

УДК: [616.71+616.61]-07:616.12-008.331.1:616.839

**ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТАМЕРНОЇ ДОЗОВАНОЇ
КІНЕЗОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ,
ПОЄДНАНОЮ З МЕТАМЕРНИМИ УРАЖЕННЯМИ
МЕЗОАОРТАЛЬНОГО БАСЕЙНУ**

С.В. Трунова

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

Вступ: Відомо, що прогресування АГ у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) супроводжується множинними рефлексорними, нейрогуморальними, гемодинамічними порушеннями, що в першу чергу, спричиняє виникнення нейродистрофічних змін нирок, кровопостачання яких забезпечується переважно мезоаортальним (МАБ) судинним басейном, котрий має метамерну іннервацію та може уражатись при остеохондрозі хребта (ОХХ) [2, 4]. Це дає підстави думати, що при наявності часткових або повних функціональних заблокувань сегментів (ФЗС) хребта при нижньогрудному остеохондрозі відбуваються порушення надходження нервових імпульсів в ділянки судин МАБ і нирок, котрі можуть обумовлювати порушення кровопостачання в певних ділянках нирок, м'язів і судин з погіршенням регіональної і загальної гемодинаміки [31, 49, 202]. Зважаючи на часте виникнення АГ у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), поєдану з ОХХ [1, 2] ймовірно стверджувати, що він може впливати на формування АГ у нефрологічних хворих шляхом порушення функцій відповідних сегментів спинного мозку, нервових корінців і вегетативних гангліїв, котрі забезпечують вазорегуляторну функцію МАБ і нирок. Тому іритативні метамерні ураження (МУ) в ділянках вказаного басейну можуть впливати як на зміну

регіонарного кровопостачання, так і на порушення загальної гемодинаміки та потенціювати розвиток нейродистрофічних уражень нирок, а пізніше – мозку і міокарда та інше [1, 4,], що може сприяти збільшенню частоти ускладнень АГ у хворих на ХХН. Вищевикладене зумовлює необхідність підвищення якості профілактики та ефективності лікування АГ, шляхом включення до комплексного медикаментозного лікування (КМЛ) метамерної дозованої кінетотерапії (МДКТ), що дозволяє досягати зниження темпів прогресування АГ та розвитку її ускладнень у хворих на ХХН.

Мета роботи – дослідити клінічну ефективність метамерної дозованої кінетотерапії в комплексному лікуванні хворих на хронічну хворобу нирок з артеріальною гіпертензією, поєднаною з метамерними ураженнями мезоаортального басейну.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 122 хворих (45 чоловіків і 77 жінок) на ХХН з АГ, поєднаною з МУ МАБ при ОХХ віком від 52 до 72 років, середній вік яких 59 ± 3 роки. Серед них 72 хворих в КМЛ додатково отримували МДКТ з метою покращення функціональної рухливості сегментів хребта, відновлення функцій нервових ланок метамерних структур, нормалізації артеріального тиску (АТ) - І група. ІІ контрольну групу складала 50 осіб аналогічних за віком і статтю, які в комплексному лікуванні не отримували МДКТ.

Всім хворим до і після лікування проводили огляд хребта, досліджували функціональний стан сегментів нижньогрудного і поперекового відділів хребта (П.Ф. Колісник, 2002) з ціллю виявлення в них м'язевих функціональних заблокувань при супутньому остеохондрозі, що сприяло порушенню надходження нервових імпульсів або ж їх заблокуванню в ділянках метамерів рівнів $D_{9(10)} - D_{12}$, L_1-L_2 . При дослідженні стану вегетативної нервової системи (ВНС) визначали зміни поверхневої больової чутливості та проводили тензоалгезиметрію для визначення порога больової чутливості м'язевої, склеротомної та вегетоганглірнарної тканин, підраховували частоту серцевих скорочень і проводили

вимірювання АТ.

Хворим з МУ МАБ (І група) призначалась патогенетично спрямована МДКТ. При цьому виконання певних м'язевих рухів свідомо контролюватись пацієнтом і відповідало якості виконання певних рухів у відповідності до поставлених завдань їх оздоровчого призначення. Дозування рухів проводилось у сповільненому ритмі з урахуванням напрямку, сили і темпу їх виконання на рахунок від 7 до 15. Зокрема, проводилось свідоме контролювання виконання вправ для повільного розтягування та напруження м'язів хребта, нижніх кінцівок, сповільнення поздовжніх, поперечних та кругових рухів в суглобах хребта до відчуття виникнення стомлюваності з періодичною самокорекцією комфортного стану хребта в положенні лежачи на рівній поверхні (легке повільне розтягування по діагоналі права рука ліва нога і навпаки та ледве виражені поздовжні та поперечні коливальні рухи в хребті з помірним їх витяганням то вгору то вниз, котрі забезпечували релаксацію м'язів хребта та сприяли покращенню функціонування метамерних ланок грудного і поперекового відділів хребта. Крім того, свідоме виконання МДКТ повертало хворих до активної участі в процесі лікування та сприяло відновленню психоемоційних, вегетативних і соматичних та функціональних змін в організмі.

Встановлено, що у 97 % випадків у хворих на ХХН з АГ при ОХХ виявлені патологічні зміни хребта (набряклість і підвищення тону м'язів, локальні ознаки сколіозу тощо) та функціональні ураження сегментів хребта, які локалізувались переважно в ділянках рівнів $D_{9(10)} - D_{12}$, L_1-L_2 , що відповідало зонам іннервації МАБ. Особливості вегетативних змін теж переважно були зумовлені іритативними метамерними ураженнями нижньогрудного відділу хребта і зон автономної іннервації МАБ, котрі частіше (98%) виявлялись у хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН), а у осіб на хронічний гломерулонефрит (ХГН) ураження МАБ діагностувались лише у 46% випадків, зате у більшості хворих визначались ураження зон вертебробазиллярного басейну (ВББ). В

динаміці лікування у хворих І групи досягалось покращення функціонування ВНС, що у 95% проявлялось ознаками лише помірного дермографізму в ділянках нижньогрудного відділу хребта порівняно з вираженими його проявами до лікування, нормалізацією поверхневої больової чутливості і м'язевосудинної, склеротомної та вегетогангліонарної чутливості в ділянках МАБ ($P < 0,01$) поряд з нормосфігмією, яка змінювала тахісфігмію, виявлену до лікування, гіпо- та нормотензією, інволюцією болю в хребті, що проявлялось ймовірним покращенням стану хворих та свідчило про відновлення функціонального стану ВНС в ділянках уражень хребта та нирок при ОХХ.

У хворих І групи тензоалгезиметрично визначались метамерні ураження рівнів D_9 ($_{10}$) – D_{12} , L_1 - L_2 L_3 - L_4 , що проявлялось значним підвищенням середніх показників порога больової чутливості (ПБЧ) м'язевої тканини до $1,2 \text{ кг/см}^2$ порівняно з нормою $6,5 \text{ кг/см}^2$, склеротомної тканини до $4,7 \text{ кг/см}^2$ порівняно з нормою $9,1$, вегетогангліонарної тканини $0,6 \text{ кг/см}^2$ порівняно з нормою $8, 9 \text{ кг/см}^2$. Після включення до КМЛ МДКТ у хворих І групи через 2 тижні показники достовірно не відрізнялись від норми ($P < 0,01$) у порівнянні з таким у осіб контрольної групи, котрі не отримували МДКТ.

Середні величини АТ (САТ і ДАТ) під час кризів, переважно з 17 до 19 години та впродовж доби до і після лікування у хворих І групи відповідно становили: до лікування САТ $213 \pm 5,2$ і $165,4 \pm 5,1$ і ДАТ $112 \pm 3,2$ і $95,6 \pm 3,2$; після лікування САТ 145 ± 2 і $129 \pm 3,2$ ДАТ $92 \pm 3,5$ і $85 \pm 3,2$ в той час як у хворих ІІ групи після лікування САТ 155 ± 2 і $145 \pm 3,2$ ДАТ $95 \pm 3,5$, $92 \pm 3,2$, що вказувало на покращення показників АТ після лікування у осіб І групи, порівняно з такими у хворих ІІ групи. На нашу думку, значне підвищення АТ, було пов'язане з тривалими ішемічними змінами гуморальних і паренхіматозних ланок системи виділення та симпатoadреналових структур в зонах МАБ, тому частіше проявлялось в час добового біоритму нирок було з 17 до 19 години, що додатково могло спричиняти нейрорефлекторні судинні зміни

нижніх кінцівок та сприяло підвищенню периферичного опору і загального АТ, що необхідно враховувати для призначення раціонального лікування хворим на ХХН з АГ при ОХХ.

Порівняльна оцінка клінічної ефективності лікування АГ з включенням в КМЛ МДКТ у хворих на ХХН з АГ при ураженнях МАБ показала статистично достовірні відмінності клінічних показників в динаміці лікування, котрі свідчать про покращення стану хворих: швидко і ефективно досягалась релаксація паравертебральних м'язів та відновлення функціональної здатності сегментів хребта, досягалось відчуття комфорту в нижньогрудних та поперекових ділянках хребта, покращення функціонального стану ВНС, що підтверджувалось нормалізацією тензоалгезиметричних показників та вегетативних параметрів.

Висновки: Специфічність фізичних вправ МДКТ і методичність їх виконання сприяють покращенню стану ВНС та нормалізації АТ, швидкій інволюції болю в хребті та упередженню ускладнень АГ. Доведено, що включення в КМЛ МДКТ у хворих на хронічну хворобу нирок з артеріальною гіпертензією, поєднаною з метамерними ураженнями мезоаортального басейну є більш ефективним ($P < 0,01$) у порівнянні з таким без МДКТ, котрий доцільно застосовувати в клінічній практиці для лікування нефрологічних хворих з АГ при ОХХ.

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 / Трунова С. В. // Актуальні проблеми нефрології : зб. наук. пр. – К. : Задруга, 2000. – Вип. 4. – С. 159–164.
3. Трунова С. В. Нейрометамерна 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.

4. Трунова С. В. Особенности коррекции артериальной гипертензии у нефрологических больных с нейрометамерными поражениями мезоаортального бассейна / С. В. Трунова, Т. Д. Никула // Актуальные проблемы нефрологии : сб. науч. пр. – К. : Задруга, 2006. – Вип. 12. – С. 126–135.

РЕЗЮМЕ

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТАМЕРНОЙ ДОЗИРОВАННОЙ КИНЕЗОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, В СОЧЕТАНИИ С МЕТАМЕРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ МЕЗОАОРТАЛЬНОГО БАСЕЙНА

Трунова С.В.

(Киев)

Цель: Исследовать клиническую эффективность дозированной метамерной кинезотерапии (ДМКТ) в комплексном лечении больных хронической болезнью почек (ХБП) с артериальной гипертензией (АГ), сочетанной с метамерными поражениями мезоаортального бассейна (МП МАБ). **Материалы и методы:** Обследовано 119 больных ХБП с АГ и МАБ в ОНН от 52 до 72 лет. Вторая группа контроля состояла из 50 человек, похожих по полу, возрасту и которые не получают МДКТ. **Результаты и обсуждение:** Доказан четкий положительный эффект предлагаемого использования метамерной дозированной кинезотерапии в комплексном лечении больных с ХБП с АГ, в сочетании с метамерными расстройствами мезоаортального бассейна. **Выводы:** Специфичность физических упражнений и упорядоченность выполнения МДКТ вносят вклад в улучшение состояния ВНС и нормализации АД, быстрой инволюции боли в позвоночнике и предупреждению осложнений АГ.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек (ХБП), артериальная гипертензия, метамерные поражения, мезоаортальный бассейн.

SUMMARY

EXPEDIENCY OF USE METAMERIC DOSED KINESOTHERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DESEASES WITH ARTERIAL HYPERTENSION, COMBINED WITH METAMERIC DISORDERS MESOAORTAL BASIN

Trunova S. V.

(Kyiv)

Objective: to explore the clinical efficacy dosage metamern kinesitherapy (DMKT) in the complex treatment of patients with chronic kidney disease (CKD) with arterial hypertension (AH), concomitant with metamer lesions of the mezoaortal basin (MAB). **Materials and methods:** MDKT in 119 patients with CKD, AH and MAB further improve functional mobility segments of the spine, nerve function rehabilitation of metamer structures, normalization of blood pressure (BP) in the first group. The second group consisted of 50 people similar by sex, age and who do not receive treatment in complex MDKT. **Results and discussion:** There are proposed use of metameric dosed kinesitherapy in treatment of patients with chronic kidney disease with AH, combined with metameric disorders MAB. **Conclusion:** The use of metameric dosed kinesotherapy in the complex treatment can be considered quite effective and can be used independently and in the complex therapy of patients with chronic kidney disease with AH, combined with metameric disorders MAB.

Key words: chronic kidney disease, arterial hypertension, metamer lesions, kinesotherapy.