

УДК 617.576-002.3-085.814.1

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИСТИ

© 2013 г. П. Е. Крайнюков, В. К. Швецов

1602 Окружной военный клинический госпиталь ЮВО,
г. Ростов-на-Дону

Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей заболевания пальцев кисти занимают первое место, составляя до 15 % от всех случаев с первичным обращением к хирургу [3, 8, 10]. Панариции — группа заболеваний с неспецифическим острым воспалением различных анатомических структур пальца. Необходимо отметить, что на результаты лечения и исход заболевания влияют сроки обращения больного, правильно выполненное оперативное вмешательство, индивидуальный подход к каждому пациенту и проведение комплексного послеоперационного лечения, направленного на организм в целом [2, 11].

Все шире в медицине для лечения различных заболеваний используется иглорефлексотерапия. В ее основе лежит философия целостного подхода к человеку, который является частью природы [10]. Все процессы, происходящие в организме человека и природе, взаимосвязаны между собой и влияют друг на друга, о чем свидетельствует ухудшение самочувствия больных и обострение у них хронических заболеваний при магнитных бурях, повышенной солнечной активности и т. д. [5, 7, 9]

Наши наблюдения говорят о целесообразности включения игло-акупунктуры как ценного метода в комплексное лечение больных с гнойными заболеваниями пальцев кисти.

Еще в древности на акупунктурные точки с лечебной целью воздействовали с помощью игл. Особенность иглорефлексотерапии состоит в том, что при этом воздействие происходит на относительно малую зону раздражения, возникает специфический характер афферентации, появляется возможность вызывать отдаленные рефлекторные реакции [3, 10]. Иглорефлексотерапия оказывает стимулирующее, регулирующее и нормализующее влияние на реактивность организма, повышает его защитные силы, активизируя функцию системы макрофагов, миелоидной и гипоталамо-надпочечниковой систем; способствует уравниванию и подвижности основных нервных процессов, устранению вегетативных, вегетативно-сосудистых и вегетативно-висцеральных нарушений, нормализует фибринолитическую активность крови и иммунологические показатели [1, 4]. Установлено действие иглорефлексотерапии на различные звенья сосудистой системы, проницаемость сосудистой стенки, электролитный обмен, гомеостаз. Доказано анальгезирующее, десенсибилизирующее влияние иглоукалывания [6, 7].

В классической иглорефлексотерапии энергия «Чи», являясь энергией жизни, протекает в теле по меридианам в определенном направлении. Существует два ее вида: положительная (Ян) и отрицательная (Инь). Обе энергии необходимы для здоровья, и между ними должен быть баланс [10].

У 138 больных с гнойными заболеваниями пальцев проводилось тестирование с помощью прикладной кинезиологии для выявления дисбаланса в системе меридианов. Показана эффективность иглорефлексотерапии в комплексном лечении панарициев.

Ключевые слова: кисть, панариций, кинезиология, иглоакупунктура, реабилитация

В доступной литературе нет сведений о дифференцированном лечении гнойных заболеваний пальцев кисти с помощью иглоукалывания. Доктор хиропрактики G. Goodheart из Детройта создал оригинальную методику, по которой возможно установить обратную связь с организмом человека и определить меридианы с избытком и недостатком энергии «Чи» в нем [12].

Цель исследования — выбор актуальных акупунктурных точек для улучшения результатов лечения гнойных заболеваний пальцев кисти.

Методы

Группу наблюдения составили 138 больных с различными формами панарициев, которым проводилось общепринятое лечение. Используемая схема лечения включала в себя оперативное вмешательство по показаниям с санацией гнойного очага и дренированием раны; антимикробную терапию с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам; общее медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. В исследуемой группе пациентов с кожным панарицием было 23, подногтевым — 32, околоногтевым — 12, подкожным — 64, сухожильным — 2 и костным — 5. Поражение правой кисти выявлено у 90 пациентов, левой — у 48.

Всем больным было проведено мануальное мышечное тестирование, принятое в прикладной кинезиологии. Рассматривалась локализация сигнальных точек энергетических каналов с избытком или недостатком энергии «Чи». Исследования определяли стратегию рефлексотерапии в каждом случае.

Перед началом лечения и каждым последующим сеансом проводилось тестирование с определением

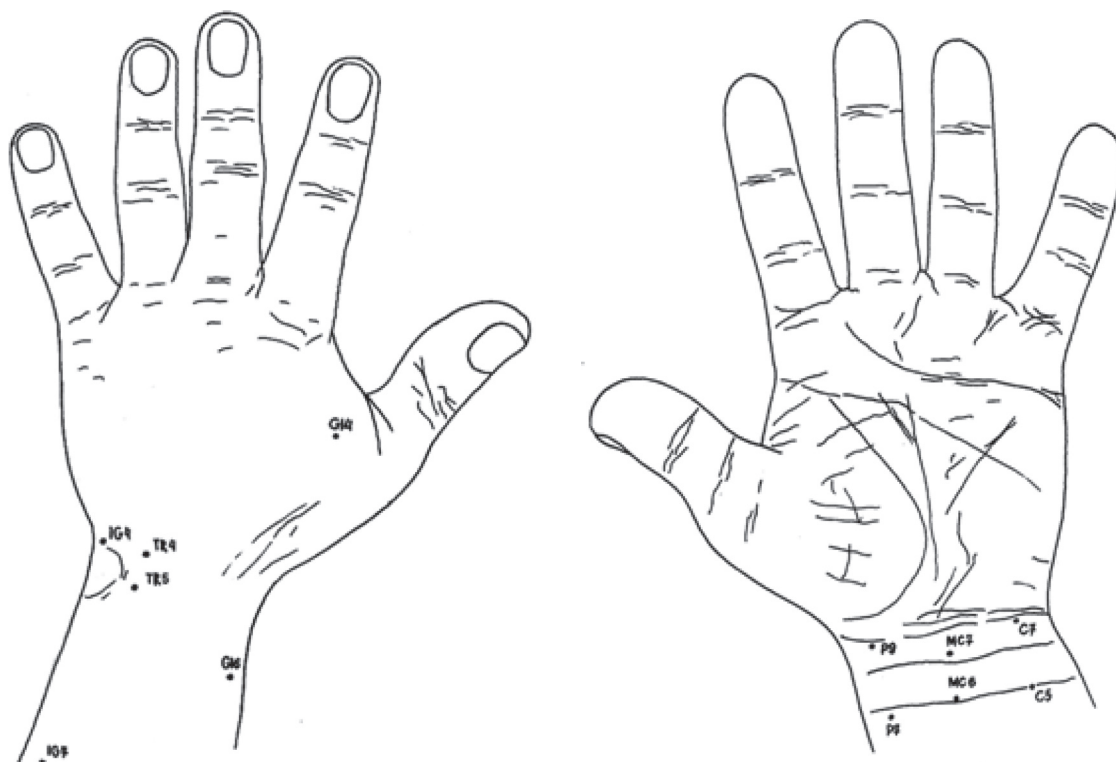
акупунктурных точек. Составляли «акупунктурный рецепт» на каждый новый сеанс для энергетической коррекции в системе меридианов. Продолжительность сеансов — от 20 до 25 минут по седирующему (ослабляющему) варианту.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием программы SPSS for Windows, версия 18. Нормальность распределения показателей оценивали с помощью критериев Колмогорова — Смирнова и Shapiro-Wilk. Поскольку данные критерии не выявили статистически значимых различий с нормальным распределением, изучаемые показатели представлены в виде средней арифметической и стандартной ошибки. В качестве метода оценки статистической значимости различия величин использован критерий Стьюдента для независимых совокупностей.

Результаты

Было установлено, что пораженный гнойным воспалением палец кисти всегда притягивает к очагу воспаления избыточное количество энергии. Оказалось, что нарушения происходят в паре смежных Ян — Инь-меридианах: P-GI, TR-MC, C-IG.

При поражении I пальца кисти избыток энергии всегда соответствует меридиану легкого (P), а недостаток определяется в меридиане толстого кишечника (GI). Если гнойным процессом поражен V палец кисти, то избыток энергии может тестироваться либо в меридиане сердца (C), либо в меридиане тонкой кишки (IG). При лечении мы использовали меридиан с избытком энергии и точку-пособник (источник) спаренного меридиана.



Проекция акупунктурных точек, использованных в иглорефлексотерапии гнойных заболеваний кисти (схема)

Нами было установлено, что проводить коррекцию в системе меридианов при гнойном заболевании I пальца кисти необходимо в точке Р-7 (ЛО-пункт) и GI-4 (точка-источник); II пальца — GI-6 и Р-9; III пальца — MC-6 и TR-4; IV пальца — TR-5 и MC-7; V пальца — C-5 и IG-4, IG-7 и C-7. Как правило, вовлеченные в патологический процесс меридианы у разных больных для каждого пораженного пальца повторялись (рисунок).

Для всех больных рефлексотерапия оказалась эффективной, причем большинству понадобилось 3–4 процедуры. После первого сеанса уменьшались боли в пораженном пальце, в связи с чем не требовалось дополнительного обезболивания в послеоперационном периоде даже при первой, самой болезненной перевязке. Значительно улучшалось общее самочувствие пациентов. Объективно в ходе лечения наблюдалось укорочение гнойно-некротической фазы раневого процесса, раннее купирование перифокального воспаления. Рана быстрее «очищалась», что способствовало гладкому течению раневого процесса и сокращению сроков пребывания больного в стационаре в среднем на 2,1 суток.

Учитывая неоднородный состав анализируемого пула пациентов и различия в степени тяжести и распространенности патологического процесса, следует привести данные о средней продолжительности стационарного лечения и количестве повторных операций с учетом нозологии (табл. 1).

Таблица 1

Количество операций у больных с панарициями и сроки их послеоперационного пребывания в стационаре

Панариций	Первичная операция	Повторная некрэктомия и дренирование	Средний койко-день
Кожный	23	4 (у 3 пациентов)	6,7
Подногтевой	32	2	8,3
Околоногтевой	12	0	8,5
Подкожный	64	7 (у 6 пациентов)	12,4
Костный	5	1	16,7
Сухожильный	2	1	16,3
Итого	138	15 (у 13 пациентов)	10,40±3,37

Выявлены значительные различия в продолжительности лечения (от 6,7 до 16,3 суток, или более, чем в 2,3 раза) и частоте осложнений в зависимости от нозологии. Исходная тяжесть патологии во многом определяла прогноз и риски. Это еще раз подтвердило ценность индивидуального подхода в выборе методов послеоперационной реабилитации с учетом важнейших, определяющих итоги лечения факторов. Необходимость коррекции наблюдаемых исходов была очевидной, а применение методов иглорефлексотерапии в комплексе восстановительного лечения позволило стабилизировать результаты. В табл. 2 подытожены важнейшие фармакоэкономические показатели, характеризующие объемы и сроки лечения.

Таблица 2

Основные фармакоэкономические характеристики и их связь с длительностью лечения

Тип панариция (удельный вес)	Средняя продолжительность, сутки				
	Антибиотикотерапия	Парентеральная анальгезия	Перевязки, количество	Стационарное лечение	Амбулаторное наблюдение
Кожный (16,7 %)	5,1	3,9	8,4/10,6	6,7	10,1
Ногтевой (23,2 %)	5,4	3,5	7,5/11,5	8,3	10,0
Околоногтевой (8,7 %)	7,7	2,8	7,2/9,9	8,5	10,5
Подкожный (46,4 %)	7,5	4,2	11,1/14,2	12,4	13,7
Костный (3,6 %)	11,3	7,4	14,2/23,3	16,7	27,0
Сухожильный (1,4 %)	10,8	8,6	16,2/25,0	16,3	24,5
Итого	6,82 ± 1,85	4,05 ± 1,17	9,70 ± 3,18/ 13,09 ± 3,85	10,40 ± 3,37	13,70 ± 4,75

Примечание. Для отдельных нозологических единиц подсчет средних статистических величин не производили вследствие их недостоверности из-за малых выборок.

Анализ приведенных в табл. 2 данных показал, что применение традиционных методов лечения гнойных заболеваний пальцев кисти позволяет получить результаты на стандартном уровне. В целом итоги близки к публикуемым в литературе: имеется стойкий положительный эффект лечения в большинстве наблюдений. Тем не менее представляется очевидной возможность коррекции результатов за счет внедрения методик иглоакупунктуры и обоснованного их применения. Использование описанной методики позволило сократить сроки стационарного (средний койко-день — 10,4 суток) и амбулаторного (в среднем 12-дневный мониторинг, при вариативности по нозологиям — от 10 суток до месяца) лечения, а главное — снизить число осложнений, угрожающих как утратой пальца, так и стойким снижением его функции.

Таким образом, хорошие клинические и функциональные результаты получены в 76,8 % исходов (106 пациентов), у 18,1 % больных результаты сочтены удовлетворительными (25 наблюдений), у 5,1 % — неудовлетворительными (7 наблюдений). Среди 7 неудовлетворительных исходов — ампутация дистальной фаланги II пальца в одном наблюдении, ампутация III пальца при развитии костного панариция, осложненном течении и формировании пандактилита; рубцовая контрактура и стойкая дисфункция II пальца (после операции по поводу подкожного панариция), еще в 4 наблюдениях имели место длительные (более 3 недель) сроки заживления после повторных операций, ситуации, потребовавшие полного (или частичного) восстановления функции пальца в сроки более 2 месяцев.

Обсуждение результатов

Полученные результаты подчеркивают возможность и даже необходимость индивидуального обоснования лечебной тактики у больных с гнойными заболеваниями пальцев кисти, а также внедрения предложенных методик иглоакупунктуры. Принципы комплексной оценки и методы статистики, примененные в клинике, позволили провести сравнительную оценку эффективности методов восстановительного лечения, выявить их преимущества и показания к применению. Возникший в меридиальной системе при нагноительной патологии кисти дисбаланс проявлялся или слишком большим, или слишком малым количеством энергии «Чи» в одном меридиане или более. Причинами его появления в регулируемой части меридиальной системы можно считать: нарушения питания, травмы, воздействия различных факторов окружающей среды, сезонных колебаний, эмоциональных перегрузок и нарушений. Стимуляцией акупунктурных точек при помощи игл возможна коррекция рефлекторных и нейрорецепторных взаимоотношений.

Таким образом, использование предложенного метода позволяет существенно повысить эффективность проводимого комплексного лечения больных с гнойными заболеваниями кисти и улучшить результаты лечения данной патологии.

Список литературы

1. Гаваа Лувсан. Традиционное и современные аспекты восточной рефлексотерапии. М.: Наука, 1992. С. 575.
2. Горбашко А. И., Самофалов А. Н., Ракманов Р. К. Комплексный метод лечения гнойных заболеваний кисти // Вестник хирургии. 1991. № 1. С. 96–97.
3. Киргизов Ю. А., Киргизов В. Ю. Практическое руководство иглокалывания и прижигание. Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1995. С. 432.
4. Коган О. Г. Клинико-энергетическая характеристика канальной системы. Новосибирск: ВО «Наука», Сибирская издательская фирма, 1993. 216 с.
5. Латогуз С. И. Практическое руководство по рефлексотерапии и иглокалыванию. М.: Феникс, 2003. С. 12–121.
6. Мачерет Е. Л., Самосюк И. З. Руководство по рефлексотерапии. Киев: Высшая школа, 1982. 304 с.
7. Малостов В. Д. Иглотерапия. Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. С. 480.
8. Савин А. М., Ахмедзянов Р. Б. Гнойные заболевания кисти. Самара, 1991. С. 4–25.
9. Табеева Д. М. Руководство по иглорефлексотерапии. М.: Медицина, 1980. 560 с.
10. Линь Чен, Штереншиш М. Клиническая акупунктура. М.: Феникс, Исадрон, 2004. 272 с.
11. Шевченко Ю. Л., Буравцов В. И., Лыткин М. И., Стойко Ю. М. и др. Частная хирургия. СПб.: Специальная литература, 1998. Т. 1. С. 36–55.
12. Goodheart G. Applied Kinesiology, Workshop Procedure manual. Detroit, privately published, 1978, P. 280.

References

1. Gavaa Luvsan. *Tradicionnoe i sovremennye aspekty vostochnoj refleksoterapii* [Traditional and modern aspects of Oriental acupuncture]. Moscow, 1992, p. 575. [in Russian]
2. Gorbashko A. I., Samofalov A. N., Rakmanov R. K. *Vestnik hirurgii* [Bulletin of Surgery]. 1991, no. 1, pp. 96–97. [in Russian]
3. Kirgizov Ju. A., Kirgizov V. Ju. *Prakticheskoe rukovodstvo igloukalyvaniya i prizhiganie* [Practical Manual of Acupuncture and Moxibustion]. Irkutsk, 1995, p. 432. [in Russian]
4. Kogan O. G. *Kliniko-jenergeticheskaja harakteristika kanal'noj sistemy* [Clinical-energetic characteristics of the channel system]. Novosibirsk, 1993, 216 p. [in Russian]
5. Latoguz S. I. *Prakticheskoe rukovodstvo po refleksoterapii i igloukalyvaniyu* [Practical Guide to Reflexology and Acupuncture]. Moscow, 2003, pp. 12–121. [in Russian]
6. Macheret E. L., Samosjuk I. Z. *Rukovodstvo po refleksoterapii* [Manual in Reflexotherapy]. Kiev, 1982, 304 p. [in Russian]
7. Malostov V. D. *Igloterapija* [Acupuncture]. Rostov-on-Don, 2000, p. 480. [in Russian]
8. Savin A. M., Ahmedzjanov R. B. *Gnojnye zabolevaniya kisti* [Purulent diseases of the hand]. Samara, 1991, pp. 4–25. [in Russian]
9. Tabeeva D. M. *Rukovodstvo po iglorefleksoterapii* [Guide to Acupuncture]. Moscow, 1980, 560 p. [in Russian]
10. Lin' Chen, Shterenshis M. *Klinicheskaja akupunktura* [Clinical Acupuncture]. Moscow, 2004, 272 p. [in Russian]
11. Shevchenko Ju. L., Buravcov V. I., Lytkin M. I., Stojko Ju. M. i dr. *Chastnaja hirurgija* [Private Surgery]. Saint Petersburg, 1998, vol. 1, pp. 36–55.
12. Goodheart, G., *Applied Kinesiology, Workshop Procedure manual*. Detroit, privately published, 1978, p. 280.

THE EXPERIENCE OF ACUPUNCTURE USE IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH SUPPURATIVE DISEASES OF THE HAND

P. E. Krainyukov, V. K. Shvetsov

District Military Clinical Hospital of Southern Military Okrug, Rostov-on-Don, Russia

138 patients with suppurative diseases of fingers were tested through applied kinesiology for imbalance in the meridian system. Acupuncture has been proved to be effective in complex treatment of paronychia.

Keywords: hand, paronychia, kinesiology, acupuncture, rehabilitation

Контактная информация:

Крайнюков Павел Евгеньевич — кандидат медицинских наук, начальник 1602 окружного военного клинического госпиталя Южного военного округа Российской Федерации
Адрес: 344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, д. 10
Тел. 8 (988) 890-90-61
E-mail: krainukov68@mail.ru