

Т.Д. Никула, С.В. Трунова
 Національний
 медичний університет
 ім. О.О. Богомольця, м. Київ

КОРЕКЦІЯ АДАПТОЛОМ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА НЕЙРОМЕТАМЕРНИМИ УРАЖЕННЯМИ ВЕРТЕБРОБАЗИ- ЛЯРНОГО І МЕЗОАОРТАЛЬНОГО БАСЕЙНІВ

Резюме

Застосування Адаптолу в комплексному лікуванні нейровегетативних розладів у хворих з артеріальною гіпертензією, поєднаною з нейрометамерними ураженнями вертебробазиллярного і мезоаортального басейнів, дозволяє покращити функціональний стан вегетативної нервової системи: досягнути швидшої інволюції больової симптоматики, нормосфігмії, зниження артеріального тиску, покращити терапевтичний ефект і якість життя хворих. Ефект Адаптолу пов'язаний із регуляторним впливом на серцево-судинну систему та стрес-протекторною дією, покращанням нейрометаболічного і нейромедіаторного балансу.

Ключові слова

Хронічна хвороба нирок, артеріальна гіпертензія, нейрометамерні ураження, нейровегетативні розлади, Адаптол.

Важливою ланкою в генезі артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) є виникнення нейровегетативних розладів (НВР), які проявляються частіше гіперактивацією симпатико-адреналової системи на тлі зниженого тону парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи (ВНС), що недостатньо вивчено при нейровісцеральних синдромах і, зокрема, при нейрометамерних ураженнях (НМУ) вертебробазиллярного (ВББ) і мезоаортального басейнів (МАОБ), які регулюють регіональні зміни артеріального тиску (АТ), кровопостачання і функціональну здатність певних органів і відповідних нейроендокринних систем та можуть впливати на формування АГ і НВР [1, 4], а це потребує їх своєчасної діагностики і корекції.

З клінічної точки зору в дії Адаптолу актуальним є поєднання центральних та периферійних властивостей [3], де важливе місце посідають адренолітичні ефекти в поєднанні з нормалізуючим впливом на нейромедіаторний баланс мозку і спинномозкових корінців та вегетативних гангліїв як «вегетостабілізатора» (рис.), що забезпечує нормалізацію нервового і судинного тону, збільшення швидкості коронарного і ниркового кровотоку, що може проявлятися покращанням мікроциркуляції

серця і нирок, швидкою інволюцією кардіалгій, цефалгій, усуненням підвищеної нервової збудливості та відчуття страху і тривоги [5-10].

Регуляція НВР визначається транквілізуючою активністю та регуляторним впливом на медіаторний баланс, що сприяє зменшенню викиду надмірної кількості симпатико-адреналових речовин та потенціює гіпотензивний ефект і кровопостачання нирок. Адаптол є малотоксичним у застосуванні, оскільки складається з двох фрагментів молекули сечовини, яка є природним метаболітом організму, що раціонально використовувати в нефрологічних хворих



Рис. Схема адаптогенної та стрес-протективної дії Адаптолу.

з АГ, поєднаною з нейрометамерними ураженнями вертебробазиллярного і мезоаортального басейнів.

Мета дослідження – вивчити клінічну ефективність Адаптолу (анксиолітик виробництва АТ «Олайнфарм» (Латвія)) в корекції нейровегетативних розладів у хворих на хронічну хворобу нирок із артеріальною гіпертензією та нейрометамерними ураженнями вертебробазиллярного і мезоаортального судинних басейнів.

Матеріали та методи

Хворим на ХХН 1-3 стадії з АГ, поєднаною з НМУ ВББ і МАБ та цефалгіями і кардіалгіями (I дослідна група – 46 осіб), Адаптол призначали по 500 мг 2 рази на день курсом 21 день на тлі комплексного медикаментозного лікування (КМЛ), порівняно з II групою (порівняння) – 40 хворих на ХХН 1-3 стадії з АГ, поєднаною з НМУ ВББ і МАБ та цефалгіями і кардіалгіями, які в комплексній медикаментозній терапії отримували плацебо у вигляді таблеток, зовнішньо аналогічних Адаптолу. Групи не відрізнялися за діагнозом, статтю та віком.

Обстеження проводилося клініко-нейровегетативними, тензоалгезиметричними [2] і рентгенологічними методами в динаміці лікування.

Результати та їх обговорення

Досліджено, що процес становлення АГ у хворих на ХХН відбувався по-різному. У хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН) у 45% на початкових етапах свого розвитку гіпертензивний синдром мав транзиторний перебіг, а в міру прогресування захворювання АГ ставала постійною. Приблизно в 35% випадків АТ підвищувався поступово, майже одночасно з початком основного захворювання на тлі дратівливості, підвищеної збудливості хворих, причому АГ в таких хворих відразу встановлювалася на рівні важкої, і саме прояви АГ та НВР, а не основного захворювання, спонукали їх вперше звернутися за медичною допомогою. Такі хворі зазвичай госпіталізувалися до терапевтичних відділень для проведення антигіпертензивного лікування, і вже тут, у процесі ретельного обстеження верифікувалися ще й ознаки НМУ ВББ і МАБ (близько 25%), в інших – НМУ МАБ, а у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) часто траплялися НМУ ВББ і лише помірні – МАБ. Виділена різноманітність клінічних проявів АГ у хворих на ХХН зумовлена поліморфізмом причин і нейрогенних механізмів її виникнення, пов'язаних із НМУ ВББ, МАБ.

Аналіз анамнезу у хворих на ХХН, поєднану з АГ, показав, що на тривалість АГ від 3 до 5 років

та скарги на періодично виражений біль і дискомфорт у нижньогрудному, попереково-крижовому і шийному відділах хребта впродовж 6-10 років вказувало 53% хворих на ХГН на тлі НМУ ВББ і МАБ і 62% осіб із ХПН із поєднаними НМУ МАБ і ВББ чи МАБ, у яких АГ мала переважно важкий перебіг, що сприяло виникненню після 5 років ретинопатії та ДЕП 2-3 ступеня і хронічної серцевої недостатності (ХСН) 2А чи 2Б стадії, вогнищевих змін щитоподібної залози чи мозку, ранньої гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) і виражених ознак ішемічної хвороби серця (ІХС) на ЕКГ. На тривалість АГ більше 10 років вказували 46% хворих на ХГН і більше 30% хворих на ХПН, яких турбував переважно дискомфорт у грудному і поперековому відділах хребта, що відмічалось в осіб із нейрометамерними ураженнями мезоаортального і серцево-судинного басейнів, у яких АГ носила помірний характер із виникненням віддалених ускладнень після 10 років: ХСН 2А стадії, пізньої помірної гіпертрофії ЛШ, вогнищевих змін і ознак ІХС на ЕКГ, ретинопатії 1-2 ступеня. Таким чином, НМУ певних судинних басейнів (СБ) у хворих на ХХН по-різному впливали на тяжкість перебігу АГ та прояви її ускладнень.

Позитивний симптом Пастернацького у хворих на ХПН зареєстровано в 65% пацієнтів. У переважній більшості хворих на ХПН виявлено підвищення порогу больової чутливості (ПБЧ) у високорефлексогенних зонах (ВРЗ) аферентних ділянок малих черевних нервів і еферентних ділянках мезоаортального сплетіння, а в третині випадків і у ВРЗ ВББ. У хворих на ХГН переважали підвищення ПБЧ у ВРЗ ВББ і еферентних ділянках уражень мезоаортального басейну, що може вказувати на вплив нейрометамерних уражень мезоаортального басейну на формування АГ при ХПН та їх фонового впливу на розвиток АГ при ХГН на тлі частих поєднаних аферентних уражень вертебробазиллярного басейну. У 24-30% хворих на ХПН виявлено ознаки помірної протеїнурії і в межах 74-85% – лейкоцитурії. Незмінені еритроцити при мікроскопії осаду сечі виявлено в 11-13% хворих на ХПН із НМУ МАБ і в утричі більшої кількості хворих на ХГН із НМУ МАБ та ВББ на тлі бактеріурії порівняно з незначними такими змінами у хворих на ХГН.

Унаслідок комплексного лікування у хворих I групи порівняно з II статистично значимо швидше (табл.) досягалась нормосфігія, інволюція алгічних проявів та зниження САТ, ДАТ та ознак НВР середнього ступеня вираженості в 52% хворих (від 26 до 40 балів (за Вейном В.М., 2000) і тяжкого ступеня вираженості – у 48% хворих (від 41 до 55 балів), які відповідно трансформувалися після лікування до

Таблиця. Порівняльна характеристика клінічних груп після курсу лікування

I група	II група
Швидше зменшення головного, серцевого болю	Повільніше зменшення болю
Значне зменшення НВР	Залишкові явища НВР
Чітке зменшення інтенсивності червоного дермографізму	Залишкові ознаки червоного дермографізму
Нормалізація поверхневої больової чутливості	
Статистично значиме покращання тензоалгезиметричних параметрів (p<0,05)	Статистично незначне покращання тензоалгезиметричних параметрів (p>0,05)

легкого ступеня вираженості (від 15 до 25 балів) у 42%, а в 10% випадків – не відрізнялися від норми; у випадках тяжких НВР – до середнього ступеня вираженості у 42% (від 26 до 40 балів) та залишилися без змін у 6% осіб із поєднаним ураженням СБ.

Клінічно це проявлялось зменшенням головного, серцевого та поперекового болю, зменшенням інтенсивності червоного дермографізму, нормалізацією поверхневої больової чутливості, покращанням тензоалгезиметричних параметрів ($p < 0,05$), у той час як у хворих II групи біль зменшувався повільніше, виявлялись залишкові явища НВР та червоного дермографізму, які не змінювались у половини хворих, без статистично значимого покращання тензоалгезиметричних параметрів ($p > 0,01$), що свідчило про покращання ефективності лікування у хворих I групи порівняно з таким в осіб II групи.

Адаптол може бути препаратом вибору в лікуванні НВР у хворих на ХН, оскільки він займає специфічне місце серед атипичних активних транквілізаторів із нез'ясованим механізмом дії і є малотоксичним для паренхіми нирок. Склад Адаптолу наділений важливими фармакологічними властивостями, які в комплексному медикаментозному лікуванні позитивно діють як на нейровегетативні розлади, кровопостачання, так і на покращання клінічного перебігу АГ і ХХН, що реалізується за рахунок його властивостей:

- подібність до природних метаболітів організму;
- добре проникнення крізь гемато-енцефалічний бар'єр;

- нормалізація нейромедіаторного дисбалансу;
- адренолітична дія з вегетостабілізуючим та аналгетичним ефектами;
- антиоксидантні ефекти (пригнічення утворення вільних радикалів, гальмування процесів пероксидації) і пов'язана з ними мембраностабілізуюча дія;
- нейрометаболичні ефекти, у т.ч. ноотропна та антиастенічна дія;
- регуляторний вплив на серцево-судинну систему;
- вазотропні ефекти;
- комплексна стрес-протекторна дія.

Висновки

1. Застосування Адаптолу в комплексному лікуванні нейровегетативних розладів у хворих на хронічну хворобу нирок із артеріальною гіпертензією та нейрометамерними ураженнями судинних басейнів дозволяє покращити функціональний стан вегетативної нервової системи: досягнути швидшої інволюції больової симптоматики, нормосфімії, знизити АТ, покращити терапевтичний ефект і якість життя хворих.
2. Позитивний ефект Адаптолу пов'язаний із регуляторним впливом на серцево-судинну систему та стрес-протекторною дією, сприятливим впливом на нейрометаболичний і нейромедіаторний баланс, робить його препаратом вибору в базисному лікуванні НВР у хворих на ХХН з АГ та НМУ судинних басейнів.

Список використаної літератури

1. Никула Т.Д. Захворювання нирок і нейровегетативні розлади [Текст] / Т.Д. Никула, С.В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К.: За друга, 2005. – Вип. 11. – С. 42-48.
2. Пат. 36092 Україна, МКВ-6 А 61 В 10/00. Пристрій для визначення больової чутливості [Текст] / Т.Д. Никула, С.В. Трунова: заявник і патентоотримувач: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця. – № 99115968; Заявл. 01.11.99; опубл. 6.04.01, Бюл. № 3.
3. Свинцицкий А.С. Новая группа психотропных средств – транквилизаторы с ноотропным компонентом, их место в повседневной врачебной практике [Текст] / А.С. Свинцицкий, Е.Г. Воронков // Серия «В помощь практическому врачу». – Вып. 1. – К., 2001. – 9 с.
4. Трунова С.В. Нейровегетативні порушення в нефрологічних хворих [Текст] / С.В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К.: За друга, 2000. – Вип. 4. – С. 159-164.
5. Трунова С.В. Нейрометамерна оцінка корекції артеріальної гіпертензії у хворих з остеоартрозом та остеохондрозом хребта [Текст] / 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 нейрометамерними ураженнями мезоаортального басейну [Текст] / С.В. Трунова, Т.Д. Никула // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К.: За друга, 2006. – Вип. 12. – С. 126-135.
7. Трунова С.В. Оцінка лабораторних критеріїв змін гомеостазу та його корекція у щурів з індукованим дозованим опроміненням [Текст] / С.В. Трунова, Т.Д. Никула, Г.М. Чоботко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2006. – №3. – С. 85-88.
8. Трунова С.В. Оцінка нейроортопедичного стану при захворюваннях нирок у поєднанні зі спонділогенною патологією [Текст] / С.В. Трунова // Актуальні проблеми нефрології: Зб. наук. пр. – К.: За друга, 2001. – С. 132-137.
9. Nykula T.D. Peculiarities of diagnostics and treatment of hypertension in patients with chronic visceropathies combined with neurometameric spondylogenic disorders [Text] / T.D. Nykula, S.V. Trunova, V.U. Kundin // Proceedings of the II National Congress of Internal Medicine doctors (October, 16-18, 2008). – K., 2008. – P. 134-141.
10. Trunova S.V. Peculiarities of pathogenesis, diagnostics and treatment of arterial hypertension in patients with chronic visceropathies in combination with metameric pathology [Text] / S.V. Trunova // Jubilee Scientific-Pract. conf. with international participation, dedicated to the memory of Professor E.L. Macheret and the 35th anniversary of the foundation of reflexotherapy in Ukraine (October, 4-5, 2012): Selected scientific works. – K., 2012. – P. 203-213.

Надійшла до редакції 14.07.2014

NEUROVEGETATIVE DISORDERS CORRECTION BY ADAPTOL IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE, HYPERTENSION AND NEUROMETAMERIC DISORDERS OF VERTEBROBASILAR AND MESOAORTIC POOLS

T.D. Nykula, S.V. Trunova

Summary

The use of Adaptol in complex treatment of neurovegetative disorders in patients with hypertension and neurometameric disorders of vertebrobasilar and meso-aortic pools improves the functional state of neurovegetative system, allows to achieve quicker involution of pain symptomatology, decrease blood pressure, improve the therapeutical effect and patients' quality of life. Efficacy of Adaptol is associated with a regulatory effect on the cardiovascular system, and stress-protective effect, improvement of neurometabolic and neurotransmitter balance.

Keywords: chronic kidney disease, hypertension, neurometameric disorders, neurovegetative disorders, Adaptol.