



АДАПТАТИВНЫЕ РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПОЧЕЧНОГО ГЕНЕЗА

Т.В. Коротеева

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы (страдают около 20–30 % взрослого населения), кроме этого АГ является важным фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности. Как известно, с возрастом распространенность артериальной гипертензии увеличивается и достигает 50–60 % у лиц старше 65 лет, причем до 50-летнего возраста гипертензия чаще встречается у мужчин, а после 50 лет – у женщин. Среди всех форм АГ на долю мягкой и умеренной приходится около 70–80 %, в остальных случаях наблюдают выраженную артериальную гипертензию.

Симптоматическая артериальная гипертензия причинно связана с заболеваниями или повреждениями некоторых органов, участвующих в регуляции артериального давления. Среди всех гипертензивных состояний вторичные артериальные гипертензии составляют примерно 20 %. По данным специализированных клиник почечная артериальная гипертензия возникает в 4–5 % случаев. Причины возникновения почечной артериальной гипертензии – это различные заболевания почек. Больные с патологией почек, в частности с хроническим пиелонефритом (ХП), занимают значительный удельный вес среди пациентов из группы риска по развитию артериальной гипертензии¹. Например, на ранних стадиях хронического пиелонефрита артериальная гипертензия составляет 15–20 %, на поздних стадиях – 70 % случаев.

В настоящее время мы должны признать, что несмотря на многочисленные исследования, проведенные в области артериальной гипертензии, имеющиеся методы лечения являются по сути паллиативными, так как позволяют только контролировать уровень артериального давления, но не излечить АГ

per se. Таким образом, цели антигипертензивной терапии на современном этапе представляют собой увеличение продолжительности жизни больных за счет снижения риска развития осложнений АГ и улучшение качества жизни больных с уменьшением показателей клинической симптоматики и сведением к минимуму риска развития побочных эффектов терапии. Артериальная гипертензия, сама по себе, оказывает существенное негативное влияние на качество жизни больных. Однако, учитывая необходимость длительного применения антигипертензивных препаратов, крайне важно, чтобы лечение способствовало улучшению качества жизни².

В настоящее время внимание широкого круга врачей привлекают гомеопатические средства, способные нормализовать нарушенные функции различных биологических систем организма – сердечно-сосудистой, нервной, иммунной, гормональной, корректировать изменения метаболизма, способствовать улучшению общего соматического состояния больных и увеличению их работоспособности³. Антигомотоксическую терапию рассматривают как связующее звено между традиционной терапией и гомеопатией. В отличие от классической гомеопатии, применяющей для терапии единичные средства, при антигомотоксической терапии применяют комплексные биологические препараты, содержащие несколько лекарственных компонентов растительного, минерального или животного происхождения. Эти препараты способствуют активизации собственных защитных сил организма, оказывают ряд других лечебных эффектов, которые можно использовать при лечении АГ⁴. В связи с этим исследованию отдельных аспектов этой проблемы и была посвящена настоящая работа, целью которой явилось определение терапевтической эффективности при сочетанном лечении антигомо-

токсическими и аллопатическими препаратами больных с почечной артериальной гипертензией.

Материалы и методы

Для решения поставленной цели в зависимости от вида лечения все больные были распределены на 2 группы.

1-ю группу составили 10 пациентов с диагнозом артериальной гипертензии при средне-тяжелом течении пиелонефрита в возрасте 40–69 лет, получавших только аллопатическую терапию. *Перорально* – Энап 5 мг – 2 раза в день. *Внутримышечно* – Цефазолин 1 г – 3–4 раза в день в течение 10 дней.

2-ю группу составили 10 пациентов с тем же диагнозом в возрасте 38–70 лет, получавших антигомотоксические препараты на фоне базовой стандартной медикаментозной терапии. *Перорально* – Кралонин – по 10 капель 3 раза в день (в 30 мл кипяченной, комнатной температуры или минеральной воды без газа), приготовленный раствор выпивается

вергнуты вариационно-статистической обработке по Фишеру-Стьюденту с помощью программ STATISTICA.

Результаты и их обсуждение

Антропометрическая и клиническая характеристика больных представлена в таблице 1. Из приведенных в ней данных видно, что пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, длительности течения заболевания. Кроме того, у больных 1-й группы хронический двусторонний пиелонефрит наблюдается в 60 % случаев, а односторонний – в 40 %, а во 2-й группе – 65 % и 35 % соответственно.

Корреляционный анализ показал, что между продолжительностью заболевания и возрастом существует достоверная прямая корреляционная связь в 1-й группе – $r = 0,599$; $p = 0,018$ и 2-й – $r = 0,586$; $p = 0,02$, а между продолжительностью заболевания и САД, ДАД достоверная обратная корреляционная связь в 1-й группе – $r = -0,617$;

Таблица 1

Антропометрическая и клиническая характеристика больных

Показатели	1-я группа	2-я группа
Возраст, лет	$51,8 \pm 1,1$	$53,0 \pm 1,2$
Рост, см	$164,9 \pm 1,8$	$160,9 \pm 1,5$
Масса тела, кг	$83,2 \pm 2,1$	$79,8 \pm 2,5$
ИМТ, кг/кв. м	$30,6 \pm 0,8$	$30,7 \pm 1,1$
Длительность заболевания, годы	$4,9 \pm 0,7$	$5,1 \pm 0,9$

медленно, мелкими глотками через 15–30 мин после приема пищи. Ренель – по 1 таб. 3 раза в день сублингвально, вне еды (в интервале 15–30 мин до или после приема пищи). Энап – 5 мг – по 1 таб. 2 раза в день. *Внутримышечно* по понедельникам и четвергам в одном шприце по 1 амп. вводятся препараты Эхинацея композитум + Солидаго-композитум. Цефазолин 1 г – 3–4 раза в день в течение 10 дней.

Всем пациентам проводилось определение артериального давления (АД) методом Короткова и частоты сердечных сокращений (ЧСС) пальпаторно. Кроме того, рассчитывали двойное произведение (ДП), индекс Кердо, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС). Полученные данные были под-

$p = 0,001$ и $r = 0,587$; $p = 0,021$, а во 2-й – $r = 0,539$; $p = 0,023$ соответственно.

Результаты статистического анализа показателей АД и ЧСС у больных с артериальной гипертензией почечного генеза до и после лечения представлены в таблице 2. Как видно из приведенных данных, у всех обследуемых на фоне терапии наблюдается тенденция снижения значений ЧСС. При этом более выраженное снижение ЧСС у пациентов 2-й группы можно объяснить дополнительным воздействием антигомотоксических препаратов на симпатическую нервную систему ($p < 0,05$).

Анализ полученных данных показал, что сочетанная терапия антигомотоксическими и аллопатическими препаратами оказывает на показатели АД более значимый гипотен-

живный эффект по сравнению с традиционным лечением ($p < 0,001$). Особый интерес представляет анализ корреляционных взаимосвязей между показателями пульсового АД до и после лечения. При этом наиболее выраженная корреляционная связь наблюдалась между САД в 1-й группе ($r = 0,758$; $p < 0,001$) и ДАД во 2-й ($r = 0,687$; $p < 0,006$). Сочетанная терапия оказывает на показатели пульсового АД и среднединамического давления более сильный гипотензивный эффект, чем традиционная ($p < 0,01$). Проведенный корреляционный анализ выявил, что между значениями САД до и после лечения наиболее выраженная корреляция имела при проведении смешанной терапии ($r = 0,717$; $p < 0,002$). Полученные нами данные свидетельствуют о том, что сочетанная терапия антигомотоксическими и аллопатическими препаратами обладает более сильной способностью влиять на снижение АД, по сравнению с традиционной терапией ⁵.

Очень важным показателем в оценке эффективности и безопасности гипотензивного препарата, по мнению Л.И. Ольбинской с соавторами ⁶, является двойное произведение (ДП), которое отражает уровень гемодинамической нагрузки на сердечно-сосудистую систему. По мнению других авторов, ДП достоверно отражает потребность сердца в кислороде и дает представление об экономичности функционирования системы кровообращения ⁷. При этом ДП имеет более сильно корреляционную связь с массой левого желудочка сердца, чем с артериальным давлением.

По нашим данным, у всех больных наблюдалось достоверное снижение значений ДП после лечения. Под влиянием смешанной терапии градиент снижения значений двойно-

го произведения был достоверно выше, чем при аллопатической ($p < 0,01$).

Как известно, пульсовое артериальное давление обусловлено податливостью артериального отдела сосудистого русла в отсутствии выраженных вазоспастических реакций. В качестве гемодинамической предпосылки к формированию эксцентрической гипертрофии левого желудочка у больных АГ рассматриваются повышение венозного тонуса или объема циркулирующей крови. В соответствии с биполярным объемно-вазоконстрикторным принципом повышения АД за счет сужения сосудов и увеличение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) отмечается при гипер- и норморениновых АГ, между тем как при гипрениновой АГ ведущую роль играют увеличение объемов жидкости и сердечного выброса при относительном сужении артериол.

Анализ полученных данных показал, что у больных после сочетанной терапии отмечено снижение общего периферического сопротивления сосудов (ОПСС) на 29,7 %, а после традиционного – только на 22,2 %, что и может являться причиной более значительного снижения артериального давления у пациентов 2-й группы.

Таким образом, исследования больных АГ почечного генеза показали, что степень снижения артериального давления у больных после проведения сочетанной антигомотоксической и аллопатической терапии более выражена, чем после традиционной.

Как известно, выявленные четкие взаимодействия между АД и ЧСС у больных АГ указывают на существенную роль вегетативной нервной системы в генезе данного заболевания. Так, значения индекса Кердо в большей

Таблица 2

Показатели АД и ЧСС у больных под влиянием лечения ($M \pm m$)

Показатели	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
ЧСС, уд./мин	73,6 $\pm$ 1,0	71,8 $\pm$ 1,1	75,1 $\pm$ 1,4	70,4 $\pm$ 1,2
САД, мм рт. ст.	178,1 $\pm$ 1,5	143,6 $\pm$ 1,0	181,4 $\pm$ 2,0	134,7 $\pm$ 0,9
ДАД, мм рт. ст.	104,7 $\pm$ 1,6	88,8 $\pm$ 0,8	106,1 $\pm$ 1,3	86,1 $\pm$ 1,5
ПАД, мм рт. ст.	71,4 $\pm$ 1,6	54,8 $\pm$ 1,1	75,3 $\pm$ 1,9	48,6 $\pm$ 1,2
СДД, мм рт. ст.	120,5 $\pm$ 1,2	107,1 $\pm$ 0,9	131,2 $\pm$ 0,8	102,3 $\pm$ 0,7
ОПСС, дин. $\text{с}^{-1}\text{см}^{-5}$	2185 $\pm$ 75	2039 $\pm$ 60	2245 $\pm$ 81	1788 $\pm$ 55
ДП, усл. ед.	123,6 $\pm$ 2,2	103,6 $\pm$ 1,5	136,6 $\pm$ 3,5	94,5 $\pm$ 1,4

степени снизились после терапии у больных 2-й группы, по сравнению с первой. На протяжении всего курса лечения не отмечено побочных эффектов или случаев непереносимости антигомотоксических препаратов у больных. Сравнительный анализ терапевтической эффективности лечения больных артериальной гипертензией почечного генеза, полученный при традиционной терапии, показал, что время наступления первых признаков улучшения в клинической картине наблюдалось на 8–9-й день, а при сочетанном применении антигомотоксических препаратов с антибактериальной и гипотензивной терапией – на 5–6-й день.

Таким образом, оценивая суммарный терапевтический эффект, можно сказать, что сочетанная терапия антигомотоксическими препаратами является более оптимальной для лечения больных АГ почечного генеза, по сравнению с традиционной.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ См.: Анохина О.В. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей с хроническим пиелонефритом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1996.

² Влияние терапии кордафлексом-ретард на качество жизни больных артериальной гипертензией / Л.И. Кательницкая, И.В. Лужецкая, Г.О. Тренева и др. // Российский кардиологический журнал. 2001. № 5. С. 34–38.

³ Особенности вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью с различными суточными профилями артериального давления / С.А. Бойцов, А.Н. Кучмин, И.М. Захарова, К.С. Шуленин // Материалы Съезда кардиологов: Тез. докл. М., 2003. С. 235–236.

⁴ См.: Борьба с артериальной гипертензией: Докл. комитета экспертов ВОЗ. М., 1997.

⁵ Кушаковский М.С. Клинико-патогенетические формы гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) и их дифференцированное лечение // Клин. мед. 1995. Т. 73, № 1. С. 5–8.

⁶ Ольбинская Л.И., Хапаев Б.А. Анализ суточных профилей «двойного произведения» в оценке эффективности и безопасности антигипертензивных лекарств // Российский кардиологический журнал. 2000. № 4. С. 52–55.

⁷ См.: Circadian rhythm of double (rate-pressure) product in healthy normotensive young subjects / R.C. Hermid, J.R. Fernandez, D.E. Ayala et. al. // Chronobion. Int. 2001. V. 3. P. 474–489; Meizahava M., Korzetsb Z., Cohenc I. Ambulatory blood pressure monitoring in children with a solitary kidney – a comparison between unilateral renal agenesis and uninephrectomy // Blood pressure monitoring. 2002. V. 6, № 56. P. 263–267.