

Флаум Р.А., Шахов А.В.

**ПРИМЕНЕНИЕ ГИРУДОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННЕГО УХА**
ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко, г. Н. Новгород

Широкая распространенность поражений органа слуха в современных условиях обусловлена многообразием неблагоприятных факторов и часто достижения в терапии данных заболеваний характеризуются незначительной положительной динамикой. [1, 12, 18].

Несмотря на наличие широкого арсенала аллопатических средств, растет интерес и доверие к лекарственным средствам естественного происхождения. Это касается и метода лечения медицинскими пиявками, который оказывает влияние на развитие патологического процесса во внутреннем ухе. [5, 7, 19].

Заболевания внутреннего уха отличаются гетерогенностью своего патогенеза, в основе которого лежат сложные патохимические, патофизиологические, гемостатические и гемодинамические нарушения. Однако при всех неспецифических и специфических кохлеовестибулопатиях независимо от происхождения, течения, локализации и распространенности

процесса присутствуют нарушения макро- и микрогемодинамики головного мозга. [4].

Вестибулярные нарушения часто бывают самыми ранними симптомами начальных проявлений любого сосудистого заболевания, вызванного по существу срывом процессов многозвенной регуляции постоянства кровоснабжения головного мозга. Это обусловлено высокой степенью дифференцировки рецепторов VIII пары черепно – мозговых нервов, а также особенностями кровоснабжения внутреннего уха. Оно осуществляется единственной артерией, не имеющей анастомозов – артерией лабиринта, отходящей чаще всего от передней нижней мозжечковой артерии, реже от основной артерии. Вестибулярные и слуховые ядра и их многочисленные связи кровоснабжаются из системы основной артерии длинными тонкими конечными сосудами (Т. Fields, К. Weibely, 1964), вследствие чего эти образования особенно уязвимы при ишемии.

Какие бы изначальные факторы ни служили причинами болезни Меньера, в гематолабиринтном барьере происходят сосудистые конфликты, вовлекающие гидродинамику внутреннего уха [2], в результате чего увеличивается объем эндолимфы и развивается эндолимфатический гидропс с главным патогенетическим фактором заболевания – дисфункцией вегетативной иннервации сосудов внутреннего уха. [17]. Соответственно, нормализация гематолабиринтного барьера невозможна без воздействия на сосудистый компонент патогенеза болезни Меньера.

При сенсо - невралной тугоухости многообразные этиологические факторы (сосудистые заболевания, инфекционные, токсические воздействия, травмы, шум, вибрация) реализуются в виде острой или хронической ишемии рецепторной зоны кортиева органа в результате нарушения крово- и ликворообращения во внутреннем ухе. Иными словами, непосредственной причиной развития и прогрессирования сенсо - невралной тугоухости является нарушение церебральной гемодинамики: артериальная недостаточность и венозный застой в улитке, приводящие к нарушению доставки и утилизации кислорода, ферментов и других веществ, необходимых для полноценного метаболизма в нейроэпителии внутреннего уха. [11].

Таким образом, при выборе методов лечения важным является восстановление перфузии ткани, причем, чем ближе к внутреннему уху вводится лекарственное средство, тем больше эффект улучшения кровоснабжения в нем.

Попытка воздействовать на территориально значимые точки многофункциональными эф-

фектами медицинской пиявки явились предпосылкой к использованию метода гирудотерапии в лечении заболеваний внутреннего уха.

К механизмам воздействия гирудотерапии в лечении заболеваний внутреннего уха относятся рефлексогенное действие, кровоизвлечение, устранение микроциркуляторных нарушений (в том числе деконгестия тканей), тромболитическое действие, противотромботический эффект и др. [16].

В практике восстановительной терапии заболеваний внутреннего уха эффективно используется рефлексотерапия. Объединение уникальных свойств гирудотерапии и стимулирующих эффектов рефлексотерапии породило метод гирудорефлексотерапии (ГРТ).

Общее рефлекторное действие этого метода осуществляется вследствие воздействия медицинской пиявки на биологически активные точки кожи. При этом работает как механическое, болевое воздействие, так и химическое раздражение компонентами пиявочного секрета. Это раздражение усиливается благодаря мощным сосательным движениям пиявки.

Остальные лечебные механизмы ГРТ осуществляются за счет биологически активных веществ, продуцируемых медицинской пиявкой и выделяемых ими в кровоток при кровососании. Большинство данных соединений интегрально ориентированы на стабилизацию системы гемостаза. [8]. Поэтому антикоагулирующее действие, противоишемический эффект, устранение микроциркуляторных нарушений объясняются свойствами именно этих соединений, напрямую решающих проблему гипоксии тканей.

Способностью тормозить тромбоцитарную агрегацию обладает наиболее изученный компонент секрета слюнных желез пиявки (ССЖП) – гирудин. Другие компоненты ССЖП (дестабилазный комплекс) вместе с гирудином угнетают активацию ключевых факторов внутреннего механизма свертывания крови (калликреин, Ха, тромбин) и вызывают гипокоагуляцию.

Восстановление нарушения проницаемости сосудов осуществляется за счет пиявочной гиалуронидазы, причем имеются указания, что она не нейтрализуется гепарином и изменения проницаемости бывают максимально глубокими в связи с неограничиваемыми гепарином дезагрегационными и деполимеризационными свойствами пиявочной гиалуронидазы. В результате образуется тканевая «течь», благодаря которой и осуществляется глубокая деконгестия патологически измененных тканей. [3, 6, 14].

Целью настоящей работы являлось изучение возможностей ГРТ в отиатрии применительно к

сенсо - невралльной форме тугоухости, болезни Меньера и лабиринтной дисфункции.

Методика.

Клинические исследования проводились на базе ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко, г. Н. Новгород на протяжении 2-х лет (2006-2007гг).

Проведено клиничко – аудиологическое обследование 209 пациентов с сенсо - невралльной тугоухостью, болезнью Меньера, лабиринтной дисфункцией в возрасте от 20 до 79 лет. Из числа обследованных 152 женщины и 57 мужчин. Основными жалобами пациентов были снижение слуха, субъективный ушной шум или шум в голове, головокружение и потеря равновесия.

Обследование пациентов включало сбор анамнеза, терапевтический, оториноларингологический осмотры. При исследовании слуха определялось восприятие шепотной и разговорной речи, тональная аудиометрия в обычном диапазоне частот (250 – 8000 Гц). Для определения нарушения вестибулярной функции использовалась вестибулометрия, электронистагмография. В части случаев выполнялась рентгенография шейного отдела позвоночника в двух проекциях, реоэнцефалография, УЗДГ сосудов головного мозга.

В работе использовались медицинские пиявки (*Hirudo medicinalis*), получаемые из международного центра медицинской пиявки (Московская область, п. Удельное). Нами предложена следующая методика ГРТ: 2-3 процедуры в неделю по 3-5 МП на каждую процедуру 5 – 7 сеансов на курс лечения. Места аппликации МП подбирались индивидуально с учетом основных патогенетических механизмов развития заболеваний, опираясь на принятые в практике классической акупунктуры рекомендации. Так, МП приставлялись на шейно – воротниковую зону (паравертебрально отступя 2, 4 см от остистого отростка С7 позвонка), по задней поверхности шеи (отступя 1,5 – 2 см от остистых отростков позвонков), на сосцевидных отростках, перед козелком уха отступя 0,5 см, над крестцом, в правом подреберье в области печени.

Результаты исследования.

Нами было выделено 3 группы пациентов.

1 группу составили пациенты с острой сенсо - невралльной тугоухостью различного генеза – 52 человека

2 группа – пациенты с болезнью Меньера – 42 пациента

3 группа – пациенты с хронической сенсо - невралльной тугоухостью, лабиринтной дисфункцией – 115 человек.

Оценка результатов лечения пациентов проводилась на основе анализа динамики наиболее

часто предъявляемых жалоб: снижение слуха, шум в ушах или голове, головокружение, динамики изменений на аудиограммах и при вестибулометрии.

В первой группе пациентов жалобы на снижение слуха предъявляли 52 пациента, 100%, шум в ушах – 34 пациента, 65%, головокружение – 16 пациентов, 31%.

В результате лечения слух восстановился у 14 пациентов, 27%, улучшение слуха произошло у 33 пациентов, 63%, слух не улучшился у 5 пациентов, 10%, причем необходимо отметить, что последнюю группу составляли пациенты старше 58 лет. При этом обнаружено достоверное изменение порогов воздушного и костного звукопроведения практически по всей шкале аудиограммы. Шум в ушах исчез у 10 пациентов, 30%, у 22 пациентов, 65% принял мягкий, раздражающий характер, шум в ушах не изменился у 2 пациентов, 5%. Головокружение перестало беспокоить 6 пациентов, 38%, уменьшилось у 8 пациентов, 50%, , головокружение сохранялось после окончания лечения у 2 пациентов, 12%.

Во второй группе жалобы на головокружение предъявляли 42 пациента, 100%, на снижение слуха 29 пациентов, 69%, на шум в ушах – 18 пациентов, 43%.

В результате лечения частота и интенсивность приступов головокружения уменьшились у 36 пациентов, 87%, головокружение сохранялось у 6 пациентов, 13%. Шум стал малозаметным у 14 пациентов, 78%, у 4 пациентов, 22%, исчезновение ушного шума не наблюдалось, слух улучшился у 18 пациентов, 62%, у 11 пациентов, 38% слух оставался без перемен.

В третьей группе жалобы на снижение слуха предъявляли 74 пациента, 65%, жалобы на головокружение 59 пациентов, 51%, жалобы на шум в ушах 42 пациента, 36%.

При осмотре после проведенного лечения улучшение слуха произошло у 56 пациентов, 76%, у 18 пациентов, 24% слух оставался без динамики, шум исчез у 3 пациентов, 7%, уменьшение шума произошло у 39 пациентов, 93%, головокружения перестали беспокоить 11 пациентов, 19%, уменьшение головокружения наблюдалось у 48 пациентов, 81%.

Обсуждение результатов.

При анализе результатов лечения мы наблюдали положительное влияние ГРТ на состояние пациентов во всех группах.

В первую очередь это касается пациентов первой группы с острой сенсо – невралльной тугоухостью, где в большом проценте случаев после лечения жалобы на снижение слуха, шум в ушах и головокружение пациентами не предъ-

являлись или была выраженная положительная их динамика.

Отметим, что острую сенсо – невральную тугоухость могут вызывать различные факторы, но большинство авторов связывают данную патологию с сосудистой патологией головного мозга на фоне атеросклероза, гипертонической болезни и др. [9, 13, 15]. Известно, что состояние кровообращения определяется тремя факторами: насосной функцией сердца, состоянием сосудистого русла и биофизическими свойствами крови. Именно на последние два компонента и воздействуют медицинские пиявки.

Из анализа результатов лечения второй и третьей групп видно, что наибольший положительный эффект достигался в лечении таких симптомов как головокружение и шум в ушах, в то время как улучшение слух улучшался реже.

Разработанная методика обеспечивает с одной стороны, комплексное эффективное и достаточно быстрое купирование многих патологических и патофизиологических нарушений, с другой стороны позволяет осуществлять дифференцированный подход к лечению с учетом картины заболевания.

Ключевым моментом для применения ГРТ является правильный подбор рецептуры акупунктурных точек и их сочетаний.

Таким образом, исследование показало, что ГРТ являясь «фармакотерапией» с направленным местным действием через активные точки акупунктуры, способна оказывать положительное воздействие на микро- и макрогемодициркуляцию, состояние нейродинамических структур кохлеовестибулярного анализатора у больных.

Литература

1. Аниотин Р.Г. Реальная оценка результатов лечения больных с хронической кохлеарной недостаточностью // Современные проблемы физиологии и патологии слуха / Междунар. Симпоз.: Тез. Докл. – М., 1993. – 101 с.
2. Бабияк В.И., Ланцов А.А., Базаров В.Г. Клиническая вестибулология. – СПб.: Гиппократ, 1996. – 333 с.
3. Баскова И.П., Никонов Г.И. Механизмы регуляции гемостаза и фибринолиза секретом слюнных желез пиявок // Биохимия животных и человека. – 1991. - №15. – С. 28 – 39.
4. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. – М.: Медицина, 1981. – 327 с.
5. Волк Р.Б. Лечебное применение медицинских пиявок при некоторых сосудистых заболеваниях // В кн.: Тромбозы и тромбоемболии. – Тез. Докл. – М., 1950. – С. 39-40.
6. Гирудотерапия: Руководство / Под ред. В.А. Савинова. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2004. – 432 с.
7. Журавский С.Г. Применение ГРТ в лечении пациентов с хронической нейро – сенсорной тугоухостью // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2001. - №1. – С. 36 – 46.
8. Заславская С.Д. Капиллярное кровоупускание как метод деконгестии глубоких органов // Врач. Дело. – 1940. - №9. – С. 613 – 616.
9. Иванец И.В. Внезапная нейросенсорная тугоухость: причины возникновения и особенности течения // Вестник оториноларингологии. – 2001. - №5. – С. 11 – 15
10. Каменев В.Г., Варламов Д.А., Волянский А.Н. Влияние гирудотерапии на состояние центральной и церебеллярной гемодинамики // В кн.: Практ. И экспер. Гирудология. – Матер. 7-й науч. – практ. Конф. – Люберцы, 2001. – С. 10-11.
11. Крюков А.И., Петухова Н.А. Ангиогенная кохлеовестибулопатия. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2006. – 256 с.
12. Лопотко А.И., Приходько Е.А., Мельник А.М. Шум в ушах. – СПб.: 2006. – 278 с.
13. Мареев О.В., Райгородский Ю.М., Шкабров В.В. Транскраниальная магнитотерапия в лечение острой нейросенсорной тугоухости сосудистого генеза // Вестник оториноларингологии. – 2006. - №1. – С. 55 – 56.
14. Мкртчян Л.С. Гирудотерапия и свертываемость крови // Кардиология. 1992. - Т.32. - №5. - С. 79-81.
15. Пальчун В.Т., Кунельская Н.А., Богданец С.А., Петухов Е.Б. Роль изменений реологических свойств крови и гемостаза в развитии острой нейросенсорной тугоухости // Вестник оториноларингологии. – 2005. - №5. – С. 7 – 10
16. Савинов В.А. Иммунокоррекция, сопутствующая гирудотерапии. – М.: Ассоциация гирудологов, 1993. -16с.
17. Солдатов И.Б., Сущева Г.П., Храппо Н.С. Вестибулярная дисфункция. – М.: Медицина, 1980. – 288 с.
18. Ханджиев Г.Р. Консервативное лечение ушного шума // В кн.: Нарушения слуховой и вестибулярной функции. – СПб., 1993. –С. 135 – 137.
19. Щетинина Е.А., Селезнев Г.И., Никонов Г.И. Гирудорефлексотерапия в лечении ушных шумов различной этиологии // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae. – 2000. – Vol.6, №3-4. – Р. 30-35.