

ПРИМЕНЕНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ХИРУРГИИ

М.Г.Лычагина, Н.М.Епишин, Ю.А.Ловчев

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Акупунктура и электроakupунктура эффективны в послеоперационном периоде при лечении болевого синдрома, послеоперационного пареза кишечника и других функциональных осложнений.

Исследования по рефлекторному обезболиванию в хирургии в нашей стране были начаты в 1974 году. Развитие метода акупунктурной аналгезии и внедрение его в практику хирургических клиник связано с именем Б.В.Петровского. Возможность применения иглоукалывания в предоперационном и в послеоперационном периоде, во время операции показана в работах [3, 4, 5, 6] и др. Необходимость применения акупунктуры в хирургии связана с несовершенством медикаментозной терапии и с поиском новых эффективных способов воздействия на хирургического больного.

Борьба с болевым синдромом в послеоперационном периоде является важной проблемой и обуславливает необходимость поиска адекватной терапии, обеспечивающей индивидуальный подход к больному, физиологичность и безвредность лечебного воздействия.

В хирургических клиниках современные методы наркоза, как правило, включают применение наркотических средств, которые сами по себе играют определенную роль в возникновении послеоперационных расстройств функционального генеза. Лечение послеоперационного болевого синдрома в первые-вторые сутки после операции также в подавляющем большинстве клиник ведется с применением наркотических анальгетиков; реже пользуются ненаркотическими анальгетиками.

Наркотические анальгетики обладают сильной анальгезирующей активностью, особенно при травматических болях и оперативных вмешательствах. Однако они вызывают угнетение дыхания, ослабляют кашлевой рефлекс, вызывают тошноту и рвоту. Влияние на центральную нервную систему выражается в развитии эйфории и связанного с этим болезненного пристрастия. Ненаркотические анальгетики не вызывают ни эйфории, ни пристрастия и эффективны как жаропонижающие и противовоспалительные препараты, не угнетают дыхательный и кашлевой центры, но практически не эффективны при болевых синдромах, связанных с травмой или полостным оперативным вмешательством. (М.Д.Машковский, 1977).

Мы применяли акупунктуру в раннем послеоперационном периоде для обезболивания у 90 больных после операций на органах брюшной полости. Больные разделены на три группы: 30 больных после холецистэктомии, 30 больных после грыжесечения, 30 больных после аппендэктомии. Контрольную группу составили 90 больных, распределенных аналогично основной группе, после холецистэктомии, грыжесечения, аппендэктомии, обезболивание которым осуществлялось наркотическими и ненаркотическими анальгетиками.

При составлении рецепта для послеоперационной иглоанальгезии наиболее

часто применялись следующие точки акупунктуры:

- после холецистэктомии: G1-4, RP-6, E-25, E-36, VC-4, VC-12, MC-6, TR-5, F-2, F-3, VB-26, VB-34, AP: 28, 13, 51, 55, 82;
- после грыжесечения: E-36, E-25, RP-6, VB-27, VB-28, G1-4, VC-4, AP: 28, 55, 82.
- после аппендэктомии: E-25, E-36, RP-6, RP-4, G1-4, VB-27, VB-28, VC-4, VC-12, MC-6, AP: 28, 55, 82.

В основе методики составления рецепта иглоукалывания использован принцип индивидуального подхода к больному, сочетание корпоральной и аурикулярной акупунктуры с микроиглотерапией.

При анализе результатов клинических исследований у больных после холецистэктомии в группе иглоанальгезии отмечалась тенденция к снижению систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания в большей степени, чем при обезболивании промедолом.

При анализе данных клинических исследований у больных после грыжесечения отмечается тенденция к снижению артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания в группе иглоанальгезии. При обезболивании анальгином в сочетании с димедролом эти показатели практически не меняются.

После аппендэктомии отмечается выраженная тенденция к снижению показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений и частоты дыхания при обезболивании акупунктурой. При обезболивании анальгином в сочетании с димедролом эти показатели не меняются.

Результаты сенсометрии у больных после холецистэктомии свидетельствует о том, что промедол обладает более выраженным анальгетическим действием по сравнению с акупунктурой, т.к. он вызывает более существенное повыше-

ние порога боли. Однако порог выносливости боли повышается более значительно при иглоанальгезии.

Показатели сенсометрии у больных после герниотомии отражают повышение порога боли как при иглоанальгезии, так и при введении анальгина с димедролом. Однако порог выносливости боли повышается более существенно при обезболивании акупунктурой.

У больных после аппендэктомии, как при иглоанальгезии, так и при обезболивании анальгином с димедролом, повышается порог боли, что свидетельствует о достаточном обезболивающем эффекте в основной и контрольной группах. Порог выносливости боли повышается значительно при обезболивании акупунктурой, что приводит и к выраженному увеличению интервала выносливости боли в основной группе.

Таким образом, анализируя полученные данные общеклинических исследований и результаты сенсометрии, можно рассматривать тенденцию артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания к нормализации при иглоанальгезии как следствие достаточного обезболивающего эффекта акупунктуры. При иглоанальгезии меняется отношение к боли, возрастает переносимость боли, что можно характеризовать как эффект нейровегетативной стабилизации.

Применяя метод количественной оценки эффективности послеоперационного обезбоживания [2], после математической обработки таблиц поверхностного распределения боли, по соответствующим формулам был рассчитан интегральный показатель боли и остаточный коэффициент боли для каждой группы больных при иглоанальгезии.

Интегральный показатель боли значительно снижается в каждой группе больных после иглоанальгезии. Средний остаточный коэффициент боли для каждой группы больных

сопоставлен с клинической оценкой обезболивания по четырехступенной шкале эффективности. Остаточный коэффициент боли имеет наименьшую величину в группе больных после аппендэктомии, а наибольшую – у больных после холецистэктомии. Полученные значения остаточного коэффициента боли во всех группах больных соответствует клиническим наблюдениям и оценке эффективности по четырехступенной шкале.

Таким образом, эффективность рефлексотерапии в первые сутки после операции выше у больных, оперированных по поводу аппендицита и грыжи передней брюшной стенки, чем у больных после холецистэктомии.

По нашим данным, после холецистэктомии хороший результат иглоанальгезии был получен в 90% случаев, после грыжесечения и аппендэктомии – в 96,7%.

Парез кишечника развивается у многих больных, перенесших операцию на органах брюшной полости, сопровождается болями и в тяжелых случаях интоксикацией. [7] делит по клиническому течению парез кишечника на четыре степени: 1 – легкая, не более двух суток, лечение не требуется; 2 – парез умеренный; 3 – парез средней тяжести; 4 – тяжелая степень пареза. В патогенезе средней и тяжелой форм – нарушение микроциркуляции, тромбоз внутриорганных сосудов и терминальных вен брыжейки. Необходимо не только своевременное лечение пареза кишечника, но и профилактика его заболевания.

Для стимуляции функции кишечника в послеоперационном периоде обычно применяется медикаментозная терапия: гипертонический раствор хлорида натрия, церукал, прозерин в сочетании с атропином и на фоне переливания растворов калия, паранефральная новокаиновая блокада, кроме того, применяют декомпрессию желудочно-кишечного тракта и гипертонические клизмы. Одна-

ко эти мероприятия не всегда дают положительный результат; кроме того, например, прозерин нежелателен для больных с сопутствующей патологией легких, так как увеличивает количество и вязкость трахеобронхиального секрета, вызывает брадикардию, миоз, повышение артериального давления, а растворы калия вызывают боль по ходу вены, флебиты, повышение температуры тела, брадикардию.

Мы применяли электроakupунктуру аппаратом “Рампа-2” для лечения больных с послеоперационным парезом кишечника, число которых составило 35 человек. Электроakupунктура применялась при неэффективном лечении пареза кишечника лекарственными средствами у больных после следующих операций: резекции желудка, селективной проксимальной ваготомии, холецистэктомии, операций по поводу спаечной кишечной непроходимости, гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита, проникающего ножевого ранения с повреждением кишечника. Мы применяли методику электроakupунктуры, которая представляет собой модификацию [4]. При клинических явлениях пареза кишечника акупунктурные иглы вводили в точки: G1-11, E-25, VC-12, VC-4, AP-89, A – расположена на 4 цуня ниже верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости и на 2 цуня кнаружи от переднего края большеберцовой кости.

Стимуляция начиналась с минимальной силы тока, которая постепенно повышалась по мере адаптации пациента соответственно ощущениям больного. Применялся знакопеременный ток частотой 7-14 герц. Через каждые 10 минут производилась смена режима стимуляции. Процедура длилась 20-40 минут. Осложнений при применении данной методики мы не наблюдали. В процессе

работы было отмечено, что при ЭАП стимуляции кишечника достигается одновременно обезболивающий эффект.

Определяя для стимуляции кишечника точку Е-36, мы обнаружили, что наибольшая болезненность пальпируется не на расстоянии ниже 3 цуней от верхнего края латерального мыщелка большеберцовой кости, у переднего края большеберцовой мышцы, а примерно на 1 цунь ниже и на 1 цунь латеральнее указанных в руководствах ориентиров, условное обозначение – точка А. При введении иглы в эту триггерную точку мы получали более сильное стимулирующее действие кишечника. Проанализировав этот феномен, мы посчитали возможным следующее объяснение. Возможно, что при патологическом состоянии кишечника, которое выражается его парезом, увеличивается активность не только точки Е-36, но и точки РС142, находящейся на расстоянии 2 цуней ниже и тоже показанной при кишечной патологии. Очевидно, в данном случае мы имеем дело с фактом, описанным [1], резкого увеличения ареала не только точки Е-36, но и точки РС142 и слияния ареалов этих точек, что проявляется перемещением наибольшей болезненности и усилением активности триггерной зоны.

При электроэнтерографии получено увеличение частоты сокращений тонкой кишки, тенденция к увеличению амплитуды волн энтерограммы. При лечении пареза кишечника электроakupunkturой по методике Т.П.Пономаренко нами получен положительный эффект в $70 \pm 15,3\%$ случаев, по нашей методике – в $80 \pm 8,2\%$ наблюдений.

Хороший клинический эффект акупунктуры в послеоперационном периоде позволяет считать ее методом выбора при непереносимости фармакологических препаратов и одновременном лечении боли и функциональных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаменко В.Г. Об электроэнергетическом потенциале организма в состоянии гипноза // Вопросы биоэнергетики. – Алма-Ата, 1969. – 82 с.
2. Алдонясов В.И., Пономаренко Т.П., Зольников С.М. Количественная оценка эффективности послеоперационного обезболивания: Тез. докл. Всесоюз. конф. по рефлексотерапии. – Волгоград, 1987. – С. 281-283.
3. Блинов А.В. Комбинированная электро-стимуляционная анестезия при операциях на мочевыводящих путях у больных пожилого и старческого возраста. – М., 1987. – 22 с.
4. Игло-рефлексотерапия в лечении послеоперационного болевого синдрома и функциональных расстройств / Т.П.Пономаренко, О.К.Оберг, М.И.Магидина и др. – Красноярск, 1981. – Т.1. – С. 92-93.
5. Лувсан Г. Лечение иглоукалыванием послеоперационного болевого синдрома и некоторых функциональных расстройств: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1976. – 123с.
6. Цибуляк В.Н. Рефлексотерапия в клинической анестезиологии. – Ташкент, 1985. – 158 с.
7. Шигарев Т.Д. Патогенез и патогенетическое лечение паралитической непроходимости и послеоперационных парезов кишечника // Клинич. хирургия. – 1978. – №4. – С. 13-17.

THE USE OF REFLEX THERAPY IN SURGERY

M.G.Lichagina, N.M.Epishin, Ju.A.Lovchev

Acupuncture and electroacupuncture are very effective in postoperative period treating sick syndrome, postoperative cut intestine and other functional complications.