

Туков Алексей Александрович,
канд. мед. наук, "Реутов Клиника"
Tukov Alexey Alexandrovich,
"Reutov Clinic"

**АКУПРЕССУРА ПО МЕТОДУ МАСТЕРА ТОНГА
В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО
КИШЕЧНИКА С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЗАПОРА
ACUPRESSURE BY MASTER TONGA'S METHOD
IN THE TREATMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME
WITH PREVAILABILITY OF CONSTIPATION**

Аннотация: в статье представлен случай излечения акупрессурой синдрома раздражённого кишечника с преобладанием запора по методу Мастера Тонга.

Abstract: The article presents a case of treatment of irritable bowel syndrome with predominant constipation using acupressure according to the method of Master Tong.

Ключевые слова: акупрессура, метод Мастера Тонга, синдром раздражённого кишечника, запор.

Keywords: acupressure, Master Tong method, irritable bowel syndrome, constipation.

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – заболевание, высокая частота которого в практике гастроэнтеролога, врача общей практики и терапевта уступает лишь хроническому гастриту. При этом лечение пациентов с СРК требует весьма продолжительного времени. Эпидемиологические данные о СРК свидетельствуют, что от 10 до 13 % взрослого населения страдает от этого заболевания [1].

Непосредственно термин раздраженный кишечник появился в научной литературе в 1940-х гг., но в нашей стране его начали использовать лишь в последнее десятилетие. К функциональным заболеваниям кишечника относят такие виды патологии, как синдром раздраженного кишечника, метеоризм, функциональный запор, функциональную диарею и неспецифические функциональные заболевания кишечника. В настоящее время СРК определяется как распространенная биопсихосоциальная функциональная патология, диагностика которой основывается на клинической оценке совокупности симптомов (Римские критерии II, III) с исключением симптомов «тревоги» и органических заболеваний. Хотя число больных с СРК варьирует в разных странах, тем не менее, это заболевание относится к наиболее распространенным и является третьим по частоте в структуре гастроэнтерологической патологии. В развитых странах СРК регистрируется у 5–10%, а по некоторым данным, даже у 20% взрослого населения [2].

В 2017 году рабочая группа Римского фонда рассмотрела соответствующие работы и показала, что распространенность СРК варьировалась от 1,1% (Франция и Иран) до 35,5% (Мексика), а распространенность в Азии также неравномерна [3].

СРК классифицируется в зависимости от консистенции стула на СРК с запором (СРК-з), СРК с диарей (СРК-д), СРК с чередованием запоров и диареи (СРК-См) и недифференцированный тип СРК (СРК-И). В зависимости от тяжести течения выделяют СРК легкой, умеренно-тяжелой и тяжелой степени, что определяет тактику ведения пациента и объём медицинских мероприятий. Распространенность СРК варьирует от 3% до 28% в различных странах, смешанный тип СРК считается более распространенным, чем СРК с



запорами и СРК с диареей. СРК чаще страдают женщины по сравнению с мужчинами. Больные с СРК часто госпитализируются, в два раза чаще подвергаются аппендэктомии или холецистэктомии, чем пациенты без СРК [4].

Известно, что СРК страдает не менее 15% лиц трудоспособного возраста. В то же время известно, что истинные масштабы проблемы намного больше, потому что лишь 25-50% больных СРК обращаются за медицинской помощью. Ключевыми компонентами патофизиологии формирования СРК считаются изменения, определяющие расстройство взаимодействия связей по оси «мозг-кишечник», висцеральную гиперчувствительность, нарушения функционирования энтеральной нервной системы, изменение состава кишечной микробиоты и повышенную кишечную проницаемость, а к факторам, провоцирующим рецидив заболевания, относят стрессы и особые пищевые привычки [5, 6].

Медико-социальное значение этого заболевания определяется не только высокой распространенностью, но и тем, что у больных СРК часто отмечается значительное снижение качества жизни, физической и профессиональной активности, нередко приводящее к выраженной социальной дезадаптации. В Римских критериях 2016 г. сформулировано основное положение патогенеза СРК, который является следствием стрессового воздействия с нарушениями связей по оси «головной мозг – кишечник», в том числе на уровне иммунной регуляции. Наличие СРК не сопровождается повышением риска развития колоректального рака или воспалительных заболеваний кишечника, а также увеличением смертности [7].

СРК не повышает риск смерти и инвалидизации, однако ведет к значительному снижению качества жизни. Помимо абдоминальной боли и нарушений стула больные СРК могут страдать от императивных позывов к дефекации, чувства неполного опорожнения кишечника, вздутия живота, диспареунии, ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря, фибромиалгии, мигрени. Столь широкая вариабельность и выраженность клинических проявлений СРК может являться причиной частых посещений врачей и необоснованных обследований, что ещё больше снижает качество жизни и производительность труда человека, ведет к существенным материальным затратам как самого больного, так и государства [8].

Китайские ученые провели анализ качества лечения 519 пациентов, в том числе 137 пациентов с синдромом раздраженного кишечника по типу запора (СРК-С) (92 случая в группе акупунктуры и 45 случаев в группе полиэтиленгликоля (ПЭГ)) и 382 пациента с синдромом раздраженного кишечника по типу диареи (СРК-Д) (252 случая в группе акупунктуры и 130 случаев в группе пинаверия). Пациенты в группе акупунктуры проходили иглоукалывание в точках Бай хуэй (GV 20), Инь тан (GV 29), Тянь шу (ST 25), Шан цзюй юй (ST 37), Цзу сань ли (ST 36), Сань инь цзяо (SP 6) и Тай чонг (LR 3) один раз через день, 3 раза в неделю. Пациенты в группе ПЭГ получали порошок полиэтиленгликоля 4000 перорально, а группа пинаверия получала таблетки пинаверия бромидом перорально. Всех лечили в течение 6 недель. Оценка тяжести симптомов СРК (СРК-ССС) проводилась на исходном уровне, в период лечения (2, 4, 6 недель лечения) и через 12 недель наблюдения.

Результаты исследования показали, что общие баллы СРК-ССС двух групп пациентов с СРК-С на 2, 4, 6 неделях лечения и последующем наблюдении в течение 12 недель были ниже, чем в исходном периоде ($p < 0,01$). Общие баллы СРК-ССС в группе акупунктуры СРК-С были ниже, чем в группе ПЭГ на 12 неделе наблюдения ($p < 0,05$). Общие баллы СРК-ССС двух групп пациентов с СРК-Д на 2, 4, 6 неделях лечения и последующем наблюдении в течение 12 недель были ниже, чем в исходном периоде ($p < 0,01$). Общие баллы IBS-SSS в группе акупунктуры СРК-Д были ниже, чем в группе пинавериума на 2, 4, 6 неделях лечения и последующем наблюдении в течение 12 недель ($p < 0,05$). Общие баллы опросника «Качество жизни при синдроме раздражённого кишечника» (IBS-QOL) на 6 неделе лечения и



12 неделе наблюдения были выше, чем в исходный период в обеих группах пациентов с СРК-З ($p < 0,01$). Общие баллы IBS-QOL на 6 неделе лечения и 12 неделе наблюдения были выше, чем в исходный период в обеих группах у пациентов с СРК-Д ($p < 0,01$). Общий балл IBS-QOL в группе акупунктуры с СРК-Д был выше, чем в группе пинавериума на 18 неделе наблюдения ($p < 0,05$).

Авторы пришли к заключению, что иглоукалывание с использованием Тяо шэнь Цзянь пи может улучшить клинические симптомы пациентов с СРК-З и СРК-Д, что может регулировать различные функциональные состояния (запор и диарея) синдрома раздраженного кишечника, что отражает двунаправленную регуляцию иглоукалывания [9].

В настоящее время существует несколько классов терапевтических средств, которые, как было показано в ходе строгих клинических испытаний, улучшают симптомы со стороны брюшной полости и кишечника, связанные с синдромом раздраженного кишечника с запором. К ним относятся секретогоги (любипростон, линаклотид, плеканатид, тенапенор) и прокинетический агент тегасерод. При использовании фармацевтических препаратов рекомендуется индивидуальный подход к пациенту, основанный на эффективности, безопасности, переносимости, доступности и финансовой доступности [10].

Исследование причин и механизмов возникновения симптомов функциональных заболеваний кишечника, изучение методов диагностики и поиск наиболее эффективных алгоритмов ведения пациентов с СРК сохраняли высокую актуальность с момента формирования медицинской науки.

В данной работе описывается случай использования акупрессуры по методу Мастера Тонга в лечении СРК с преобладанием запора у больного «Т», 84 года. СРК впервые зарегистрирован в 2011 г. Пациент периодически проходит амбулаторное лечение. При осмотре в начале 2025 г. у больного жалобы на небольшую, редкую боль в животе, чаще она бывает слева, вздутие, растяжение живота, измененная дефекация с преобладанием запора, чередующего редко с диареей. Неприятные ощущения обычно усиливаются после еды. Пациент вынужден сильно напрягаться (тужиться), чтобы опорожнить прямую кишку. Есть ощущение, что не получается освободить кишечник полностью. Кал пробкообразный: в начале дефекации выходят плотные, оформленные массы, а затем выделяется кашицеобразный или даже водянистый стул.

У пациента "страх иглы", решено провести акупрессуру по методу Мастера Тонга. Для акупрессуры были выбраны точки: 33.04. Нюо чуан / Ниа Кван на внешней стороне предплечья, 3 цуня проксимальнее запястья, в промежутке между радиальной и локтевой костей; 33.14 Di Shi / Ji Sa расположенная на внутренней стороне предплечья, 7 цуней проксимальнее запястья. Для усиления действия акупрессуры на точки наносился бальзам "Золотая звезда", оказывающий местнораздражающее действие. Сеансы акупрессуры проводились утром и вечером массажёром по 2 минуты с постепенным усилением давления. Курс лечения составил 3 дня. В результате лечения стул нормализовался, в течение наблюдения (три месяца) пациент не пользовался слабительными средствами.

Пациенту даны рекомендации по питанию:

- вести дневник питания, чтобы отмечать употребляемые продукты;
- приёмы пищи должны быть регулярными и в специально отведённое для этого время.

Нежелательно есть в спешке или во время работы;

- не следует пропускать приёмы пищи;
- желательно избегать длительных перерывов между едой;
- приём воды не менее 2 литров в день. Она способствует улучшению состояния при запорах, так как при достаточном количестве воды каловые массы становятся более мягкими [11].

Рекомендуется использование акупрессуры точки 33.04 и 33.14 по методу Мастера Тонга в лечении СРК с преобладанием запора у лиц со "страхом иглы".



Список литературы:

1. Барановский А.Ю., Решетова Т.В., Сакеян И.С. Синдром раздраженной кишки: в чем причины неудовлетворенности лечения больных и врачей? (По опыту лечебных учреждений Северо-Западного федерального округа России). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2023;33 (6):36–43. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2023-33-6-36-43>.
2. Васильев Ю.В. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики и терапии. *Медицинский совет*. 2014;4:72-7. DOI:10.21518/2079-701X-2014-4-72-77] [Черногорова М. В., Медведева Е. А., Юренев Г. Л. СРК с запором: новые возможности лекарственной терапии. *Лечащий Врач*. 2024; 3 (27): 76-83. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.3.013>.
3. Huang KY, Wang FY, Lv M, Ma XX, Tang XD, Lv L. Синдром раздраженного кишечника: эпидемиология, перекрестные расстройства, патофизиология и лечение. *World J Gastroenterol* 2023; 29 (26): 4120-4135. DOI: 10.3748/wjg.v29.i26.4120.
4. Крутихина С. Б., Горелов А. В. Современные возможности терапии синдрома раздраженного кишечника, мировой опыт: обзор литературы. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология* 2018;150 (2): 137–140.
5. Зенченко К.Г., Федорин М.М., Андреев К.А., Горбенко А.В., Шадевский В.М. Эволюция научных познаний о синдроме раздраженного кишечника. *Научный вестник Омского государственного медицинского университета*. Том 4. Выпуск 2 (14). 2024 г. С. 55-70.
6. Ивашкин В.Т., Зольникова О.Ю. Синдром раздраженного кишечника с позиций изменений микробиоты. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019;29 (1):84–92. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2019-29-1-84-92>.
7. Трухан Д.И., Голошубина В.В. Синдром раздраженного кишечника: актуальные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и лечения. *Consilium Medicum*. 2022;24 (5):297–305. DOI: 10.26442/20751753.2022.5.201861.
8. Суханова С.А., Тимакова А.Ю., Ливзан М.А., Федорин М.М., Скирденко Ю.П., Гаус О.В., Андреев К.А., Горбенко А.В., Плиндер М.И. Приверженность лечению пациентов с синдромом раздраженного кишечника: состояние вопроса. *Профилактическая медицина*. 2021;24 (8):101–108. <https://doi.org/10.17116/profmed202124081101>.
9. Guo J, Sun JH, Chen L, Geng H, Yang GH, Shen RR, Ding M, Lu J, Liu L, Fang XD, Pei LX. Bidirectional regulation of acupuncture: a subgroup analysis of multicenter randomized controlled trial of acupuncture with Tiaoshen Jianpi for irritable bowel syndrome]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 2021 Aug 12;41 (8):845-50. Chinese. doi: 10.13703/j.0255-2930.20201111-k0001.
10. Liu JJ, Brenner DM. Focus on Pharmacotherapy for Irritable Bowel Syndrome with Constipation. *Gastroenterol Clin. North Am.* 2021 Sep;50 (3):639-653. doi: 10.1016/j.gtc.2021.04.004.
11. Кабанова А. Синдром раздражённого кишечника (СРК). <https://gemotest.ru/info/spravochnik/zabolevaniya/sindrom-razdrazhyennogo-kishechnika-srk/>.

