

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

¹Черниловський А. В.,
²Черниловська С. В.,
³Росицька О. А.,
¹Туренко О. А.,
³Яшкіна Т. О.

Україна, Дніпро,
¹ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»;
²Дніпропетровський медичний інститут традиційної і нетрадиційної медицини;
³Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня №4 ДОР

Abstract. The results of 50 patients having a chronic glomerulonephritis with different stages of arterial hypertension and treatment alongside with the results reached with the control group of patients control examinations were carried out after 3 weeks and 1 months later. It was stated that with the patients treated with IACE and the arterial pressure was normalized in all the groups in 1 months time.

The changes in AP are especially clearly seen with the patients of group 2. In this connection the conclusion that a combination of Lace preparations (medicines) and can be most expediently used. The conclusion of high expediency of a combination of IAPF and in treatment of the patient suffering with the Chr.Kidn.Insuff can be drawn.

Keywords: hypertension, chronic glomerulonephritis, renal hypertension, inhibitory adenizin converting enzyme, a block calcium channels of the Torah.

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з найпоширеніших та характерних ознак первинних та вторинних захворювань нирок. Ниркова артеріальна гіпертензія (НАГ) обумовлена органічними захворюваннями нирок або ниркових судин. Вони посідають одне з перших місць серед симптоматичних артеріальних гіпертензій і зустрічаються у 6 – 20 % хворих з підвищеним артеріальним тиском (АТ). В останнє десятиріччя зростає їх частота, що пояснюється насамперед удосконаленням діагностики [1,2].

Артеріальні гіпертензії спостерігають за наявності практично всіх захворювань, що супроводжуються втягненням у процес паренхіми нирок. До ренопаренхімних належить від 5 – 15 % усіх ниркових артеріальних гіпертензій. Найчастіше гіпертензивний синдром виникає у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) – 50-60 %, хронічний пієлонефрит (ХП)-50-70 %, системні захворювання сполученої тканини - 40-50 %, діабетичний гломерулонефритом 30-60 % [2,4].

Хронічний гломерулонефрит супроводжується розвитком артеріальної гіпертензії у 50-60 % хворих. Дуже часто різні прояви артеріальної гіпертензії можуть бути першими проявами захворювання нирок. [3,5].

При диференціації з гіпертонічною хворобою слід ретельно проаналізувати час виникнення сечового синдрому і першого підвищення артеріального тиску. У належності від розміру зростання діастолічного тиску, артеріальну гіпертензію розрізняють: на м'яку (90-104 мм.рт.ст.), помірну (105-114 мм.рт. ст.) та виражену (понад 115 мм.рт.ст.) [6].

Матеріали та методи дослідження. Нами на базі нефрологічного відділення Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня №4 ДОР м. Дніпро було обстежено 50 хворих на хронічний гломерулонефрит. Вік хворих коливався від 30 до 65 років, тривалість основного захворювання від 6 місяців до 2 років. Підвищення артеріального тиску було визначено вже після верифікації клінічного діагнозу хронічний гломерулонефрит. Хронічної ниркової недостатності у пацієнтів не було.

Усі хворі мали однакове обстеження: загальний аналіз крові та сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, за Земницьким, добова протеїнурія, біохімічний аналіз крові (сечовина крові, азот сечовини, креатинін крові, електроліти (калій, натрій, загальний білок та білкові фракції та ін.). Пацієнти за рівнем АТ були розподілені на 3 групи: перша група АТ – до 140/90 мм.рт.ст. (24 хворих), друга група АТ від 140/90-160/100 мм.рт.ст. (16 хворих), третя група АТ більш 160/100 мм.рт.ст.(10 хворих). Відсоткове розподілення по групах було наступним: перша група - (64 %), друга група - (22 %), третя група – (14 %) усіх хворих. Усі пацієнти отримували стандартне лікування: дієта №7, антибіотикотерапія, уроантисептики, сечогінні препарати, а також гіпертензивну терапію інгібіторами аденізин-перетворюючого ферменту (ІАПФ), та блокаторами кальцієвих каналів (БКК), у середніх терапевтичних дозах. Контрольні огляди проводились через 3 тижні та 1 місяць після початку лікування.

Була також і контрольна група хворих у якої було 15 хворих які отримували також стандартне обстеження та лікування, окрім гіпертензивної терапії, яку пацієнти получали різноманітну і пацієнтів які приймали інгібітори аденілін-перетворюючого ферменту або блокаторів кальцієвих каналів склав лише 1 % усіх хворих контрольної групи.

Результати та їх обговорення. Через 3 тижні після початку лікування хворих було відмічено покращення їх стану, а також клініко-лабораторних показників. Також була зафіксована динаміка артеріального тиску. Так через 3 тижні після початку лікування кількість хворих першої групи склало 69,2 %, кількість хворих другої групи склало 21,5 %, кількість хворих третьої групи склало 9,3 %.

Основними критеріями для виписки з стаціонару була клініко-лабораторна ремісія, а також нормалізація артеріального тиску в порівнянні з ти-ми цифрами артеріального тиску, що були зафіксовані при госпіталізації у нефрологічне та урологічне відділення. Це можна обґрунтувати тим, що була підібрана нова гіпертензивна терапія, яка включала в себе лікування ІАПФ та блокаторами кальцієвих каналів у нових індивідуально підібраних терапевтичних дозах. Також було проведено лікування загострення основного захворювання. Це теж має важливе значення при коливанні артеріального тиску.

У контрольній групі особливих змін не відбулося. Покращився об'єктивний стан хворих, клініко-лабораторні дані. Що відносно цифр артеріального тиску то артеріальна гіпертензія зменшується не рівномірно: у хворих, які лікувалися ІАПФ або блокаторами кальцієвих каналів артеріальний тиск зменшився на 5 – 10 % від початкового. У інших хворих артеріальний тиск особливо не зменшився.

При контрольному огляді, який проводився через місяць, після початку лікування були отримані наступні дані: кількість хворих першої групи склало 65,3 %, кількість хворих другої групи склало 26,1 %, кількість хворих третьої групи склало 8,6 %.

Ці зміни можна обґрунтувати тим, що крім гіпертензивної терапії ІАПФ та БКК (у індивідуально підібраних середніх терапевтичних дозах), хворі застосовували профілактичні засоби основного захворювання (рослинні протизапальні та діуретичні засоби), що сприяло зниженню артеріального тиску та можливого загострення хронічного гломерулонефриту.

У хворих контрольної групи були зафіксовані наступні дані: артеріальний тиск у цих хворих знижувався (але не так швидко, як у хворих основної групи), у цих хворих були відмічені гіпертонічні кризи у середньому 1–2 рази на місяць. Тоді як у хворих основної групи гіпертонічних кризів майже не відмічалось, але вони мали місце у хворих старше 50 років.

Висновки. Дослідив зміни артеріального тиску у хворих на хронічний гломерулонефрит без хронічної ниркової недостатності можна зробити наступні висновки:

1. Хворі які отримували індивідуально підібрану гіпертензивну терапію препаратами ІАПФ та БКК у порівнянні з хворими контрольної групи зниження артеріального тиску було більш швидким та стійким.

2. Адекватне лікування хронічного гломерулонефриту також мало дію на лікування та динаміку розвитку артеріальної гіпертензії та зниження артеріального тиску.

3. Прийом інгібіторів аденозин-перетворюючого ферменту (ІАПФ), та блокаторів кальцієвих каналів (БКК) є доцільним при лікуванні хворих з артеріальною гіпертензією, особливо нефрогенного генезу.

4. Прийом цих груп препаратів повинен бути постійним з обов'язково індивідуальним підбором дози лікарського засобу для кожного хворого, а також обов'язкова кореляція дози препаратів в разі неефективності або мало ефективності дії останніх.

5. Після закінчення курсу лікування ці хворі продовжують профілактичне лікування у практиці лікаря загальної практики-сімейного лікаря з обов'язковими контрольними оглядами лікарем-нефрологом 1 раз на 3 місяця).

6. Необхідно проводити постійний контроль рівня артеріального тиску та в разі необхідності проводити корекцію доз гіпотензивних препаратів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тареева Е. М. Руководство по нефрологии в 2-х томах.- М.: Медицина, 2005- 415 с.
2. Иванов Д. Д. Нефрология в практике семейного врача. – Київ: Здоров'я, 2014 – 479 с.
3. Пиріг Л. А. Нефрология.- К.: Здоров'я, 2010 – 275 с.
4. Шулуток Б. И. Руководство по внутренней медицине в 2-х томах - Спб.: Левша 2009 – 511 с.
5. Сіренко Ю. М. Ангіотензивна система та нирки: погляд крізь призму артеріальної гіпертензії // Український кардіологічний журнал. –2014. - №2. – С.17-19.
6. Кэри Ч. (ред.) Терапевтический справочник. – М.: Практика, 2010–879 с.