskiy university. – 2008. – 116p.
5. Ratner A.Yu. [Neurology of the newborn. Acute phase and later complications.] – Binom. – pub. 2. – M. – 2005. – 368 p.
6. Vasilenko A.M., Zakharova L.A. [Neuroimmunology pain: biological and clinical aspects] // Actual problems of neuroimmunopatology. Guideline ed. by G.N. Kryzhanovskiy, S.V.Magaeva, S.G. Morozova. – M: Genius Media. – 2012: 236–284.
7. Vasilenko A.M., Tikhonova T.G. [Reflexotherapy in pediatrics. Issues of organization.] Teaching manual for doctors. – M. – 2006. – 77 p.
8. Islamov B.I., Frolov V.K., Shilina M.V., Gotovskiy M.Yu. [Electropunctural vegetative resonance test in the evaluation of bronchopulmonary] // Journal «Vestnik vosstanovitelnoy meditsiny» 2013. – № 3 – p. 56–59.
9. Kozhatov A.D., Chasnyk V.G. [Changing the structure of the heart rate under the influence of acupuncture in newborn asphyxiated infants] // Issues of maternal and child health. – 1988. – №6. – p. 25–31.
10. Yatsyk G.V., Andrienko N.V., Bombardirova E.P. and others. [New medical technologies in rehabilitation of children with perinatal brain damage] // Modern problems of preventive pediatrics. - Proceedings of the VII Congress of Pediatricians of Russia. – M. 2003: 439.
11. Filonenko A.V. [Acupuncture in analgesy of the newborn] // Reflexotherapist. – 2011. – №1: 35–38.
12. Evtushenko S.K., Yatsko V.D. [Intranatal injury of the cervical spine] – Guidelines. – Donetsk. – 1989
13. MoH Order number 364 of 10.12.9. On the introduction of specialty «Reflexotherapy» in the range of medical and provisory specialties. – M. – 1997.
14. MoH Order number 38 dated 03.02.1999. On measures for further development of reflexotherapy in the Russian Federation. – M. – 1999.
15. Postnikov S.S. [Side effects of antibiotics] // Pediatrics. – 2008. – №5: 111.
16. Nikitina O.V., Voysyat N.V. [The use of reflexotherapy in the treatment of children with vegetative dystonia] // Reflexotherapy and manual medicine in the XXI century. – M. – 2006: 269–270.
17. Safullina G.I. [Methods of traditional medicine in treatment of children with enuresis] // Reflexotherapy and manual medicine in the XXI century. – M. – 2006: 320–321.
18. Komarova I.B. [Evaluating the effectiveness reflexotherapy in treatment of autonomic dysfunction syndrome in children] // Abstract dis.M.D. – M. – 2001.
19. Mazina E.I. [Organizational and medico-social aspects of reflexotherapy application in the rehabilitation of disabled people of working age. - Abstract dis.M.D. – M.2006. – 24p.

РЕЗЮМЕ

Здоровье детского населения является одним из наиболее чувствительных индикаторов состояния всего общества. Настоятельная потребность в более широком внедрении в педиатрическую практику безопасных, эффективных и экономически доступных методов лечения диктуется высоким уровнем перинатальной патологии, общей заболеваемости детей и подростков, продолжающимся ростом по всем группам заболеваний. Медицинская реабилитация методами рефлексотерапии является важной составной частью на всех этапах медицинского обеспечения, включает все периоды развития детей и подростков. Современная рефлексотерапия является универсальным методом, направленным на регуляцию реакций стресса и адаптации во всем многообразии их физиологических и клинических проявлений. Деятельность кабинета рефлексотерапии в составе отделения реабилитации детского лечебно-профилактического учреждения повышает уровень медицинской помощи детям и подросткам вследствие уменьшения объема применяемой базовой и симптоматической фармакотерапии, снижения риска возникновения ее нежелательного побочного действия, сокращения сроков восстановления здоровья.

Ключевые слова: дети и подростки, рост заболеваемости, акупунктура, точки акупунктуры, рефлексодиагностика, рефлексотерапия, рефлексопрофилактика, медицинская реабилитация.

ABSTRACT

Health of the children's population is one of the most sensitive indicators of a condition of all society. The urgent need for more widespread introduction in pediatric practice of safe, effective and economically available methods of treatment is dictated by high level of perinatal pathology, the general incidence of children and the teenagers, the proceeding growth on all groups of diseases. Medical rehabilitation by methods of reflexotherapy is an important component at all stages of a medical support, includes the entire periods of development of children and teenagers. The modern reflexotherapy is the universal method directed on regulation of reactions of a stress and adaptation in all variety of their physiological and clinical manifestations. Activity of an office of reflexotherapy as a part of office of rehabilitation of child care treatment-and-prophylactic facility raises level of medical care to children and teenagers owing to reduction of volume of applied basic and symptomatic pharmacotherapy, decrease in risk of emergence of its undesirable collateral action, reduction of terms of recovery of health.

Keywords: children and teenagers, incidence growth, acupuncture, acupuncture points, reflexodiagnostics, reflexotherapy, reflexoprevention, medical rehabilitation.

Контакты:

Тихонова Татьяна Григорьевна. E-mail: tg_tihonova@mail.ru