

формировали ее о том, какими препаратами лечат ее или новорожденного; каковы последствия возникшего во время беременности осложнения; каковы последствия проводимого лечения; что им делать в домашних условиях с новорожденными детьми.

Степень удовлетворенности женщин акушерской помощью во многом зависит от болевых ощущений во время родов. Увеличением частоты использования немедикаментозных методов обезболивания родов, снижением частоты использования наркотических анальгетиков для обезболивания родов и повышением частоты использования перидуральной анестезии для обезболивания родов можно объяснить высокую оценку пациентками качества работы родильного отделения и отделения анестезиологии и реанимации (97,2%).

Недостатки организации работы, характеризующие качество оказания акушерско-гинекологической помощи в лечебном учреждении, опрошенные преимущественно связывали с недостатком рабочего времени у медицинского персонала в связи с большим числом пациенток на одного врача (28%). В 16% случаев это было ассоциировано с неудовлетворительным материальным обеспечением медицинского персонала (низкая заработная плата, отсутствие социальных гарантий и др.) и в 7% — с плохой организацией работы в отделении; остальные опрошенные не назвали причину недостатков в работе родильного дома.

Недоверие к врачам всех специальностей выразили 8,9% пациенток, негативное отношение к медицине и родовспоможению в стране — 18,9%. При этом 15,5% из них указали, что оно сформировалось в результате "печального" опыта общения с медицинским персоналом самих опрошенных и их знакомых, а 3,4% пациенток отметили, что это объясняется сведениями, полученными из средств массовой информации.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что медико-социальный портрет беременных за 10 лет претерпел значительные изменения: пациентки в родовспоможении стали старше, преимущественно имеют высшее образование и определенный социальный статус, позволяющий им иметь собственное мнение и представление, каким образом должна осуществляться медицинская помощь при родовспоможении. Взросшая социальная активность уничтожила идеалистическое отношение к врачу как к безусловному авторитету.

Учитывая, что здоровье женщин репродуктивного возраста значительно не ухудшилось и отсутствует преобладание у пациенток какого-либо особо отягощенного соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, объяснить неблагоприятные результаты и удовлетво-

ренность пациенток только индивидуальными особенностями нельзя. Должная медицинская помощь основывается на оценке ситуации, в которой оказалась пациентка, и мнении специалиста. Это мнение складывается из учета общей и специальной подготовки врача и его опыта. При удовлетворительном результате пациентка чувствует, что ее потребности приняты во внимание и ей оказана лучшая в данной ситуации медицинская помощь.

Наряду с административными и обучающими мероприятиями важнейшее значение приобретает изменение внутренней обстановки и атмосферы в медицинских учреждениях, которое будет способствовать удовлетворенности пациента и определять качество оказанных услуг.

Любая функциональная модель улучшения качества медицинской помощи является неполноценной, если не учитывает мнение пациента об оказанных услугах. Поэтому, помимо медицинских показателей, необходимо анализировать субъективное восприятие женщинами своего опыта обращения в медицинские учреждения. Удовлетворенность пациенток оказанной помощью является надежным критерием улучшения качества работы акушерского стационара.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что анонимное анкетирование позволит руководителям подразделений нивелировать негативные и усиливать позитивные тенденции и тем самым способствовать повышению уровня удовлетворенности пациенток акушерской помощью.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Светличная Т.Г., Цыганова О.А.* Медико-социологический подход к анализу удовлетворенности населения качеством медицинских услуг. Социальные аспекты здоровья населения. 2011; 1. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/262/30/>.
2. Система управления качеством медицинского обслуживания в больницах Европейского Союза. Здравоохранение за рубежом. 2007; 2: 49—52.
3. *Радзинский В.Е.* Акушерская агрессия. М.; 2011: 3—5.
4. *Варпанетова Н.В.* Результаты социологического опроса различных специалистов о путях повышения профессиональных знаний. Врач и информационные технологии. 2010; 5: 27—32.
5. *Каткова Н.Н.* Состояние и перспективы развития акушерско-гинекологической помощи в Челябинском и Копейском городских округах. В кн.: Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность: Материалы 3-й междунар. науч.-практ. конф. Пенза; 2006: 90—2.
6. *Варпанетова Н.В.* Пособие по оценке качества перинатальной помощи и учреждениях родовспоможения, готовности к оказанию экстренной помощи, практических навыков специалистов. М.; 2009: 37.

Поступила 03.10.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 615.814.1.03:616.34-009.11-036.12-053.2

Л.Н. Цветкова^{1,2}, В.В. Полунина^{1,3}, А.Б. Моисеев^{1,2}, Т.Ф. Мухина¹, А.А. Ипатов^{1,3}, С.В. Павлова^{1,3}

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра лечебной физкультуры и спортивной медицины, кафедра пропедевтики детских болезней ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России, 119997, Москва; ²Измайловская детская городская клиническая больница ДЗ г. Москвы, 105077, Москва;

³Детская городская поликлиника № 39 ДЗ г. Москвы, 125252, Москва, Россия

Полунина Виктория Валерьевна, E-mail: nypol@mail.ru

♦ Хронический запор — актуальная проблема современного общества; его по праву называют болезнью цивилизации. Причины запора многообразны. Независимо от причинно-значимого фактора запор сопровождается нарушением

процессов формирования и продвижения кала по кишечнику, и важную роль в этом играет нервная система ребенка. В статье представлена эффективность лечения хронического запора у детей различными методами.

Ключевые слова: хронический запор, дети, комплексная терапия, биологическая обратная связь, рефлексотерапия, эффективность лечения

L.N. Tsvetkova, V.V. Polunina, A.B. Moiseyev, T.F. Mukhina, A.A. Ipatov, S.V. Pavlova

FROM THE EXPERIENCE OF APPLYING REFLEXOTHERAPY IN TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

The N.I. Pirogov Russian national research medical university of Minzdrav of Russia, Moscow; The Izmaylovskaya children clinical hospital, Moscow; The municipal children hospital №39, Moscow

♦ **The chronic constipation is one of the common problems of modern society, rightly being one of civilization disease. The causes of constipation are numerous. The constipation, in case of any significant causative factor, is accompanied by disorders of processes of formation and moving feces in bowel. The nervous system of child plays in this case an important role. The article considers the effectiveness of treatment of chronic constipation in children using various methods.**

Key words: chronic constipation, complex therapy, biologic feedback, reflexotherapy, effectiveness of treatment

Запор является важной медико-социальной проблемой у детей разных возрастных групп. Он отрицательно сказывается на росте и развитии детского организма. К серьезным и социально значимым последствиям хронического запора относится недержание кала (энкопрез). Истинная распространенность запора у детей неизвестна ввиду низкой обращаемости родителей к врачу и недостаточного знания этой патологии педиатрами. Некоторые авторы указывают, что хронический запор в 25% случаев является причиной обращения к детскому гастроэнтерологу [1, 2].

Несмотря на всестороннее изучение этой проблемы, совершенствование подходов к диагностике и лечению, разработке комплекса профилактических мероприятий, направленных на предупреждение развития хронического запора у детей, количество больных с этой патологией неуклонно растет [3—5]. Не может не вызывать беспокойства тот факт, что проводимая терапия хронического запора у большого количества детей дает кратковременный эффект, что приводит к рецидивированию заболевания, частому развитию осложнений, среди которых энкопрез занимает ведущее место [6, 7].

Совершенствование лечебных мероприятий, направленных на повышение их эффективности, снижение частоты рецидивирования и развитие осложнений, является необходимым условием улучшения качества жизни ребенка и его семьи.

За последние годы опубликовано большое число работ, посвященных лечению и профилактике хронического запора у детей с позиции режима поведения и питания, диеты, фармакотерапии, а также эффективности различных физических факторов воздействия на моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки и запирательную способность ее сфинктерного аппарата [8, 9].

Доказано, что лечебная тактика при хроническом запоре у детей должна учитывать ряд важнейших факторов, среди которых причины, вызывающие запор; патогенетические механизмы их формирования; функциональное состояние прямой кишки, включая ее сфинктерный аппарат; психосоматические и социальные условия жизни ребенка. Все перечисленное позволяет дифференцированно подходить к выбору комплекса лечебно-восстановительных мероприятий при этой патологии с целью повышения их эффективности и достижения стойкой ремиссии.

В связи с этим нами было проведено исследование, позволяющее оценить эффективность комплексного лечения хронического запора у детей с использованием, помимо базисного лечения, включающего диету, режим питания и поведения, слабительные, прокинетики и желчегонные препараты, таких методов воздействия на моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки, как рефлексотерапия и биологическая обратная связь (БОС).

Рефлексотерапия — это лечебно-профилактическая система, основанная на принципах рефлексологии, осуществляемая посредством различного воздействия на ткани организма, контролируемая и регулируемая центральной нервной системой. Рефлексотерапия оказывает действие прежде всего на те нейрогуморальные системы, функциональное состояние которых претерпевает наибольшие изменения в связи с имеющейся патологией или стрессовым состоянием и относительно мало влияет на незатронутые патологическим процессом системы [10, 11].

Не вызывает сомнения, что одной из причин возникновения запора является замедление транзита каловых масс по всей толстой кишке или по ее дистальному отделу. Причиной развития функционального запора могут быть вегетативные дисфункции. Кроме того, угнетение дефекационного рефлекса, наблюдающееся у стеснительных детей, также нередко способствует развитию запора. При функциональном запоре чаще наблюдаются гипермоторные нарушения толстой кишки; при этом на фоне усиленных антиперистальтических движений отмечаются спазмы отдельных участков толстой кишки, надолго задерживающих каловые массы в одном месте. Большую роль в развитии запора играет дисфункция мышц тазовой диафрагмы, приводящая к нарушению акта дефекации. Вегетативные дисфункции являются обязательным компонентом неврозов, эндокринных нарушений, многих заболеваний внутренних органов, в том числе болезней желудочно-кишечного тракта.

Рефлексотерапия вследствие своей патогенетической направленности является одним из базисных методов терапии вегетативных нарушений, а также нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, его секреторной функции [10, 11].

При лечении хронического запора используют широкий спектр различных методов рефлексотерапии: корпоральную и аурикулярную иглотерапию, поверхностную иглотерапию, электроиглотерапию, микроиглотерапию, точечный и баночный массаж, прижигание [12]. В зависимости от жалоб и состояния ребенка применяют определенный набор методик, различные акупунктурные точки с периодичностью сеансов каждый день или через 2—3 дня; курс лечения состоит из 10—15 процедур.

В нашем исследовании сеанс рефлексотерапии начинали с проведения поверхностной иглотерапии металлическим массажным валиком на спине по паравертебральным линиям, в шейно-воротниковой и поясничной зонах до выраженной гиперемии. Затем проводили классическую иглотерапию с помощью корпоральных игл, аурикулярную иглотерапию по тормозной или гармонизирующей методике. Использовали сегментарные и специфические точки. За один сеанс применяли обычно

7—9 корпоральных (симметричные точки на верхних и нижних конечностях, точки на животе или на спине, на голове) и 3—5 аурикулярных точек. Использовали тормозной способ воздействия на акупунктурные точки; обычно иглы устанавливали на 10—15 мин.

Затем проводили легкий баночный массаж по паравертебральным линиям в течение 2—3 мин, а также легкий массаж живота в течение 2—5 мин. Использовали методики поглаживания и разминания с использованием базового миндального масла с добавлением ароматических эфирных масел, способствующих нормализации функции желудочно-кишечного тракта (анис, базилик, бергамот, бэй, ветивер, грейпфрут, имбирь, иссоп, каяпут, корица, лаванда, лиметт, лимон).

В зависимости от жалоб и состояния пациента использовали различные акупунктурные точки: сегментарные точки грудной и поясничной областей, точки в области живота, точки специфического и общеукрепляющего действия. Использовали следующие специфические акупунктурные точки: точки, оказывающие преимущественно седативное (бай-хуэй VG20, шэнь-мэнь С7, шэнь-май V62, нэй-гуань MC6, сань-инь-цзяо RP6) и тонизирующее (ци-хай VC6, цзу-сан-ли E36, лао-гун MC8, юн-цюань R1) действие на центральную нервную систему, точки, оказывающие преимущественное действие на симпатический (фэн-чи VB20, жань-гу R2, вай-гуань TR5, нэй-гуань MC6) и парасимпатический (тянь-чжу V10, чжун-вань VC12, вай-гуань TR5, нэй-гуань MC6) отделы вегетативной нервной системы.

При лечении запора использовали следующие отдаленные специфические точки: эр-цзянь GI2, сань-цзянь GI3, ян-си GI5, шоу-сан-ли GI10, цюй-чи GI11, вай-гуань TR5, чжи-гоу TR6, нэй-гуань MC6, шэнь-мэнь С7, цзу-сан-ли E36, шан-цзюй-сюй E37, ся-цзюй-сюй E39, фэн-лун E40, нэй-тин E44, гунь-сунь RP4, сань-инь-цзяо RP6, ди-ци RP8, ин-лин-цюань RP9, ян-лин-цюань, фу-цзе RP14, VB34, син-цзянь F2, тай-чун F3, чэн-шань V57.

При метеоризме использовали следующие акупунктурные точки: шоу-сан-ли GI10, цюй-чи GI11, чэн-мань E20, тянь-шу E25, сянь-гу E43, пи-шу V20, вэй-цан V50, хуан-мэнь V51, инь-ду R19, тай-бай RP3, шан-цю RP5, лоу-гу RP7, жи-юе VB24, цзин-мэнь VB25, шэнь-цюе VC8, шуй-фэнь VC9, ся-вань VC10.

При лечении запора также широко использовали аурикулярные акупунктурные точки. В зависимости от симптомов заболевания применяли следующие аурикулярные точки: AP13 надпочечник, AP22 железы внутренней секреции, AP25 ствол мозга, AP28 гипофиз, AP34 кора головного мозга, AP35 висок, AP51 симпатическая нервная система, AP55 шэнь-мэнь, AP82 диафрагма, AP81 прямая кишка, AP85 пищевод, AP87 желудок, AP88 двенадцатиперстная кишка, AP89 тонкая кишка, AP91 толстая кишка, AP92 мочевого пузыря, AP95 почка, AP96 поджелудочная железа, AP97 печень, AP104 три части туловища, AP109 нижняя часть живота, AP117 запор.

БОС, основанная на дифференцированном и строго индивидуализированном принципе изолированного (исключая активность мышц-антагонистов) тренинга мышц тазового дна, позволяет устранить ишемию, повысить тонус анального сфинктера, нормализовать вегетативную регуляцию, повысить самоконтроль больного за актом дефекации [13]. БОС — это метод терапии, использующий скрытые резервы организма. Цель метода — развитие у ребенка методов саморегуляции. Метод позволяет естественным, безмедикаментозным способом оптимизировать нормальные физиологические функции организма и скорректировать нарушенные. Обязательным условием БОС-терапии является мотивация пациента на достижение результата. Таким образом, использование БОС превращает пациента из объекта врачебных вмеша-

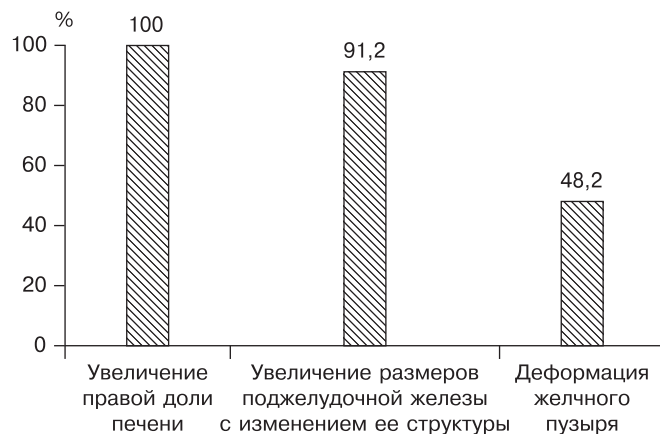


Рис. 1. Распределение детей по результатам ультразвукового исследования органов брюшной полости.

тельств в активного и заинтересованно участника лечебного процесса.

БОС-терапия, проводимая в Измайловской ДГКБ показала свою высокую эффективность при сочетанных дисфункциях органов малого таза. Курс лечения состоит из 10 сеансов, которые проводятся ежедневно или через день.

Оценку эффективности комплексного лечения осуществляли на основании динамики основных клинических проявлений заболевания у 79 детей (29 девочек и 50 мальчиков) с хроническим запором в возрасте от 7 до 14 лет, однако она не предусматривала строгого сравнительного анализа, так как подбор детей в каждую группу был дифференцированным.

У всех детей предварительно было проведено комплексное клиничко-лабораторно-инструментальное обследование, в результате которого были исключены грубые врожденные anomalies толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, мегадолихоколон, мегаректум). У 21 (26,4%) ребенка выявлена долихосигма как возрастной вариант развития толстой кишки, а у 25 (31,6%) — недостаточность анального сфинктера.

У детей с осложненным течением хронического запора в виде энкопреза были проведены исследование функционального состояния запирающего аппарата прямой кишки с оценкой показателей топической и произвольной биоэлектрической активности мышц наружного сфинктера, аноректальная манометрия и сфинктерометрия, которые позволяли у 29 (36,8%) детей подтвердить нарушения функции запирающего аппарата прямой кишки.

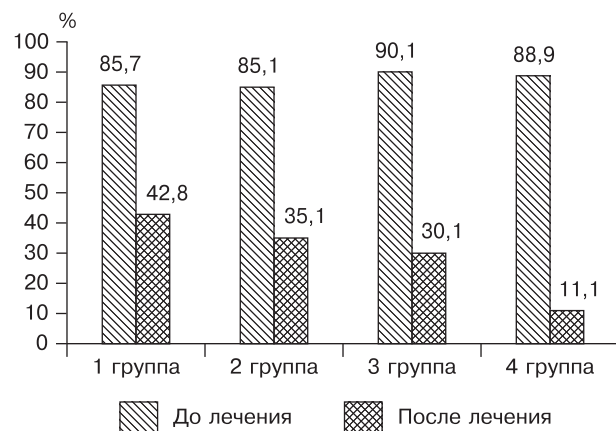


Рис. 2. Изменение показателей (в %) моторно-эвакуаторной функции кишечника в процессе лечения.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у 100% детей выявлено увеличение правой доли печени, у 38 (48,2%) — деформация желчного пузыря и у 72 (91,2%) — увеличение размера поджелудочной железы с изменением ее структуры (рис. 1).

Для решения вопроса о выборе тактики комплексного лечения и возможности применения БОС-терапии все дети были проконсультированы психологом.

С целью оценки эффективности дифференцированного подхода к лечению хронического запора у детей наблюдаемые больные были разделены на 4 группы. В 1-ю группу вошел 21 ребенок (7 девочек и 14 мальчиков), получающий только базисное лечение, 2-ю группу составили 20 детей (10 девочек и 10 мальчиков), у которых базисное лечение сочеталось с рефлексотерапией, в 3-ю и 4-ю группы были отобраны соответственно 20 детей (7 девочек и 13 мальчиков) и 18 детей (5 девочек и 13 мальчиков). При этом дети 3-й группы, помимо базисного лечения, получали курс БОС-терапии, а дети 4-й группы — курс БОС-терапии и рефлексотерапии. Длительность лечения в среднем составила $18,8 \pm 1,1$ дня.

В клинической картине заболевания у всех детей имела место задержка стула от 2 до 4 дней. Средний показатель в 1-й группе составил $2,8 \pm 0,5$ дня, во 2-й — $2,9 \pm 0,6$ дня, а в 3-й и 4-й — $3,1 \pm 0,9$ дня. Ощущение неполного опорожнения отмечалось у 18 (85,7%) детей 1-й группы, 17 (85,1%) детей 2-й группы, 18 (90,1%) детей 3-й группы и 16 (88,9%) детей 4-й группы. Жалобы на боль в животе и боль при дефекации с одинаковой частотой предъявляли дети всех групп — от 52,3 до 44,4% и от 47,6 до 44,4% соответственно, на метеоризм — от 45,1 до 44,4%.

Энкопрез диагностировали у 32 (40,5%) детей, из них у 8 (38,1%) детей 1-й группы, 7 (33,3%) детей 2-й группы, 8 (40%) детей 3-й группы и 9 (50%) детей 4-й группы. При этом функциональные исследования не подтвердили нарушения функции запирательного аппарата прямой кишки у 5 детей 1-й группы и 3 детей 2-й группы.

Анализ эффективности проводимого комплексного лечения (рис. 2) показал, что к моменту выписки из стационара нормализация моторно-эвакуаторной функции толстой кишки (ежедневный стул, исчезновение ощущения неполного опорожнения) определялась у 14 детей 1-й группы и 13 детей 2-й группы (65,2 и 72,2%), 15 (75%) детей 3-й группы и 16 (88,9%) детей 4-й группы.

Средние сроки исчезновения боли в животе по группам составили $5,1 \pm 1,1$, $3,0 \pm 0,9$, $3,1 \pm 0,4$ и $2,6 \pm 0,7$ дня соответственно, боли при дефекации — $4 \pm 0,9$, $3 \pm 0,5$, $2,8 \pm 0,7$ и $1,5 \pm 0,4$ дня соответственно, а метеоризма — $6 \pm 1,6$, $3 \pm 0,7$, $2,9 \pm 0,6$ и $2,2 \pm 0,4$ дня соответственно.

Таким образом, результаты, полученные при использовании различных вариантов комплексного лечения де-

тей с хроническим запором, позволили сделать заключение, что базисная терапия дает возможность достигнуть стойкого клинического эффекта у 65,2% детей. Включение в комплекс проводимых лечебных мероприятий рефлексотерапии и БОС-терапии существенно повышает эффективность лечения (72,2 и 75% соответственно), а сочетание рефлексотерапии и БОС-терапии — до 88,9%, способствуя при этом более быстрой положительной динамике со стороны таких клинических симптомов заболевания, как боль в животе, болезненная дефекация и метеоризм. Следовательно, комплексное лечение хронического запора дает возможность получить стойкий клинический эффект быстрее и у большего количества детей, поэтому при лечении запора необходимо использование базисной терапии в сочетании с рефлексотерапией и БОС-терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Хавкин А.Н., Жихарева Н.С., Ракова Н.С.* Хронический запор у детей. Лечащий врач. 2003; 5: 42-4.
2. *Rubin G., Dal A.* Chronic constipation in children. Br. Med. J. 2005; 331: 1051—5.
3. *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.
4. *Комарова Е.В.* Хронический запор у детей: медицинские и социальные аспекты: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2007.
5. *Бабаян М.М., Мурашкин В.Ю.* Современные подходы к диагностике и лечению хронического запора у детей. Детская гастроэнтерология. 2007; 1: 45—6.
6. *Леюшкин А.И., Комиссаров И.А.* Педиатрическая колопроктология: Руководство. СПб; 2008: 169—447.
7. *Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б.* Дисфункция тазовых органов у детей — актуальная проблема педиатрии. Педиатрия. 2010; 89 (2): 128—31.
8. *Хан М.А., Петрова А.В., Попов В.В., Утешева Е.Ю., Бурлякова Е.М., Тальковский Е.М.* Физические факторы в комплексном лечении хронических запоров у детей. Педиатрия. 2011; 90 (2) 96—8.
9. *Drost J., Haris L.* Diagnosis and management of chronic constipation. JAAPA. 2006; 19 (11): 24—9.
10. *Епифанцев А.В.* Основы рефлексотерапии у детей. М.; 2007.
11. *Хекер Ханс-Ульрих, Стивлинг Ангелика, Пекер Элмар Т., Кастнер Йорг.* Акупунктура: Практическое руководство: Пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ; 2009.
12. *Назаров Л.У., Саркисян К.А., Элоян Д.И.* Предпосылки к дифференцированному применению физиотерапии и рефлексотерапии в лечении функциональных заболеваний толстой кишки. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997; 2: 59—62.
13. *Шварц М.* Современные проблемы биоуправления. Биоуправление — 3: теория и практика. Новосибирск; 1998: 91—102.

Поступила 03.10.12