

УДК 616.831-005.1:616.15-005.5

В.К. Чернецький
В.М. Пашковський
Г.І. Мардар
О.Д. Хоменко

Буковинська державна медична академія
 м. Чернівці

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІРУДОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Ключові слова: гірудотерапія, хронічна недостатність, мозковий кровообіг, інсулін, катехоламіни.

Резюме. На підставі комплексних обстежень 34 хворих із хронічною недостатністю мозкового кровообігу встановлено високу ефективність гірудотерапії (аспіраційного та рефлексоторного методів) у комбінації з традиційним лікуванням залежно від стадії її перебігу, ступеня венозного застою в мозку, прихованого діабету та стану серцево-судинної системи. Обґрунтована можливість запобігання гострого зриву компенсації та розвитку інсульту у 20–25% випадків.

Вступ

Не дивлячись на значні успіхи в лікуванні ішемічних інсультів [1, 2], абсолютна кількість їх щорічно зростає в країнах СНД і Східної Європи. Так, в Росії і в Україні кількість інсультів на 100000 населення становить у межах 310–340 випадків з високою летальністю (50% протягом року) та інвалідизацією (80%); тоді як в країнах Заходу і США вона становить – 51–80, тобто в 5 разів менше. Тому первинна і вторинна профілактика гострого розвитку ішемічних інсультів є вирішальною [2]. На Заході, в США, Японії і Росії діють Європейська Рада та асоціації з проблем боротьби з інсультом. Провідне місце в реалізації первинної і вторинної профілактики займає вивчення факторів ризику розвитку мозкової катастрофи (артеріальна гіпертензія (АГ), кардіоваскулярна недостатність, прихований діабет, венозний застій у мозку, ожиріння, алкоголізм та ін.). Найбільшу загрозу серед них представляє АГ, кардіоваскулярна недостатність, порушення вуглеводного і жирового обміну та ін. Установлено, що ризик розвитку інсульту в людей з високим систолічним та діастолічним тиском, особливо при хронічній недостатності мозкового кровообігу (ХНМК) в 10 разів вищий ніж при низьких їх значеннях [3]. Доведено, що при підвищенні діастолічного тиску на 5 мм рт. ст. ризик розвитку інсульту зростає на 30% [4], а в осіб літнього віку на 45% порівняно з групою плацебо [3,5]. Але питання про ефективність використання на Заході і в США терапевтичних підходів до лікування АГ (діуретики, бета-адреноблокатори-антагоністи кальцію – інгібітори АПФ) потребують подальших клінічних підтверджень, особливо в людей літнього і старечого

віку, які доручено ВООЗ провести в Швеції (в 2001–2002 р.р.) та розробити відповідні рекомендації з врахуванням патогенетичних механізмів та впливу різних факторів ризику. Фармакологічна перенасиченість практичної медицини новими хімічними та синтетичними препаратами, в тому числі антигіпертензивними, супроводжується непомірним ростом алергічних захворювань та інших ускладнень. Висока ціна, короткочасна й однонаправлена їх дія без урахування мультифакторності розвитку мозкового інсульту, зокрема в осіб літнього та старечого віку, вимагає нових підходів при виборі тактики проведення вторинної профілактики у хворих з різними стадіями ХНМК при церебральному атеросклерозі (ЦА) і гіпертонічній хворобі (ГХ), що стало предметом нашого дослідження. Тому нами проведено комплексне використання гірудотерапії (ГТ) та традиційного лікування залежно від стадії ХНМК з врахуванням наших попередніх досліджень, пов'язаних з виявленням нових факторів ризику розвитку інсульту [6].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити ефективність ГТ в комбінації з традиційними методами при ХНМК для запобігання гострих зривів компенсації судинної системи мозку й розвитку інсульту.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Нами обстежено 34 хворих з I–III ст. ХНМК при ЦА (у 20) і ГХ (у 14 хворих). Крім клінічних, проводилися РЕГ, УЗДГ та гістохімічні дослідження (вміст інсуліну (ВІ) та катехоламінів (КА) в еритроцитах за умов функціональних наван-

тажень – глюкоза 50 г, інсулін 5 од.). Середній вік хворих становив 35–55 років, а у 10 хворих більш як 65 років. Серед них було жінок – 19, чоловіків – 16. ГТ проводилася звичайним аспіраційним методом з крововитягуванням при дотриманні заходів асептики й індивідуального підбору методу: п'явки (3–4 штуки) накладали в ділянці соскоподібного відростка на 1 см вище мочки вуха, а потім через кожні 1,5 см поряд із зоною волосяного покриву голови до наповнення їх кров'ю і самостійного відпадання. Повторно така процедура проводилася за показаннями через 3–5–7 днів (від 3–5 до 7 процедур). У 12 хворих попередньо застосовували рефлекторний метод: дія на біоенергетичні точки (БЕТ) впродовж хребта, так звані “чакри”. По одній п'явці ставили на БЕТ на декілька хвилин без максимального крововитягнення вздовж хребта для регуляції гомеостазу (“чакри” – I, II, III, IV, V, VI – за А.И. Крашенюком). Повторні процедури застосовувалися залежно від ефекту, передусім стійкості стабілізації АГ, венозного застою в мозку, нормалізації вуглеводного обміну, показників РЕГ, УЗДГ: від 2–3 процедур у хворих I та II стадії ХНМК; 5–7–9 процедур в III ст. ХНМК з інтервалом 2–3–4 дні, особливо при ГХ зі стійкою АГ та паявністю венозного застою в мозку. Частота та підбір процедур і кількості п'явок є вирішальними і залежать від кваліфікації лікаря. Особливого значення набуває проведення аспіраційного методу в перші 3–6 годин після гіпертонічного кризу або “малого” лакунарного інсульту, тобто в “терапевтичному вікні” [8], що забезпечує збереження нервової тканини в зоні “ішемічної півтіні” (або пенумбри) із запобіганням тяжких ускладнень та інвалідизації хворих. Усі медикаменти відміняли в день ГТ, хворий дотримувався декілька днів постільного режиму. Послідовно включали традиційне лікування, залежно від стадії ХНМК. Використовували переважно вазоактивні препарати з антиагрегантною дією (трентал), а з другою тижня – істинні антиагреганти (курантил-дипіридамо́л). При АГ, тахікардії застосовували бета-адреноблокатори з антиагрегантними властивостями (обзідан-анаприлін) у поєднанні з діуретиками та антагоністами кальцію. При порушенні кровообігу у вертебробазиллярній системі включали цинаризин, у каротидній – кавінтон. Використовували також і аспірин, який в США відносять до “золотого стандарту” або антиагреганти нового покоління (тиклід та ін.). При загостреннях в III ст. ХНМК показано включення первинних нейропротекторів з перших хвилин протягом трьох днів (перорально магнеВ6) або гліцин (сублінгваль-

но) – 1,0–2,0 г/добу) для забезпечення протиішемічного захисту мозку. Через тиждень необхідно включати препарати вторинної нейропротекції (токоферол, емоксипін та ін.). Для захисної реакції мозку використовували препарат нейротрофічного ряду церебралізін (до 10 мл. на добу). А за показаннями послідовно застосовували гепарин-курантиловий комплекс та інсуліно-терапію при наявності прихованого діабету [9]. Терміни клінічного прояву АГ були різними, в частини хворих до 3–7 років. Майже всі хворі до ГТ систематично або епізодично приймали антигіпертензивні препарати без достатнього ефекту.

ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Клінічний, електрофізіологічний та гістохімічний аналіз результатів ГТ виявив різну ефективність її залежно від: віку хворих, стадії ХНМК, темпу перебігу та стійкості АГ (перевага систолічного або діастолічного тиску), супутніх захворювань (кардіоваскулярних, шийного остеохондрозу, прихованого діабету та ін.), наявності венозного застою в мозку, підвищення тону симпатичної або парасимпатичної (при ЦА) нервової системи, ожиріння, психологічних особливостей хворого, стану самих п'явок та ін. Перевага такого підходу до вторинної профілактики гострого зриву компенсації та розвитку інсульту перед традиційною терапією тому, що ГТ супроводжувалася широкою дією біологічно активних речовин (природні ферменти, гормони, амінокислоти та ін.) на гомеостаз (тромболітичною, протиішемічною, нормалізуючою АГ та ін.) [10, 11, 12].

Найбільшу ефективність ГТ відмічали у хворих з I ст. ХНМК з відносно стійкою стабілізацією АГ та повним відновленням працездатності (хворі відчували “просвітлення” загального стану). У хворих з II ст. ХНМК при ГХ включали рефлекторну дію п'явок на БЕТ (“чакри”) з послідовними повторними аспіраційними процедурами (від 3 до 5), особливо при декомпенсованому АГ та при різких підйомах систолічного і діастолічного тиску, регуляція якого була достатньо ефективною (в межах 140–145/80–85 мм рт. ст.) при подальшій медикаментозній корекції (діуретики, бета-адреноблокатори, антагоністи кальцію та ін.), що знижує ризик розвитку інсульту на 30–35% [3]. У хворих з III ст. ХНМК, у яких виявляли “малі” та лакунарні інсульти переважно у вертебробазиллярній системі, використання ГТ в перші години супроводжувалося різким покращанням як суб'єктивного, так і об'єктивного статусу: нормалізація АГ, стану серцево-судинної системи, коагулограми, ніве-

лювання вогнищевих симптомів, значне зменшення венозного застою в мозку (за даними РЕГ) та загального кровотоку (за даними УЗДГ). Спостерігалася динаміка змін вмісту інсуліну та КА в еритроцитах: вірогідне зниження вмісту глюкози в крові, підвищення ВІ та КА в еритроцитах у більшості хворих при ГХ, що можна пояснити суттєвими змінами кровообігу рефлекторного характеру за рахунок крововитягування і нормалізації "балансу" між артеріальним притоком і венозним відтоком крові із мозку, антикоагулянтною дією гірудину та спазмолітичним ефектом [13]. Установлено також часткове відновлення функціональних властивостей еритроцитів і нормалізації в них вмісту гормонів (інсуліну, КА); тоді як в І-ІІ ст. ХНМК вона була повною. У хворих з прихованим діабетом після ГТ проводилась мембраностабілізуюча терапія (стабілізація вмісту інсуліну – 5 од. 5–7 днів та КА – піроксан, серміон) [14]. Заслугує на увагу те, що ГТ була достатньо ефективною у хворих, у яких медикаментозне лікування було безрезультатним.

Висновки

1. Використання ГТ є ефективним методом у проведенні вторинної профілактики гострих зривів компенсації та розвитку інсульту у хворих з прогресуючим перебігом ХНМК з врахуванням широкої дії на гомеостаз (тромболітичної та ін.).
2. Виявлено високу ефективність ГТ, порівняно з традиційним лікуванням, в регуляції АГ і нормалізації венозної недостатності в мозку та стану серцево-судинної системи.
3. Установлено високу ефективність ГТ у регуляції АГ у хворих з прихованим цукровим діабетом у комбінації з мембраностабілізуючою терапією.

Використання ГТ у комбінації з традиційним методом супроводжувалося нормалізацією як клінічних проявів, так і функціонально-динамічних змін РЕГ і УЗДГ параметрів, реологічних властивостей крові, ВІ та КА в еритроцитах, глюкози у крові з відновленням працездатності. Тому, ГТ як ефективний та економічно вигідний метод з послідовною медикаментозною корекцією, можна рекомендувати для широкого використання в практиці невропатолога, особливо в сільській місцевості, де платоспроможність населення дуже низька, як і можливості кваліфікованої неврологічної допомоги.

Література. 1. *Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Миловидов Ю.К.* Приоритетные направления научных исследований по проблеме ишемических нарушений мозгового кровообращения // *Ж. невропатол. и психиатрии* – 1990. – Т.90, В.1. – С.3–8. 2. *Фишер М., Шибитц В.* Обзор подходов

к терапии острого инсульта: прошлое, настоящее и будущее // *Ж. невропатол. и психиатрии* – 2001. – В.1. – С.21–33. 3. *Де Фридас Г.Р., Богуславский Дж.* Первичная профилактика инсульта // *Ж. невропатол. и психиатрии*. – 2001. – В.1. – С.7–20. 4. *Чазова И.Е.* Лечение артериальной гипертонии как профилактика инсульта // *Ж. невропатол. и психиатрии*. – 2001. – В.3. – С.3–7. 5. *Dahlof B. et al.* Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients. With Hypertension (STOP-Hypertension) // *Lancet*. – 1991. – Vol.338. – P.1281–1285. 6. *Чернецкий В.К., Мардар Г.И.* Проблема первичной профилактики острого развития мозгового инсульта на доклиническом этапе (клинико-катамнестичні дослідження) // *Клініч. та експерим. патологія*. – 2002. – В.1. – №1 – С.97–101. 7. *Кришенок А.И. и соавт.* / В книге "Успехи гирудологии": Материалы 3-й конф. Ассоциации гирудологов. – М., 1993 – С.12–13. 8. *Виленьский Б.С.* Инсульт. – СПб: Мед. информ. агенство, 1995. – 287 с. 9. *Чернецкий В.К., Дицук Л.П., Кричун Л.Я. та ін.* Экспрес-діагностика, організація та принципи поетапного лікування і реабілітації хворих на мозковий інсульт у містах і сільській місцевості: Метод. рекомен. – Чернівці, 1997. – 45 с. 10. *Куликів І.П. и соавт.* Гирудология-97 // Матер. науч.-практ. конф.: Ассоциация гирудологов России. – СПб, 1997. – С.12–14. 11. *Каменев Ю.Я., Каменев О.Ю.* Вам поможет лиявка: Практическое руководство по гирудологии. – СПб.: ИД "Весь", 2003. – 253 с. 12. *Кричун Л.П., Чернецкий В.К.* Эффективность гирудотерапии в комплексном лечении тромботических ишемических инсультов // Материалы III-й научно-практической конф. (Київ, 22–23 жовтня 1999 року): Нетрадиційні методи діагностики та лікування. – Київ, 1999. – С.162–163. 13. *Чернецкий В.К., Мардар Г.И., Кричун Л.И.* Мембраностабилизирующая терапия в комплексном лечении острых и хронических нарушений мозгового кровообращения (стабилизация вмісту інсуліну та катехоламінів в еритроцитах): Інформаційний лист. – Київ, 2001. – 2 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*В.К. Чернецкий., В.М. Пащковский,
А.И. Мардарь, А.Д. Хоменко*

Резюме. На основании комплексных обследований 34 больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения установлено высокую эффективность гирудотерапии (аспирационного и рефлекторного методов) в комбинации с традиционным лечением в зависимости от стадии её течения, степени венозного застоя в мозгу, скрытого диабета и состояния сердечно-сосудистой системы. Обосновано возможность предупреждения острого срыва компенсации и развития инсульта в 20–25% случаев.

Ключевые слова: гирудотерапия, хроническая недостаточность, мозговое кровообращение, инсулин, катехоламины.

EFFICACY OF HIRUDOTHERAPY IN MULTIMODALITY TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL CIRCULATORY INSUFFICIENCY

*V.K. Chernetsky, V.M. Pashkovsky,
A.I. Mardar, A.D. Khomenko*

Abstract. A high efficacy of hirudotherapy (aspiration and reflex methods) in combination with the traditional treatment, depending on the stage and course, especially, on the degree of brain congestion, diabetes decipiens and the condition of the cardio-vascular system has been established on the basis of complex examinations of 34 patients. A possibility of preventing an acute disturbance of compensation and stroke development in 20–25% of cases has been substantiated.

Key words: hirudotherapy, chronic insufficiency, cerebral circulation, insulin, catecholamines.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. – 2003. – Vol.2, №1. – P.117–119.

Надійшла до редакції 15.03.2003