

## **ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ ХРЕБТА**

*Т.Д. Никула, С.В. Трунова, Л.М., Борисенко*

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини № 2 (зав. – дійсний член Української та Нью-Йоркської АН, АН вищої освіти України, проф. Т. Д. Никула) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, Київ

Як видно з наших опублікованих праць, процес становлення артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) відбувався по-різному [1, 2, 4, 6]. У 45 % хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН) на початку розвитку гіпертензивний синдром мав транзиторний перебіг, а по мірі прогресування захворювання АГ ставала постійною. Приблизно в 35 % випадків АТ підвищувався майже одночасно з початком основного захворювання, при цьому АГ відразу встановлювалася на рівні важкої, і саме прояви АГ змушували хворих вперше звернутися за медичною допомогою. Такі хворі зазвичай госпіталізувалися до терапевтичних відділень для проведення антигіпертензивного лікування, де стверджувалося нефрогенне походження АГ та верифікувалися ознаки остеохондрозу хребта (ОХХ) в ділянках поєднаних метамерних уражень вертебробазилярного (ВББ) і мезоаортального (МAB) басейнів (приблизно 25 %), у інших – ураження тільки МAB, а у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) часто траплялися істотні ураження ВББ і лише помірні – МAB [3, 5, 6]. Це потребувало диференціювання неоднорідності клінічних проявів АГ у хворих на ХХН з ОХХ з метою оптимізації їх лікування.

Обстежено 107 хворих на ХХН з АГ. Серед них 105 – на ХГН і 96 – на ХПН. Аналіз анамнезу у хворих на ХХН, поєднану з АГ,

показав, що скарги на дизуричні розлади з вказівками на потребу сечовипускання в нічні години та виділення значної кількості сечі, відчуття болю і дискомфорту в нижньогрудному та попереково-крижовому відділах хребта (ВХ) відзначало біля 53 % хворих з тривалістю АГ від 3 до 5 років. На періодично виражений біль в нижньогрудному ВХ упродовж 6–10 років вказувало 47 % хворих на ХГН на тлі уражень ВББ і МАБ і 62 % осіб на ХПН з поєднаними ураженнями МАБ і ВББ, у яких АГ носила переважно важкий перебіг. На тривалість АГ більше 10 років вказували 46 % хворих на ХГН і більше 30 % осіб на ХПН, яких турбував переважно дискомфорт у грудному і поперековому ВХ, що відмічалось у осіб з градієнтними ураженнями ССБ і ЗІРГ та помірними МАБ, у яких АГ носила помірний характер з виникненням віддалених ускладнень після 10 років. Таким чином, метамерні ураження певних СБ у хворих на ХХН по-різному впливали на тяжкість перебігу АГ, що доцільно диференціювати у хворих на ХГН і ХПН. При об'єктивному обстеженні всього у 25 % хворих на ХПН з ураженнями МАБ виявлено болісність при пальпації нирок, частіше асиметричного характеру, а у хворих на ХГН – у 35 % випадків і позитивний симптом Пастернацького – у 33 % осіб, а у хворих на ХПН – виявлено у 15 % випадків. Крім того, у переважній більшості хворих на ХПН діагностовано підвищення порога больової чутливості (ПБЧ) у високорефлексогенних зонах (ВРЗ) малих черевних нервів (МЧН), а в третині випадків і у ВРЗ ВББ. У хворих на ХГН переважали підвищення ПБЧ у ВРЗ ВББ і еферентних ділянках уражень МАБ, що свідчило про вплив уражень МАБ на формування АГ при ХПН і менш виражений вплив цих уражень на розвиток гіпертензії у осіб на ХГН, порівняно зі значущим впливом на її розвиток частих уражень ВББ, що призводило до тяжкості проявів АГ і ХГН. У 24–30 % хворих на ХПН виявлено ознаки помірної протеїнурії і в межах 74–85 % – лейкоцитурії. Незмінні еритроцити при мікроскопії осаду сечі виявлено в 11–13 % хворих на ХПН з метамерними ураженнями МАБ і у втричі більшої кіль-

кості хворих на ХГН з метамерними ураженнями МАБ та ВББ на тлі значущих показників бактеріурії і при бактеріологічному дослідженні сечі у хворих на ХПН, порівняно з незначними змінами таких у осіб на ХГН.

У зв'язку з викладеним та з урахуванням існуючого взаємозв'язку між виявами ХХН і ОА та АГ [5, 6], вивчено вплив патології порушень хребта на особливості АГ та прояви ХХН у хворих з ОХХ. Комплексом клінічних і параклінічних методів обстежено 149 хворих віком від 15 до 76 років, у котрих ХХН поєднувалася з ОХХ. Серед них чоловіків – 73 (48,9 %), жінок – 76 (51,1 %). ХГН діагностовано у 57 хворих (38,3 %), ХПН – у 63 (42,3 %), полікістоз нирок (ПН) – у 7 (4,8 %), інші ХХН, що супроводжувалися сечовим синдромом – у 22 осіб (14,7 %). Хворі обстежені клінічно, рентгенологічно, тензоалгезиметрично, проведено обстеження стану ВНС. Аналіз результатів проводили з позицій метамерної діагностики (МД). Залежно від наявності ознак певної ОХХ, досліджені розподілені на 3 групи. І групу становили хворі з ОХХ (66), II групу – з ПДХ (29), III групу – з ПДХ і ОХХ (51). У 3 хворих із ХХН симптомів ОХХ не виявлено. При огляді ознаки асиметрії плечового пояса, висоти стояння рівня лопаток, рівнів попереково–крижового ВХ достовірно частіше зустрічались у хворих II і III груп ( $P < 0,01$ ) у порівнянні з I групою, котрі носили переважно асиметричний характер. Частота основних ознак патології хребта у всіх досліджених хворих на ХХН з АГ відображена на рис. 1. Характерними ознаками у хворих на ХХН на тлі ПДХ (II і III групи) були згладженість остистих відростків хребців відповідно 79 % і 21,5 %, або чергування їх з гіпертрофією, чого не виявлялось у хворих з ОХХ (I група).

Причому в хворих на ХХН ознаки патології хребта достовірно часто виявлялись в ділянках метамерних уражень певних СБ ( $P < 0,01$ ), на що доцільно звертати увагу у хворих на ХХН з АГ.

Враховуючи порушення клінічних та гемодинамічних проявів АГ при певних рівнях метамерних уражень (зміни параметрів

АТ, в т.ч. САТ і ДАТ, ЧСС, ритмічні кризові підвищення АТ), у хворих на ХЗ при ОХХ встановлено, що на становлення і особливості виявів АГ у досліджених, можуть впливати ураження певних СБ. Оскільки у більшості хворих на ХГН прояви АГ, можуть бути спричинені сукупністю як нефритогенних ренопаренхімних, так і позаниркових чинників [2, 4] діагностику певних рівнів метамерних уражень у хворих на ХХН з АГ проводили на основі

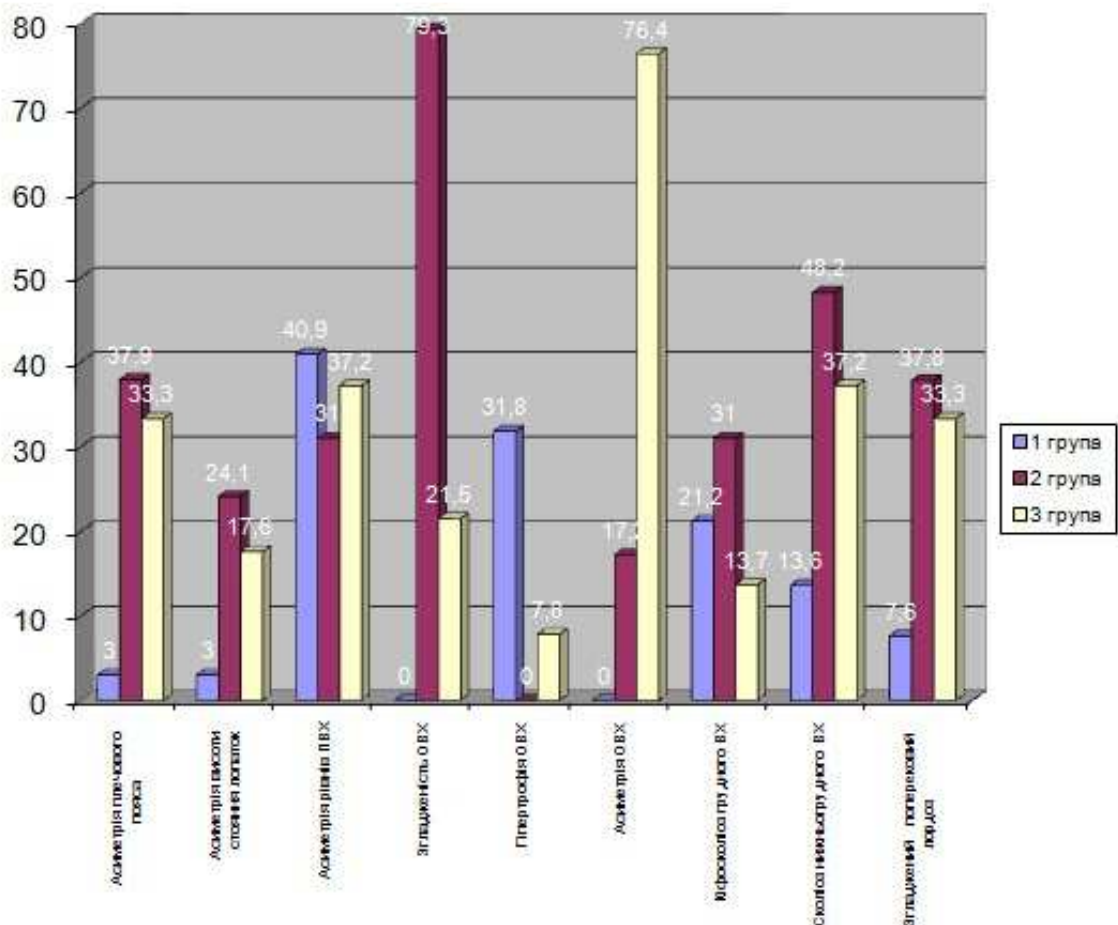


Рис. 1. Характеристика ознак патології хребта хворих на ХХН з АГ в поєднанні з ОХХ

співставлення неоднорідної клінічної симптоматики, метамерної тензоалгезиметрії МТА в ділянках ВРЗ тканин певних судинних басейнів, котра оцінювалась пристроєм для визначення ПБЧ [6].

Обстеження (клініко-вегетативне, методом МТА) проведено у 149 хворих віком від 19 до 74 років на ХГН та ХПН з АГ та різ-

ними рівнями метамерних уражень. Серед них було 75 чоловіків і 74 жінки. 77 хворих (І група) отримували пролонговану дозовану метамерну фармакопунктуру (ПДМФ) і мінерол 2 рази на добу (надосадову рідину після розчинення 1 чайної ложки мінеролу) в КМЛ і 72 осіб (ІІ група) – без включення мінеролу до КМЛ. 72 хворим ІІ групи на ХГН і ХПН з АГ та з супутніми ураженнями на тлі ОХХ додатково проведено бульбарну мікроскопію до і після лікування. Серед них 55 хворим на ХГН та ХПН, котрі отримували ДМЕС в точках ВРЗ згідно з певними ураженнями (І підгрупа). Другу підгрупу склали 17 аналогічних хворих, що в комплексному лікуванні отримували небівололу гідрохлорид, дозування якого призначалось диференційовано згідно з урахуванням показників МТА, АТ, різновидів капілярних змін, кон'юнктиви очей. Контрольну групу склали 25 здорових осіб віком від 18 – 25 років (13 чоловіків і 12 жінок).

Результати змін середніх величин ПБЧ тканин у високорефлексогенних зонах (ВРЗ) дорзальних і вентральних ділянок метамерних уражень до і після лікування у хворих І і ІІ груп наведено в табл. 5.2, котрі практично не відрізнялися до лікування за змінами показників ПБЧ.

Отримані результати порівнювали з величинами ПБЧ у ВРЗ тканин уражених метамерів і з нормою. Встановлено, що чутливість у ВРЗ метамерних уражень відрізнялася за середніми показниками МТА відповідно до сторін метамерних уражень, а саме: у вентральних ділянках (ВД) уражень показники ПБЧ були значно знижені у порівнянні з такими у дорзальних ділянках (ДД) і у порівнянні з нормою та динамічно змінювались у хворих різних клінічних груп і стадій ХНН. З погіршеннями лабораторних показників ХНН, пропорційно зменшувалися показники ПБЧ тканин в ділянках метамерних уражень, що могло бути пов'язано з метаболічними і дисциркуляторними порушеннями в ділянках МАБ.

На основі порівняння результатів лікування у динаміці за

даними МТА у нефрологічних хворих I і II груп ми дійшли висновку, що використання ПДМФ і мінеролу дає більш виражений

Таблиця 1

**Динаміка середніх показників МТА метамерних уражень  
(в кг/см<sup>2</sup>) у хворих на ХХН з АГ**

ХНН	Група (n I =77, n II =72)		МТА ВРЗ ураж. ДД		Р	МТА ВРЗ ураж. ВД		Р
	Група I, II	n	до лі- кув.	після лікув.		до лікув.	після лікув.	
0А	I	13	5,0	8,5	<0,001	3,0	6,5	<0,001
	II	12	4,8	7,2	<0,001	2,9	5,0	<0,001
0Б	I	12	4,5	8,0	<0,001	3,0	6,0	<0,001
	II	11	4,5	7,0	<0,001	3,0	4,8	<0,001
IA	I	13	4,0	6,0	<0,001	2,5	5,0	<0,001
	II	12	4,1	5,5	<0,01	2,6	4,5	<0,01
IB	I	14	3,0	5,0	<0,001	2,0	4,0	<0,001
	II	13	2,9	4,0	<0,01	2,0	3,0	<0,01
IIA	I	13	2,5	4,0	<0,05	1,0	2,0	<0,05
	II	12	2,5	3,2	<0,05	1,2	1,5	<0,05
IIB	I	12	1,5	3,0	<0,01	0,5	1,0	<0,01
	II	12	1,0	1,5	>0,05	0,5	0,8	>0,05

Примітка: В таблиці і тексті результати дослідження приведені з використанням класифікації Никули Т.Д. (2001). Відповідність рубрик з класифікацією II з'їзду нефрологів України (2005): ХНН 0А і ХНН 0Б відповідають ХХН I – II стадіям; ХНН

IA і ХНН ІБ – ХХН ІІ – ХХН ІІІ стадіям; ХНН ІІ Б відповідає ІV стадії ХХН.

клінічний і тензоалгезіметричний ефект в ділянках метамерних уражень, що підтверджується достовірним підвищенням параметрів МТА досліджуваних тканин. У 42 осіб віком 18 – 62 років виявлені ознаки природженої ДХ, ускладненої ОХХ. У 53 нефрологічних хворих віком від 18 до 70 років виявлялись ознаки розповсюдженого ОХХ, ускладненого здебільшого на рівнях (Th<sub>9(10)</sub>–Th<sub>12</sub>, L<sub>3</sub>–S<sub>1</sub>), рідше – шийних (C<sub>3</sub>–C<sub>7</sub>), що підтверджувалося рентгенологічно, дослідженням ВНС і зниженням показників ПБЧ у ВРЗ уражених метамерів, задніх шийних ВГ, дорзальних і вентральних проекціях відповідно малих черевних нервів і мезоаортального сплетіння.

У 77 нефрологічних хворих з АГ та метамерними ураженнями проведено доцільну корекцію в залежності від рівнів іритативних змін шляхом ПДМФ (7 сеансів через день), а у 72 хворих проведено корекцію методом ДМЕС (9 сеансів) на тлі КМЛ упродовж 9 днів. Внаслідок лікування спостерігалася швидка інволюція больової симптоматики як в іритованих метамерах шийного, нижньо-грудного і попереково-крижового відділів хребта, так в ділянках вказаних вегетативних структур. Після лікування хворих методом ПДМФ і мінеролом ознак болю не виявлялось у 85 % хворих, а у 15 % – значно зменшилася його інтенсивність, що підтверджувалося клінічно і динамікою змін середніх показників МТА в ділянках метамерних уражень до і після лікування, що підтверджувалося вірогідним підвищенням ПБЧ СТ і синдесмотомної (СДТ) тканин метамерних уражень, нейротрункулярних уражень, задніх шийних ВГ, мезоаортального сплетіння (МАС) (P<0,001). Паралельно тамуванню болю у хворих спостерігалось зниження АТ до стійкої нормотонії (85 %), а у 15 % вона була нестійкою. Зменшувалися показники протеїнурії (P<0,005).

55 хворим з АГ з аналогічними вегетативними ураженнями проведено корекцію способом ДМЕС (9 сеансів упродовж 9 днів).

Після лікування спостерігалась інволюція АГ, больової симптоматики в ділянках відповідних вегетативних структур. У 63 % хворих мали місце незначні ознаки болю, що достовірно не відрізнялися змінами ПБЧ порівняно з групою здорових осіб ( $P > 0,1$ ) при МТА, а у 37 % випадків значно зменшилась інтенсивність болю, що підтвержувалось динамікою середніх показників ПБЧ ушкоджених тканин до і після лікування

Це супроводжувалося достовірним підвищенням ПБЧ СТ і СДТ уражених метамерів ( $P < 0,01$ ). Паралельно з тамуванням болю у хворих спостерігалось зниження АТ до стійкої нормотонії у 63 % осіб, а у 37 % ознаки нормотонії були нестійкими; зменшувалися показники протеїнурії ( $P < 0,05$ ).

З урахуванням того, що кровопостачання бульбарної кон'юнктиви забезпечується судинами, що відходять від внутрішньої та зовнішньої ділянок сонних артерій, котрі отримують іннервацію за рахунок гілок ВНС, котрі відгалужуються від шийних ВГ, досліджено значення еферентного і аферентного впливу при ураженнях ВГ, ССБ та ЗІРГ і ВББ та МАБ, котрі нейрорефлекторно можуть сприяти виникненню вогнищевих нейрорефлекторних, ішемічних та нейротрофічних змін кон'юнктиви: спазму артеріол, гіпотонії венул, ділянкових набряків тощо. Для топічної діагностики зв'язку між регіональними порушеннями мікроциркуляції кон'юнктиви та ураженнями певних судинних басейнів у хворих на ХХН з АГ (II група) опрацьовано метод діагностики із застосуванням кон'юнктивальної БМ і метамерної тензоалгезиметрії, котрі прості, доступні і необтяжливі для хворого. За станом кровотоку в певних ділянках кон'юнктиви оцінювали нейрорефлекторні порушення мікроциркуляції у вигляді змін тону артеріол, капілярів, венул, що дозволило топічно з'ясувати їх зв'язок з метамерними рівнями уражень певних СБ з урахуванням даних МТА [2, 3].

Доведено, що корекція підвищення артеріального тиску і ОХХ при неоднорідних проявах АГ з використанням ПДФП є



більш ефективною при застосуванні в комплексному медикаментозному лікуванні мінеролу ( $P < 0,01$ ) у порівнянні з аналогічним лікуванням без мінеролу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Никула Т. Д. Захворювання нирок і нейровегетативні розлади / Т. Д. Никула, С. В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології : зб. наук. пр. – К. : Задруга, 2005. – Вип. 11. – С. 42–48.
2. Трунова С. В. Нейровегетативні порушення в нефрологічних хворих / С. В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології : зб. наук. пр. – К. : Задруга, 2000. – Вип. 4. – С. 159–164.
3. Трунова С. В. Діагностика і рефлексотерапія нейровегетативних порушень у хворих на діабетичну нефропатію з артеріальною гіпертензією на тлі спондилогенної патології / С. В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології: зб. наук. пр. – К. : Задруга, 2001. – Вип. 6. – С. 92 – 93.
4. Трунова С. В. Особливості оцінки ефективності антигіпертензивної терапії в нефрологічних хворих з нейровегетативними ураженнями / С. В. Трунова, Т. Д. Никула // Актуальні проблеми нефрології : зб. наук. пр.). – К., 2002. – Вип. 7. – С. 152–156.
5. Трунова С. В. Нейрометрамерна оцінка корекції артеріальної гіпертензії у хворих з остеоартрозом та остеохондрозом хребта / С. В. Трунова, Т. Д. Никула // Український терапевтичний журнал. – 2005. – № 4. – С. 47–51.
6. Трунова С. В. Особливості корекції артеріальної гіпертензії у нефрологічних хворих з нейрометрамерними ураженнями мезоортального басейну / С. В. Трунова, Т. Д. Никула // Актуальні проблеми нефрології: зб. наук. пр. – К. : Задруга, 2006. – Вип. 12. – С. 126–135.

## SUMMARY

# **PECULIARITIES OF CORRECTION OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL DISEASE IN COMBINATION WITH SPINAL OSTEOCHONDROSIS**

*Nykula T.D., Trunova S. V., Borysenko L.N.*

*(Kyiv)*

We study of peculiarities correction of arterial hypertension (AH) in patients with chronic renal disease in combination with spinal osteochondrosis (SO). The proposed complex of metameric diagnostics with the use of optical and tensoalgesimetric methods and clinical laboratory instrumental study contributed to early topical diagnostics of certain visceral pathology and allowed to reduce the terms of treatment and to achieve clinical remission of different clinical manifestations of AH and chronic visceropathies. The use of prolonged dosed pharmacopuncture and minerol in the complex treatment can be considered quite effective in pathogenetic treatment and can be used independently and in the complex therapy of patients with CV and AH combined with certain VP and SO.