

МЕСТО ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кузнецова Л.П.², Люсов В.А.¹, Волов Н.А.¹, Смирнова Н.А.², Богданова Л.С.²

Российский государственный медицинский университет — кафедра госпитальной терапии № 1¹; 15-я городская клиническая больница им. О.М.Филатова², Москва

Резюме

Обследовали 70 больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью II-III функциональных классов (NYHA), которым на фоне стандартной терапии проводили курс гирудотерапии. Уменьшение одышки, периферических отеков, увеличение толерантности к физической нагрузке отмечалось более чем у половины больных. У больных с артериальной гипертонией выявлено достоверное снижение диастолического артериального давления, увеличение фракции выброса. Положительное влияние гирудотерапии на систему гемостаза проявилось в снижении агрегационной способности тромбоцитов, нормализации содержания фибриногена и РКМФ в крови.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, гирудотерапия, толерантность к физической нагрузке, агрегация тромбоцитов, система гемостаза.

В настоящее время определены основные положения медикаментозного лечения хронической сердечной недостаточности, подразумевающие нормализацию внутрисердечной и центральной гемодинамики, микроциркуляции, активности нейрогуморальных систем организма, профилактику и терапию нарушений ритма сердца, внезапной сердечной смерти, тромбозомболического синдрома [2]. Широкое использование ингибиторов АПФ, блокаторов адренергических рецепторов, диуретической терапии позволило значительно улучшить качество и продолжительность жизни и уменьшить социальную дезадаптацию больных с ХСН [10].

Несмотря на очевидные достижения последних десятилетий в области изучения патогенеза, диагностики и лечения, хроническая сердечная недостаточность остается самым распространенным, тяжелым и прогностически неблагоприятным осложнением многих заболеваний сердечно-сосудистой системы [3].

В последние годы стали активнее применяться немедикаментозные методы лечения ЗНК, основанные на воздействии на организм электромагнитного излучения (низкоинтенсивная лазеротерапия, КВЧ-терапия), экстракорпорального удаления различных составляющих крови (гемодилюция, ультрафильтрация крови), синхронизации работы предсердий и желудочков сердца, хирургической коррекции патологии сердца, использовании секрета слюнных желез пиявки и др. [7,8,9,13,14,15].

Материал и методы

В нашей работе были исследованы в амбулаторных условиях 70 больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью II и III функциональных классов (ФК) по NYHA, которым на фоне базовой терапии проводили сеансы лечения пиявками. Больные

были разделены на две группы: 1-я группа — 36 больных с нормальным уровнем АД; 2-я группа — 34 больных с наличием артериальной гипертонии в анамнезе. До лечения и после окончания курса гирудотерапии оценивали клиническое состояние больных, толерантность к физической нагрузке по результатам дистанции шестиминутной ходьбы. Величину фракции выброса определяли с помощью эхокардиографа LOGIQ 400 (США). Показатели гемостаза изучали до лечения, после 5-го сеанса и окончания курса гирудотерапии. Оценивали уровень фибриногена, РКМФ, плазминогена, АЧТВ, МНО, спонтанную и АДФ-индуцируемую агрегацию тромбоцитов.

Больным проводили курс гирудотерапии, состоящий из 10 процедур с интервалом в 2–3 дня. На одну процедуру использовали 4–5 пиявок до полного насыщения, которые ставились на: центр и вокруг пупка, проекцию круглой связки печени, правое подреберье, область внебрюшинного поля печени, периаппендальную зону, крестцовую область, копчик, предсердную зону, область проекции почек, сосцевидные отростки и шейно-воротниковую область. В исследование не включали больных с анемией, геморрагическим диатезом, что является противопоказанием для проведения гирудотерапии.

Результаты

На фоне проводимой гирудотерапии отмечался положительный клинический эффект в виде уменьшения акроцианоза, одышки и периферических отеков у 25 больных (69,3 %) первой группы и у 26 больных (73,5 %) — второй. Увеличение суточного диуреза в обеих группах колебалось от 100 до 850 мл мочи. У больных с нормальным уровнем АД средний прирост диуреза составил 312 ± 46 мл/сут., у больных с артериальной гипертонией — 368 ± 49 мл/сут. ($p < 0,05$). После лечения отмечено увеличение толерантности к

Таблица 1

Динамика агрегационной способности тромбоцитов в процессе гирудотерапии

Показатель		Агрегация тромбоцитов		
		Спонтанная Ед.	0,5 АДФ Ед.	5,0 АДФ %
Норма		1,16 ± 0,14	2,20 ± 0,19	43,2 ± 3,8
Больные с АГ	До лечения	1,54 ± 0,12	2,44 ± 0,23	51,6 ± 4,3
	5-я процедура	1,98 ± 0,22	2,98 ± 0,24	70,2 ± 5,8
	После лечения	1,12 ± 0,16	2,08 ± 0,20	37,6 ± 3,4
Больные без АГ	До лечения	1,84 ± 0,21	2,71 ± 0,23	57,4 ± 4,4
	5-я процедура	2,56 ± 0,28	3,06 ± 0,26	69,4 ± 5,2
	После лечения	1,30 ± 0,14	1,96 ± 0,22	42,1 ± 3,8
p		p1-2<0,05, p2-3<0,01, p2-4<0,05, p1-5<0,02, p5-6<0,01, p5-7<0,05	p2-3<0,05, p3-4<0,01, p1-5<0,05, p5-7<0,05	p1-3<0,001, p2-4<0,02, p1-5<0,05, p5-7<0,05

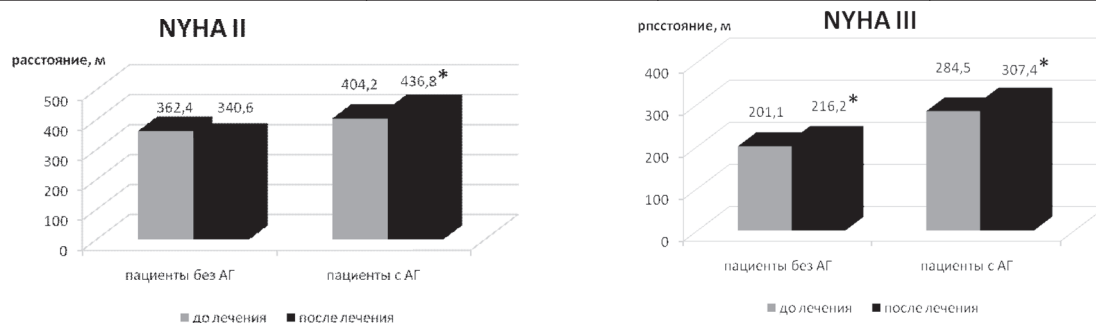


Рис. 1. Динамика показателей шестиминутного теста на фоне гирудотерапии (* – p<0,05).

физической нагрузке по данным теста шестиминутной ходьбы в обеих группах (рис.1). В 1-й группе достоверное увеличение пройденной дистанции на 41,5 % выявлено у больных III ФК. Во 2-й группе достоверное улучшение показателей теста отмечено как у больных II ФК ХСН (28,3 %), так и у больных III ФК (42,2 %).

У больных без артериальной гипертензии не зарегистрировано значимых изменений частоты сердечного ритма, уровня систолического и диастолического артериального давления, фракции выброса (рис.2). В группе больных с артериальной гипертензией отмечено достоверное снижение систолического артериального давления на 13,3 мм рт.ст. (p<0,05) и увеличение фракции выброса на 15,6 % (p<0,05).

Изменение агрегационной способности тромбоцитов в процессе лечения носили фазовый характер (табл.1). Спонтанная агрегация тромбоцитов исходно была достоверно выше нормы в обеих группах. После 5-й процедуры гирудотерапии отмечалось дальнейшее ее увеличение у больных 1-й группы на 13 % (p<0,01), 2-й группы – на 14 % (p<0,01). После окончания курса лечения величина спонтанной агрегации тромбоцитов у пациентов обеих групп снизилась до нормальных значений.

В группе больных с нормальным уровнем АД исходное значение АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов находилось в пределах нормы. Проведение 5 сеансов гирудотерапии приводило к значимому увеличению степени агрегации тромбоцитов с последующей нормализацией к окончанию курса терапии.

В группе больных с артериальной гипертензией до начала лечения зарегистрирована повышенная агрегационная способность тромбоцитов с незначительным возрастанием после 5-й процедуры гирудотерапии и снижением до нормального уровня после 10-й процедуры.

Данные исследования гемостаза представлены в табл. 2. Установлено, что значение АЧТВ и МНО у больных обеих групп находится в пределах нормы и достоверно не изменяется в процессе лечения. Уровень плазминогена после 5-й процедуры достоверно увеличивается у больных 1-й группы на 25,6 % (p<0,05), 2-й группы – на 28,2 % (p<0,05), что однако не превышает нормальных величин. До начала лечения у больных обеих групп отмечена в крови повышенная концентрация фибриногена и РКМФ. К концу лечения уровень обоих показателей не отличался от нормальных значений.

Обсуждение

Применение гирудотерапии при ХСН обусловлено способностью биологически активных соединений, находящихся в секрете слюнных желез пиявки, нивелировать ишемию и гипоксию тканей, расстройства микроциркуляции [5,6]. В нашем исследовании, как и в ряде других [1, 11], показано, что гирудотерапия уменьшает клинические проявления ХСН, что сопровождается значительным увеличением толерантности к физической нагрузке по данным теста шестиминутной ходьбы. Снижение диастолического артериального давления у больных с артериальной ги-

Таблица 2

Динамика показателей гемостаза в процессе гирудотерапии

Показатель		МНО	АЧТВ сек	Фибриноген г/л	РКМФ мг/дл	Плазминоген %
Норма		1,12±0,09	29,8±3,2	3,1±0,3	2,9±0,4	90,6±8,4
Больные с АГ	До лечения	1,08±0,06	29,1 ± 2,0	4,2 ± 0,4	6,3 ± 0,7	83,3 ± 5,8
	5-я процедура	1,02± 0,04	27,3 ± 2,4	4,6 ± 0,5	7,6 ± 0,8	104,6±6,0*
	После лечения	1,13± 0,07	33,2 ± 3,1	2,6 ± 0,5	3,4 ± 0,5	102,8±6,1*
Больные без АГ	До лечения	1,04±0,05	26,6 ± 2,1	4,4 ± 0,4	5,8 ± 0,4	79,1±5,7
	5-я процедура	1,01±0,05	28,1 ± 2,6	4,9 ± 0,6	6,9 ± 0,9	101,4±6,1*
	После лечения	1,10±0,06	30,1 ± 2,9	3,2 ± 0,4	3,8 ± 0,6	103,7±6,4*

Примечание: * – $p < 0,05$ в сравнении с нормой

пертонией подтвердило гипотензивный эффект гирудотерапии [6, 12]. Уменьшение постнагрузки на миокард у данного контингента больных сочеталось с достоверным увеличением фракции выброса, что свидетельствует об уменьшении систолической дисфункции миокарда левого желудочка.

Влияние гирудотерапии на функциональное состояние тромбоцитов проявляется снижением спонтанной и АДФ-индуцируемой агрегации тромбоцитов. Преходящее увеличение агрегационной способности тромбоцитов после 5-го сеанса гирудотерапии, возможно, связано с нарастанием в этот период концентрации фибриногена в плазме крови. К окончанию лечения значение спонтанной и АДФ-индуцируемой агрегации тромбоцитов, содержание фибриногена соответствует нормальным величинам. Анализ воздействия гирудотерапии на ряд плазменных факторов системы гемостаза выявил достоверное сниже-

ние исходно повышенной концентрации фибриногена в плазме крови, что в сочетании с нормальной агрегационной способностью уменьшает риск развития тромбоэмболических осложнений у больных с ХСН.

Выводы

1. Использование гирудотерапии в лечении больных с декомпенсацией сердечной деятельности позволяет уменьшить клинические проявления хронической сердечной недостаточности, улучшить переносимость физической нагрузки.

2. Гирудотерапия наиболее эффективна у больных с хронической сердечной недостаточностью, сочетающейся с артериальной гипертензией.

3. Гирудотерапия нормализует агрегационную способность тромбоцитов, снижает уровень фибриногена в плазме крови у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Литература

- Баскова И.П., Исаханян Г.С. Гирудотерапия. Наука и практика. Москва, 2004, 508 с.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. -Москва.-"Медиа Медика".-2000.-266с
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Первые результаты национального эпидемиологического исследования — эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) — ЭПОХА-О-ХСН //Сердечная недостаточность.-2003.-т.4.-№ 3.-С.116—120.
- Герашенко Л., Никонов Г. Вам поможет пиявка. Энциклопедия гирудотерапии. - Москва. - АСТ.- 2005.-334с.
- Гирудотерапия и гирудофармакотерапия/ Под ред. Г.И.Никонова. - Моск.обл.-2007.-т.5.-326с.
- Каменев Ю.Я., Каменев О.Ю. Вам поможет пиявка. Практическое руководство по гирудотерапии.- ИД "ВЕСЬ".- Санкт-Петербург.- 2003.- 253с.
- Москвин С.В., Буйлин В.А. Основы лазерной терапии.-Тверь.-2006.-256с.
- Никифоров В.С., Диденко М.В., Хубулава Г.Г. и др. Ресинхронизация работы сердца — современный метод коррекции хронической сердечной недостаточности // Российский кардиологический журнал.-2005.-№ 4.-С.87—92.
- Панков В.Е., Панкова И.А. Современная гирудорефлексотерапия.- Москва.- Глобус.- 2003.-112с.
- Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр).-Москва.-2007.-67с.
- Савинов В.А. Клиническая гирудотерапия.- Брянск.-Асклепейон.- 2002.- 440.
- Сулим Н.И. Основы клинической гирудотерапии.- Москва.- Народная медицина.- 2003.- т.1.-203с.
- Bart B.A., Boyle A., Bank A.J. Ultrafiltration versus usual care for hospitalized patients with heart failure// JACC.- 2005.- 46.-S. 2043—2046.
- Costanzo M.R., Saltzberg M., O'Sullivan J. et al. Early ultrafiltration in patients with decompensated heart failure and diuretic resistance// JACC.-2005.- 46.-S.2047—2051.
- Rose EA, Gelijns AC, Moskowitz AJ. Long-term mechanical left ventricular assistance for end-stage heart failure//N Engl J Med.-2001.-345(20).-S.1435—1443.

Abstract

In total, 70 patients with coronary heart disease (CHD) and Functional Class II-III (NYHA) chronic heart failure (CHF) were administered standard treatment combined with hirudotherapy. In more than 50% of the participants, dyspnoea and peripheral edema reduction, plus increased physical stress tolerance, were observed. In hypertensive patients, diastolic blood pressure significantly decreased, and ejection fraction increased. Hemostasis changes manifested in reduced platelet aggregation and normalized fibrinogen and SFMC levels.

Keywords: Chronic heart failure, hirudotherapy, physical stress tolerance, platelet aggregation, hemostasis system.

Поступила 20/01-2008