УДК 616.12.-008.331.1:616.711

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОГЕННОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Марфинець М.Ю.
Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород

Ключові слова: вертеброгенна гіпертензія, лікування акупунктурою та мануальною терапією і медикаментами

Вступ. Питання діагностики, диференціальної діагностики та лікування артеріальних гіпертензій в літературі висвітлені досить повно [7]. Якщо після проведення обстежень виявити причину гіпертензії не вдається, тоді хворим традиційно виставляють діагноз гіпертонічна хвороба (есенціальна гіпертензія). Серед есенціальних гіпертензій вдалося виділити симптоматичну вертеброгенну гіпертензію, критерії її діагностики та лікування [1].

Вертеброгенна гіпертензія представляє практичний інтерес для кардіологів, вертебрологів та спеціалістів мануальної терапії та рефлексотерапії, оскільки вимагає відмінного від традиційного підходу до лікування.

Мета роботи – на клінічному матеріалі апробувати захищені охоронними документами [1, 2] підходи до діагностики та лікування вертеброгенної гіпертензії.

Матеріал та методи. Обстежено 139 хворих з артеріальною гіпертензією, лівукання яких медикаментозними засобами за загальноприйнятими методиками не було достатньо ефективним. Серед хворих переважали чоловіки середнього віку, особи молодого віку склали 35 чоловік.

Усім хворим проводилося загальноклінічне та параклінічне обстеження, яке давало змогу виключити симптоматичні гіпертензії ендокринного та ниркового генезу. Артеріальний тиск вимірювали апаратом Ріва-Роччі, робили загальний аналізи крові та сечі, хворих консультував лікар окуліст. При наявності змін в сечі проводилася проба Нечипоренко, ультразвукове обстеження (УЗД) нирок, визначалися залишковий азот та креатінін крові. При підозрі на патологію ендокринної системи після консультації ендокринолога визначалися цукор крові та в добовій сечі, УЗД щитовидної залози, рентгенологічне дослідження турецького сідла.

Всім хворим проводилося детальне клінічне та неврологічне обстеження та обстеження хребта та миски [3, 4] з р рентгенографією цих органів.

Результати обстеження та їх обговорення. Після виключення частини хворих з симптоматичними гіпертензіями нефрогенного та ендокринного генезу залишилося 97 хворих, яким ставилися діагнози вертеброгенної гіпертензії і проводилося відповідне лікування.

Діагноз вертеброгенної гіпертензії ставився за сукупністю клінічних та параклінічних симптомів [1, 2].

Серед клінічних проявів цього виду гіпертензії найбільш частими були симптоми, характерні для порушення функції шийного відділу хребта. Серед них найчастішим був біль.

При наявності головного болю уточнювали локалізацію та його характер (в потиличній, скроневій області голови, частіше розпираючого та пульсуючого характеру з іррадіацією в шию). Часто мали місце болі в інших ділянках тіла – в шийному відділі хребта, між лопатками та в лопатках, на передній грудній стінц. Зверталася також увага на час їх появи – після сну або при зміні положення тіла та голови.

Хворі скаржилися також на шум у вухах, запаморочення голови, втрату рівноваги зранку та при повороті голови, нудоти.Частими були скарги на характерні прояви вегетативних симпатоадреналових кризів.

Інколи хворі відмічали появу набряків на повіках, лиці, кистях рук При об'єктивному дослідженні у них дійсно виявлялися набряки повік, обличчя, кистей рук, особливо зранку. У цих хворих обов'язково виключалася патологія нирок (аналізи сечі, креатинін та залишковий зок крові, УЗД нирок).

Характерним було вимушене положення голови, шиї та плечового поясу. При обстеженні виявлялися больові точки, припухлість м'язів в області шийного та верхньогрудного відділів хребта, атрофії тканин плеча, передпліччя і кисті, функціональні блокади у шийному та верхньогрудному відділах хребта, клінічне та рентгенологічне зміщення хребців у цих відділах.

Наведені вище симптоми разом в гіпертензією давали підставу діагностувати вертеброгенну симптоматичну гіпертензію і виділити її з масиву гіпертонічної хвороби.

Патогенез вертеброгенної симптоматичної гіпертензії досить складний.

Центр регуляції судинного тонусу знаходиться у продовгуватому мозку, а продовгуватий мозок морфологічно та функціонально продовжується до 4 шийного хребця [8]. Виникнення функціональних блокад у шийному відділі хребта викликає порушення центрів продовгуватого мозку, які знаходяться поруч з центром регуляції судинного тонусу, зокрема дихального центру. Тому у 0,5-10 % хворих на артеріальну гіпертонію мають місце апное [5].

В утвореному відростками шийних хребців каналі проходить до голови шийна артерія. Зміщення хребців зменшує отвір каналу і викликає компресію шийної артерії. Шийна артерія при входженні до порожнини черепа обходить (огинає) відросток 1 шийного хребця, тому зміщення 1 та 2 хребців порушує кровоток в артерії, що викликає розлади у системі вертебро-базилярної артерії і веде до клінічних проявів її недостатності.

Патологічні зміни хребців викликають компресію нервових корінців, в результаті чого спочатку виникає сегментарна м'язево-тонічна реакція, яка підсилює дію компресії. У відповідь на це в організмі розвивається виражений міофіксаційний симптомокомплекс, який є основою для формування нових рухових стереотипів: генералізованого, регіонального та локального.

При генералізованому типі міофіксації хребет функціонує як єдина функціональна біокінематична система і рухи в ньому можливі лише в краніовертебральному (атлант–окціпут) сегменті, а також в кульшових та гомілково-стопних суглобах.

При перевантаженні в краніовертебральному сегменті виникає спазм м'язів, який веде до компресії шийної артерії. Це приводить до порушення кровообігу в продовгуватому мозку і через центр регуляції стану серцево-судинної системи підвищує рівень артеріального тиску (АТ). У той же час підвищення АТ є одним з факторів порушення мікроциркуляції в ураженому сегменті, що підтримує больовий синдром.

Ураження хребта супроводиться больовим синдромом [3, 4, 6], тому при вертеброгенній гіпертензії у частини хворих виявлено також чіткі больові синдроми в різних відділах хребта. У той же час при вертеброгених больових синдромах виявлено хворих з підвищенням рівня АТ, які практично ніколи не лікувалися з приводу артеріальних гіпертензій [2].

Спостереження показали, що больовий синдром підтримувався до тих пір, доки рівень АТ не нормалізувався. Нормалізація рівня АТ прискорювала зникнення больового синдрому і практичне виздоровлення. Звідси логічно випливає необхідність включення в лікувальний комплекс нормалізацію рівня АТ медикаментозними засобами для досягнення клінічного ефекту. Тому вертеброгенна симптоматична гіпертензія вимагає диференційованого підходу при лікуванні.

Не ускладнена больовим синдромом веретеброгенна симптоматична гіпертензія вимагає проведення маніпуляцій хребта та акупунктури [1]. Ускладнена больовим синдромом ця форма патології вимагає застосування гіпотензивних препаратів разом з маніпуляцією хребта та акупунктурою [2].

Наведене вище ілюструється витягами з медичної документації.

Приклад 1. Хворий А.І.В., 37 років. Звернувся зі скаргами на головні болі в потиличній області, інколи зранку, на розпираючі і пульсуючі болі в усій голові, болі в шийному відділі хребта, періодичну появу набряків під очима зранку. Вказує на появу дрожі в тілі, серцебиття, відчуття нестатку повітря вночі без причини або при різких поворотах голови, що супроводилися інколи болями в серці. Про існування гіпертензії знає протягом 3 років. Кілька разів обстежувався амбулаторно та стаціонарно. У зв'язку з наявністю набряків ретельно обстежувався для виключення паталогії нирок, наднирників але змін не було встановлено ні при ультразвуковому дослідженні (УЗД), ні при рентгенологічному обстеженні цих органів. Аналізи крові та сечі патології також не виявили. У зв'язку з нападами болів в області серця виключали стенокардію. Було діагностовано гіпертонічну хворобу II стадії. Лікувався бета-блокаторами, антагоністами кальцію та сечогінними препаратами без стійкого ефекту.

При об'єктивному дослідженні 18.01.1996: АТ 185/105 мм. рт. ст. Гіпертрофія серця вліво при перкусії та ренгенологічно, 1 тон серця дещо ослаблений. Щитовидна залоза не збільшена. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького відсутній. При УЗД нирок та наднирників патології не виявлено. Рентгенологічно не виявлено патології турецького сідла. В аналізах сечі білка та еритроцитів і лейкоцитів не виявлено. Креатинін та сечовина в крові не підвищені. При обстеженні виявлено вимушене положення голови (відхилення вправо), плечовий пояс асиметричний, при пальпації м'язів шиї є болючі паравертебральні точки. Зранку під очима набряки. Об'єм рухів голови обмежений. Рентгенологічно в прямій проекції відмічаються функціональні блокади сегментів C_4-C_5, C_1 - потилична кістка.

Діагностовано симптоматичну вертеброгенну гіпертензію. Рекомендовано провести маніпуляції

на шийному відділі хребта та акупунктуру з використанням точок C_7, MC_7, R_2, R_7, $E3_6$, V_{32}. Хворий погодився на лікування без застосування медикаментозних засобів. Проведено 4 маніпуляції на вищевказаних сегментах та 4 сеанси акупунктури.

Тиск знизився зразу після 1 маніпуляції та сеансу акупунктури. Через тиждень на фоні нормального артеріального тиску зникли набряки, напади болів та дрожі в тілі. Від медикаментів відмовився. Катанамнез через 2 роки. Періодично проводяться маніпуляції на шиї (раз у квартал). АТ нормальний, працездатність збережена, медикаментів не приймає.

Приклад 2. Хворий А.І.В., 34 років. Звернувся зі скаргами на болі в поперековій ділянці та правій нозі, порушення ходи та рухів, необхідність займати вимушену позу. Хворіє коло 2 років, періодично лікувався у невропатологів медикаментозними засобами, але стійкого ефекту не досягнуто.За рекомендацією знайомих звернувся до рефлексотерапевта.

При об'єктивному дослідженні 18.01.1997 виявлено: правосторонній поперековий сколіоз, генералізований тип міофіксації, підвищені сухожильні рефлекси D>S, розслаблення м´язів черева, спазм м´язів стегна, розслаблення м´язів сідниці.Симптом Ласега позитивний справа.

Рентгенологічно виявлено ротацію pr. spinosus L_5 вправо, правий верхній суглобовий відросток, знаходиться вище порівняно з лівим верхнім, відсутність щілини між суглобовими відростками L_4 і L_5 зліва, синдром розпорки між L_4-L_5, явища остеохондрозу.

Виміряно АТ – 185/100 мм. рт. ст. Слід відмітити, що невропатологи під час обстежень АТ не вимірювали. Границі серця не змінені, тони серця нормальні, шумів над серцем не виявлено. В аналізах сечі білка та інших паталогічних елементів не виявлено. Креатинін та сечовина в крові не підвищені.

Діагностовано вертеброгенне L_4 _ L_5 ураження корінця L_5 з різко вираженим больовим синдромом,. симптоматичну вертеброгенну гіпертензію.

Хворому зразу введено дібазол в/м, через півгодини тиск знизився до 140/85. Рекомендовано приймати інгібітори АПФ в комбінації з сечогінними препаратами. Протягом 3 днів проведено мануальну корекцію уражених сегментів, акупунктуру та контроль АТ. АТ нормалізувався вже на 2 день лікування. Досягнуто хорошого ефекту, больовий синдром зник, хворий став працездатним через 3 дні після початку комбінованого лікування.

Катанамнез через 2 роки. Було одноразове загострення хвороби, яке супроводилося різким больовим синдромом з одночасним підвищенням АТ. Лікувався маніпуляціями на хребті, акупунктурою та медикаментозними гіпотензивними препаратами. Ефект досягався за 3 дні, тоді як раніше для досягнення лікувального ефекту лише медикаментозними засобами потрібно було 3-4 тижні.

Наведені витяги з медичної документації дають чітку уяву про диференційований підхід до лікування симптоматичної вертеброгенної гіпертензії.

Всього було проліковано 95 хворих з діагностованою симптоматичною гіпертензією, з них лише за допомогою маніпуляцій на хребті та акупунктури – 57 хворих. 38 хворих мали виражений больовий синдром в різних відділах хребта з підвищенням артеріального тиску, що дало підставу включити в лікувальний комплекс гіпотензивні препарати. В обох групах хворих вдалося досягти позитивного клінічного ефекту через 3-7 днів. Стан здоров'я частини хворих досліджено через 6 місяців – 2 роки, що дало підставу позитивно оцінити і віддалені результати і рекомендувати такий підхід до лікування у хворих з симптоматичною вертеброгенною гіпертензією згідно рекомендацій, викладених в вишеназваних роботах [1,2]..

Висновки. 1. Описані клінічні та параклінічні симптоми для діагностики симптоматичної вертеброгенної гіпертензії та дано її патогенез.

2. Показані особливості лікування симптоматичної вертеброгенної гіпертензії без застосування медикаментозних засобів.

3. У частини хворих вертеброгенна гіпертензія супроводиться вираженими больовими синдромами з боку хребта.

4. Для зняття больових синдромів при симптоматичній вертеброгенній гіпертензії слід назначати гіпотензивні препарати разом з мануальною терапією та акупунктурою.

ЛІТЕРАТУРА

1. П. України №33056А. Спосіб діагностики та лікування симптоматичної вертеброгенної гіпертензії за Марфинцями-Лазориком. А61В5/00. Заявлено 29.10.1998. Опубл.15.012001. Бюл. №1.2001. Автори Марфинець В.В, Марфинець М.Ю, Лазорик М.І.

2. П. України №35086. Спосіб лікування вертеброгенних больових синдромів, ускладнених симптоматичною артеріальною гіпертензією. А61Н39/00.А61В5/00. Заявлено Опубл. 15. 01. 2001. Бюл.№ 1.2001. Автори Марфинець В.В, Марфинець М.Ю, Лазорик М.І.

3. Антонов И.П Шанько Г.Г. Поясничные боли. Минск:Белорусь. – 1981. – 128с.

4. Веселовский В.П. Практическая вертебрология и мануальная терапия. Рига. – 1991. – 344с.

5. Зеленин П.А., Ощепкова Е.В.. Арабидзе Г.Г. Тер. Арх. -1997. – № 9. – С.76-80.

6. Многотомное руководство по неврологии.-М.- «Медгиз».-1962.- Т.3.К.1.-С.107-123.

7. Руководство по кардиологии. М. «Медицина».-1982.- Т.4.-С.5-101.

8. Hansen K., Schliack H. Segmentale Innerwation, ihre Bedeutung fur Klinik und Praxis. Studgart, Thieme Verl. 1962. – 235 p.

SUMMARY

DIFFERENTIAL TREATMENT OF VERTEBROGEN HYPERTENSION

Marfynets M.Yu.

Diagnostic criteria for distinguished symptomatic vertebrogen hypertension are presented. Pathogenesis of this kind of hypertension and its connection with pain vertebrogen syndrom is presented. The differentiated treatment with non-medicinal means (acupuncture and manual correction) and in presence of a pain syndrome – with hypotensive preparations and acupuncture and manual correction. is substantiated.

Key words: vertebrogen hypertention, treatment with acupuncture and manipulations of the back and medicine