

Ипатов А.А.^{1,3}, Полунина В.В.^{1,2}, Цветкова Л.Н.¹, Ипатова М.Г.¹

Иглорефлексотерапия и ее роль в комплексном лечении хронического запора у детей

¹ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1; ²ГБУЗ ДГП Детская городская поликлиника № 39 Департамента здравоохранения Москвы, 125252, г. Москва, пр-д Березовой рощи, д. 2; ³ГБУЗ ДГП Детская городская поликлиника № 39 Департамента здравоохранения г. Москвы, филиал № 1, 125080, Москва, ул. Панфилова, д. 10

Лечение хронического запора (ХЗ) является актуальной проблемой детской гастроэнтерологии, так как им страдает до 1/3 детского населения. Нами было обследовано 139 детей с ХЗ в возрасте от 6 до 18 лет. Все дети были разделены на 5 групп в зависимости от метода лечения: получавшие только базисное лечение (БЛ), получавшие БЛ и физиотерапию (ФТ), дети, получавшие БЛ и иглорефлексотерапию (ИРТ), получавшие БЛ в комплексе с ИРТ и ФТ и получавшие только ИРТ. В результате проведенного исследования были получены данные, свидетельствующие об эффективности комплексного лечения с использованием рефлексотерапии при ХЗ у детей.

Ключевые слова: *хронический запор; дети; лечение; иглорефлексотерапия.*

Ipatov A.A.^{1,3}, Polunina V.V.^{1,2}, Tsvetkova L.N.¹, Ipatova M.G.¹

ACUPUNCTURE REFLEXOTHERAPY AND ITS ROLE IN THE COMBINED TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION IN THE CHILDREN

¹Federal state budgetary educational institution of higher professional education N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry, ul. Ostrovityanova, 1, 117997, Moscow; ²State budgetary healthcare facility Children's city polyclinic N 39, Moscow Health Department, proezd Beryozovoy roshchi, 2, 125252, Moscow; ³State budgetary healthcare facility Children's city polyclinic N 39 (Affiliated Branch No 1), Moscow Health Department, ul. Panfilova, 10, 125080, Moscow

The treatment of chronic constipation is a challenging problem in pediatric gastroenterology since 15 to 35% of the children suffer from this condition. We have examined 139 children presenting with chronic constipation at the age from 6 to 18 years. The patients were divided into 5 groups depending on the method of treatment, viz. basal therapy and physiotherapy, basal therapy and acupuncture reflexotherapy, basal therapy in combination with acupuncture reflexotherapy and physiotherapy, or acupuncture reflexotherapy alone. The results of the study give evidence of the high effectiveness of combined treatment of chronic constipation in the children with the use of acupuncture reflexotherapy.

Key words: *chronic constipation; children; treatment; acupuncture reflexotherapy.*

Лечение хронического запора (ХЗ) остается одной из сложных и нерешенных медико-социальных проблем в педиатрии. Актуальность этого заболевания обусловлена высокой частотой его распространенности и недостаточным пониманием этой проблемы со стороны родителей, что ведет к несвоевременному обращению к специалисту. Распространенность запора, по данным последних исследований, колеблется от 25 до 50% среди взрослого населения и от 15 до 35% у детей различных возрастных групп [1, 2]. По данным многоцентрового исследования в федеральных округах России (2011) хронический запор (по Римским критериям III) был диагностирован в 53% случаев, наибольшая частота патологии (56%) отмечена среди детей старшего школьного возраста [3].

Длительное течение запора, а также отсутствие терапии может осложняться недержанием кала [4], а несвоевременное и неадекватное лечение в детском

возрасте ведет к тому, что 25% детей продолжают страдать запором во взрослом возрасте [5].

Несмотря на широкий арсенал лекарственных средств, используемых в терапии запора у детей, применение большинства слабительных препаратов ограничено в детской практике из-за побочных эффектов.

В последние годы опубликовано много работ, посвященных лечению и профилактике ХЗ у детей с позиции образа жизни, диеты, фармакотерапии, а также эффективности различных физических факторов воздействия на моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки. Однако до сих пор сохраняется актуальность проблемы совершенствования и повышения эффективности лечебных мер.

До настоящего времени не был проведен сравнительный анализ эффективности различных методов лечения ХЗ, не разработаны четкие рекомендации по тактике рефлексотерапии и ее сочетанию с другими методами с учетом жалоб и клинических проявлений.

Целью нашего исследования было изучение и сравнение эффективности различных методов лечения ХЗ в комплексе с иглорефлексотерапией (ИРТ).

Для корреспонденции: Полунина Виктория Валерьевна; e-mail: vikto25@gmail.ru.

For correspondence: Pokunina Viktoriya Valer'evna; e-mail: vikto25@gmail.ru.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 139 детей с ХЗ в возрасте от 6 до 18 лет (88 мальчиков — 63,3% и 51 девочка — 36,7%). Средний возраст детей составил $10,1 \pm 3,15$ года. Распределение детей с синдромом запора по возрастным группам было следующим: 6 лет — 5 (3,6%) детей, 7—11 лет — 92 (66,2%) и от 12 до 18 лет — 42 (30,2%) ребенка.

В исследование были включены дети, у которых запор не требовал хирургического лечения, отсутствовала эндокринная патология, органическое поражение ЦНС, психические заболевания. Обязательным было наличие информированного согласия родителей и детей старше 14 лет.

Обследование детей с ХЗ было комплексным и включало применение общеклинических методов, предусмотренных медико-экономическими стандартами (сбор анамнеза, общий осмотр, оценка физического развития, лабораторное и инструментальное обследование).

В рамках исследования были проведены базисное лечение (БЛ), физиотерапия (ФТ) и ИРТ, а также использована комбинация этих методов с целью коррекции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

1. БЛ включало диету с увеличением количества продуктов, содержащих грубоволокнистую клетчатку, физиологический питьевой режим (40—80 мл/кг массы тела), соблюдение режима питания, прием слабительных препаратов, прокинетики или спазмолитиков (в зависимости от характера дискинезии толстой кишки), желчегонных препаратов, средств для коррекции дисбиоза.

БЛ зависело от жалоб, клинических проявлений запора, сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и предусматривало применение слабительных средств (вазелиновое масло — не более 5 дней, препараты лактулозы); при болевом синдроме по гипомоторному типу с сопутствующей патологией верхних отделов пищеварительного тракта назначали прокинетики (домперидон), при замедлении моторики ЖКТ — тримебутин, при болевом синдроме по гипермоторному типу — селективные холинолитики (гиосцина бутилбромид) или миотропные спазмолитики, оказывающие прямое действие на гладкую мускулатуру (мебеверин). Детям с дисфункцией билиарного тракта назначали желчегонную терапию (хофитол) в возрастных дозировках. С целью выработки позыва на дефекацию прибегали к очистительным клизмам по 300—400 мл изотонического раствора 1 раз в день курсом 5—10 дней.

2. Физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) проводили с помощью синусоидальных модулированных токов (СМТ-терапия) от аппарата "Амплипульс" на область живота. При гипермоторной дискинезии толстой кишки использовали переменный режим, частота модуляции 100—150 Гц, глубина модуляции 25%, длительность посылок 2—3 с. Сеанс длительностью не более 10 мин проводили ежедневно, 10 процедур на курс. При гипомоторной дискинезии

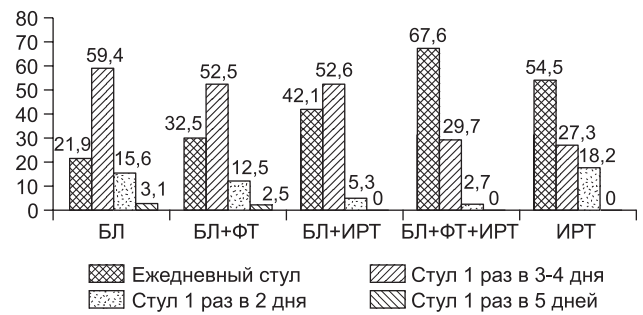


Рис. 1. Сравнительные результаты длительности интервалов между дефекациями у детей обследуемых групп после лечения (в %).

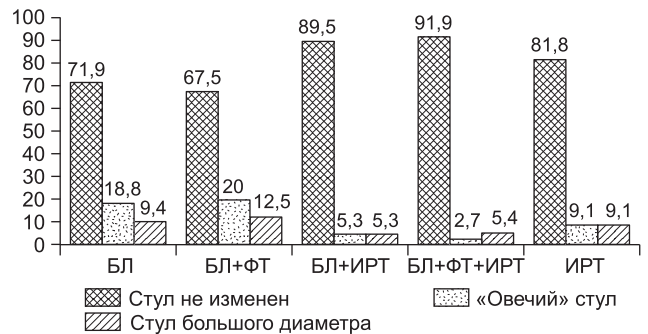


Рис. 2. Сравнительные результаты характера стула у детей обследуемых групп после лечения (в %).

толстой кишки применяли переменный режим, частота модуляции 30 Гц, глубина модуляции 100%, длительность посылок 2—3 с, сила тока до выраженной вибрации, продолжительность сеанса 5—10 мин ежедневно курсом 8—10 процедур.

3. ИРТ предусматривала разные способы воздействия на акупунктурные (биологически активные) точки: поверхностную иглотерапию с помощью массажного валика по паравертебральным линиям и в поясничной области, корпоральную и аурикулярную иглотерапию, сегментарный массаж области живота с последующим прогреванием базисных точек, расположенных на тыльной и ладонной поверхности кисти, по методу Су Джок.

Для улучшения моторно-эвакуаторной функции кишечника 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, расположенные на конечностях и спине: 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 взй-шу. На ушной раковине применяли следующие точки: AP81 прямая кишка, AP91 толстая кишка, AP89 тонкая кишка, AP87 желудок, AP51 симпатическая, AP43 живот, AP194 три части туловища, AP55 шэнь-мэнь (точка ЦНС), AP109 нижний живот, AP110 нижний живот, AP117 запор, AP119 анус, AP98 селезенка, AP97 печень, AP34 кора головного мозга.

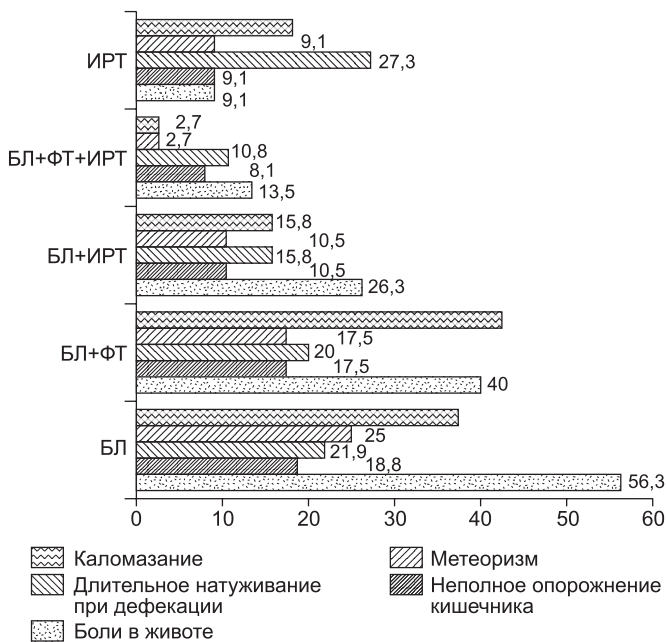


Рис. 3. Сравнительные результаты спектра жалоб у детей обследуемых групп после лечения (в %).

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 использовали точки VC12 чжун-вань, V45 и-си, E34 лян-цю, E36 цзу-сан-ли, E44 нэй-тин, VB38 ян-фу, VB43 ся-си [6—8].

Сегментарный массаж в области живота проводили после иглоукалывания в течение 4—5 мин: поглаживающие вначале, 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 часовой стрелке и против нее с акцентом в точках E25 тянь-шу, VC12 чжун-вань, VC6 ци-хай, VC4 гунь-юань. Точку E25 тянь-шу применяли при наличии болевых ощущений и явлений метеоризма.

Сеансы рефлексотерапии проводили ежедневно продолжительностью 10—15 мин в зависимости от возраста детей, за 1 сеанс использовали 5—7 корпоральных точек и 2—3 аурикулярные точки. Точки выбирали с учетом жалоб и результатов осмотра пациентов на момент лечения. Курс лечения состоял из 10—15 сеансов.

Любое лечение ХЗ начинается, как правило, с установления вызывающих его причин и, если возможно, их устранения или сведения к минимуму воздействия на организм ребенка.

Все наблюдаемые нами дети с ХЗ ($n = 139$) были разделены на 5 групп в зависимости от характера проведенного лечения. В 1-ю группу вошло 32 ребенка, получавших БЛ, которое включало диету, прием лекарственных препаратов, массаж и лечебную гимнастику, во 2-ю — 40 детей, получавших БЛ в сочетании с физиотерапией (БЛ + ФТ), в 3-ю — 19 детей, получавших БЛ и ИРТ (БЛ + ИРТ), в 4-ю — 37 детей, получавших БЛ, ФТ и ИРТ (БЛ +

ФТ + ИРТ), в 5-ю — 11 детей, которым была назначена только ИРТ.

Курс лечения составил 3 нед.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica 6.0. При сравнении двух независимых признаков использовали критерий Манна—Уитни, при сравнении зависимых признаков — парный критерий Вилкоксона. Для сравнения долей прибегали к критерию углового преобразования Фишера. Статистический анализ эффективности различных схем терапии проводили методом четырехпольной матрицы. При сравнении величин различия считали достоверными при 95% ДИ ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Все исследуемые дети предъявляли жалобы на задержку стула до 2 и более дней, из них 15,1% детей жаловались на отсутствие самостоятельного стула до 2 дней, 40,3% — до 3—4 дней, 44,6% детей — до 5 дней и более. Второй по частоте жалобой были боли в животе (93,5%). Жалобы на каломазание предъявляли 54,7% детей, на неполное опорожнение во время акта дефекации — 43,9% и на метеоризм — 43,2% детей. Патологический характер стула имели 109 (78,4%) детей, из них у 45,3% стул был «овечий», у 30,2% — большого диаметра. На каждого ребенка приходилось в среднем 5 жалоб (боль в животе, отсутствие ежедневного самостоятельного стула, каломазание, неполное опорожнение кишечника, «овечий» стул).

При сравнении эффективности различных методов лечения в плане нормализации частоты стула у детей с ХЗ было показано, что ежедневный стул достоверно чаще имели дети, получавшие комплексное лечение (БЛ + ФТ + ИРТ) по сравнению с получавшими БЛ ($p < 0,05$) и БЛ + ФТ ($p < 0,05$). Следует отметить, что после ИРТ, БЛ + ИРТ, БЛ + ФТ + ИРТ отсутствие самостоятельного стула до 5 дней не наблюдалось ни у одного ребенка, в то время как у одного ребенка на фоне БЛ и другого ребенка на фоне БЛ + ФТ сохранялись жалобы на запор до 5 дней (рис. 1).

Таким образом, для достижения нормализации частоты стула наиболее эффективным является комплексное лечение (БЛ + ФТ + ИРТ). Наименее эффективным было лечение в 1-й группе детей с ХЗ, которые получали только БЛ.

В результате анализа нормализации характера стула у детей с ХЗ на фоне различных методов лечения нами не было получено статистической разницы в эффективности лечения различными методами при стуле большого диаметра. Однако жалобы на «овечий» стул достоверно реже встречались после БЛ + ФТ + ИРТ, чем после БЛ ($p < 0,05$) и БЛ + ФТ ($p < 0,05$). Нормальный характер стула достоверно чаще наблюдался у детей на фоне БЛ + ФТ + ИРТ по сравнению с получавшими БЛ ($p < 0,05$) (рис. 2).

Таким образом, БЛ + ФТ + ИРТ является самой эффективной схемой лечения для нормализации характера стула в сравнении с другими методами.

Только БЛ оказалось недостаточно эффективным у 28,2% обследуемых детей, из которых у 18,8% сохранялся «овечий» стул и у 9,4% — стул большого диаметра.

При сравнении эффективности лечения в зависимости от спектра жалоб у детей с ХЗ можно отметить, что схема БЛ + ФТ + ИРТ достоверно эффективнее купирует болевой синдром, чем только БЛ ($p < 0,05$) и БЛ + ФТ ($p < 0,05$). В то время как ИРТ и БЛ + ИРТ достоверно чаще купируют болевой синдром по сравнению с БЛ ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно), схема БЛ + ФТ + ИРТ оказалась более эффективной, чем БЛ + ФТ ($p < 0,05$; рис. 3).

Наиболее эффективными схемами лечения при неполном опорожнении кишечника у детей с ХЗ были БЛ + ФТ + ИРТ ($p < 0,05$) и ИРТ ($p < 0,05$) по сравнению с БЛ.

Также более эффективным методом в купировании длительного натуживания во время дефекации был БЛ + ФТ + ИРТ, однако достоверные различия получены только с БЛ ($p < 0,05$).

При оценке эффективности лечения метеоризма были получены следующие статистически значимые различия: метеоризм достоверно чаще купировался на фоне лечения ИРТ ($p < 0,05$), БЛ + ИРТ ($p < 0,05$), БЛ + ФТ + ИРТ ($p < 0,05$) по сравнению с БЛ. Также эффективнее в лечении каломазания были ИРТ ($p < 0,05$), БЛ + ФТ + ИРТ ($p < 0,05$) по сравнению с БЛ, а БЛ + ФТ + ИРТ достоверно эффективнее, чем БЛ + ФТ ($p < 0,05$), БЛ + ИРТ ($p < 0,05$) и ИРТ ($p < 0,05$).

Применение только ИРТ было достоверно более эффективным в купировании болевого синдрома в сравнении с БЛ ($p < 0,05$) и БЛ + ФТ ($p < 0,05$), а также метеоризма и каломазания в сравнении с БЛ ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно). Схема БЛ + ИРТ достоверно лучше купирует боли в животе у детей с ХЗ по сравнению с ИРТ ($p < 0,05$), и также эффективна в лечении метеоризма и каломазания, как БЛ + ФТ + ИРТ ($p < 0,05$ и $p < 0,05$ соответственно).

Заключение

БЛ у детей с ХЗ является недостаточно результативным и уступает в эффективности совместному назначению лекарственных препаратов и физиотерапевтических процедур или иглорефлексотерапии. Наиболее эффективным методом оказалось комплексное лечение, предусматривавшее одновременное назначение медикаментозной терапии, ФТ и ИРТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комарова Е.В., Петрова А.В., Потапов А.С., Подмаренкова Л.Ф., Фоменко О.Ю., Джанаев Ю.А. Нарушение моторики толстой кишки при хронических запорах у детей. *Российский педиатрический журнал*. 2007; 4: 28—30.
2. Садовнича Т.А. *Хронические запоры у детей первых семи лет жизни*: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ставрополь; 2006.
3. Эрде С.И., Мацукатова Б.О., Ревякина С.А. Запоры у детей (результаты нового российского популяционного исследования). *Русский медицинский журнал: Независимое издание для практикующих врачей*. 2011; 19, (3): 159—65.
4. Ленюшкин А.И. *Хирургическая колопроктология детского возраста*. М.: Медицина; 1999.
5. Bongers Marloes E.J., Benninga M. Long-term follow-up and course of life in children with constipation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2011; 53 (2): 55—6.

Поступила 14.04.14

REFERENCES

1. Komarova E.V., Petrova A.V., Potapov A.S., Podmarenkova L.F., Fomenko O.Yu., Dzhanayev Yu.A. Violation of colon motility in chronic constipation in children. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal*. 2007; 4: 28—30. (in Russian)
2. Sadovnichaya T.A. *Chronic constipation in children of the first seven years of life* [Khronicheskie zapory u detey pervykh semi let zhizni]: Diss. Stavropol'; 2006. (in Russian)
3. Erdes S.I., Matsukatova B.O., Revyakina S.A. Constipation in children (results of the new Russian population studies). *Russkiy meditsinskiy zhurnal: Nezavisimoe izdanie dlya praktikuyushchikh vrachey*. 2011; 19 (3): 159—65. (in Russian)
4. Lenyushkin A.I. *Surgical coloproctology in children* [Khirurgicheskaya koloproktologiya detskogo vozrasta]. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
5. Bongers Marloes E.J., Benninga M. Long-term follow-up and course of life in children with constipation. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2011; 53 (2): 55—6.

Received 14.04.14