

2004.– 340с.

14. David J., Couper. The Periodontitis and Vascular Events (PAVE) Pilot Study: Recruitment, Retention, and Community Care Controls. //J.of Periodontol.–2007. – №11. – P.80–89.

15. Stephen W., Looney. Letter to the Editor: Re: “Treatment of Periodontal Disease and the Risk of Preterm Birth. //J. of Periodontology.–2007.– №11.–P.1–2.

STRUCTURALLY FUNCTIONAL BASIS OF IMMUNOREHABILITATION OF CHRONIC GINGIVITIS PATIENTS BY ELEUTEROCOCCUS AND PHYTOVIT PHYTOADAPTOGENS. SULPHIDE MINERAL WATER “REDANT-4” INFLUENCE

Z.K. KOZYREVA, L.G. KHETAGUROVA, K.M. KOZYREV

Stomatological Polyclinics of Northern Ossetia State Medical Academy, Vladikavkaz

The article highlights the obtainment of new knowledge about the role of abnormalities in physiological functions temporary organization in the development and progression of different forms of chronic gingivitis. Characteristic features of desynchronization following the indicated gum pathology were established, being harmful for successful adaptation and one of the key pathogenic links in physiological systems of this category of patients, especially in those with amyloid-depending chronic gingivitis, particularly with chronic hypertrophic gingivitis.

Key words: chronic gingivitis, desynchronization, immunorehabilitation, phytoadaptogens.

УДК 616-009.12

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СЛУЧАЕВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ В САНАТОРИЯХ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЕЙ

И.В. МАСЛАКОВ*

В статье приводится современный анализ факторов, подлежащих включению в отдельный лекционный курс в рамках профессиональной переподготовки врачей муниципальной сети здравоохранения и санаториев по вопросам профилактики случаев внезапной смерти больных гипертонией. На статистически достоверном уровне наблюдений автор приводит доказательства эффективного внедрения (в рамках крупного российского курорта) системы медикаментозного и немедикаментозного предупреждения случаев внезапной смертности от гипертонии.

Ключевые слова: профилактика смерти больных гипертонией на курортах.

Актуальность исследования определяется тем, что, по мнению ряда ведущих отечественных исследователей [1,2], в структуре заболеваемости артериальной гипертонией за последние 5 лет наметилась устойчивая тенденция роста случаев диагностики эссенциальной (первичной) гипертонии у лиц молодого (до 25 лет) и среднего (не старше 40 лет) возраста. Одновременно констатируется увеличение распространенности среди различных социальных групп населения, так называемой *изолированной систолической артериальной гипертонии* (ИСАГ), причем, профессор медицинской школы Кембриджа I.B. Wilkinson (2010) указывает, что ИСАГ не столь часто поражает пациентов в возрасте до 40 лет, но ее частота (в т.ч. впервые выявленная) резко увеличивается у людей старше 50 лет. Вместе с тем, Конгресс Европейского Общества Кардиологов (Берлин, 2002) и Объединенная комиссия по выявлению и лечению артериальной гипертонии при поддержке Национального института патологии сердца, легких и крови (Москва, 2009) декларировали потребность изыскания нового методологического подхода к восстановительному лечению (в т.ч. на курортах) больных различными формами артериальной гипертонии на фоне возможностей низкодозовой гипотензивной комбинированной терапии, предполагающей особую схему сочетанного использования не только современных медикаментозных препаратов (сосудорасширяющих, диуретиков, бета-блокаторов, ингибиторов АПФ и т.д.), но и лечебных курортных климатобальнеофакторов [3].

В разработанных Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов рекомендациях III пересмотра «Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертонии» (2009) указывается, что «гипертония (артериальная гипер-

тония) в РФ, как и во всех странах с развитой экономикой, является одной из актуальных медико-социальных проблем. Это обусловлено высоким риском осложнений, широкой распространенностью и недостаточным контролем в масштабе популяции. В странах Запада АД должным образом контролируется менее чем у 30% населения, а в России аналогичный контроль (в рамках диспансеризации) за последние 3 года документально подтверждается лишь у 17,5% женщин и 5,7% мужчин больных АГ. Польза от снижения АД доказана не только в целом ряде крупных, многоцентровых исследований, но и реальным увеличением продолжительности жизни в Западной Европе и США. В основу третьей версии рекомендаций легли Европейские рекомендации по контролю АГ (2009). Особенностью третьей версии, как и предыдущей, является то, что в соответствии с современными положениями, изложенными в последнем европейском руководстве, АГ рассматривается как один из элементов системы стратификации индивидуального сердечно-сосудистого риска. АГ в силу своей патогенетической значимости и возможности регулирования является одной из важнейших составляющих этой системы. Такой подход к пониманию сути и роли АГ как ФР может реально обеспечить снижение сердечно-сосудистых заболеваний и смертности в целом по России. Под термином «артериальная гипертония» подразумевают синдром повышения АД при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертониях». Термин «гипертоническая болезнь» (ГБ), предложенный Г.Ф. Лангом в 1948 г., соответствует употребляемому в других странах понятию «эссенциальная гипертония». Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами («симптоматические артериальные гипертонии»). В силу того, что ГБ – гетерогенное заболевание, имеющее довольно отчетливые клиничко-патогенетические варианты с существенно различающимися на начальных этапах механизмами развития, в научной литературе вместо термина «гипертоническая болезнь» часто используется понятие «артериальная гипертония».

Проблеме санаторно-курортного лечения больных различными нозологическими формами эссенциальных гипертоний посвящен один из подразделов выпущенных МЗ РФ в 1999 году методических указаний «Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков» (№ 99/227 от 22.12.99), что послужило основой для создания собственного алгоритма организации контроля на курорте больных гипертонической болезнью (схема 1).

Комментируя данные схемы 1, надлежит выделить следующие ее компоненты:

- 1 компонент. Разработка и тиражирование специальной карты социологического опроса постоянных жителей курорта Сочи, состоящих под диспансерным наблюдением в местных ЛПУ по поводу эссенциальной гипертонии (I 10 по МКБ-X), для определения коэффициента социальной востребованности среди этих больных активных форм диспансеризации, включающего сочетанное использование бальнео- и талассопроцедур вкупе с низкодозовой гипотензивной комбинированной медикаментозной терапией названного контингента пациентов. Данный коэффициент был обозначен в рамках исследования соответствующей аббревиатурой (коэффициент Q) и вычислялся по формуле: β

$$\text{Коэффициент } Q = \gamma,$$

где β – количество диспансерных больных, страдающих эссенциальной гипертонией (I 10 по МКБ-X), предъявляющих в ходе социологического опроса определенный комплекс жалоб на состояние здоровья и выразивших желание пройти предложенный автором дополнительный курс процедур восстановительного лечения в период диспансеризации (вне госпитального этапа); γ – общее количество больных с указанной патологией, состоящих на диспансерном учете в период проведения настоящей работы в ЛПУ – базах исследования.

- 2 компонент. Реализация автором исследования непосредственного процесса социологического опроса постоянных жителей курорта Сочи, состоящих под диспансерным наблюдением в ЛПУ – базах исследования по поводу эссенциальной гипертонией (I 10 по МКБ-X);

- 3 компонент. Проведение автором исследования анали-

* НИИ нейроортопедии и восстановительной медицины, 354200, Краснодарский край, г.Сочи, п.Лазаревское, ул.Победы, д.153, e-mail: maslakovsochi@mail.ru

за полученных результатов социологического опроса согласно разработанной опросной карты; формирование рандомизированных групп наблюдения больных из числа респондентов для реализации предложенных схем восстановительного лечения; составление графиков и индивидуальных схем врачебных назначений системных восстановительных процедур для отобранных диспансерных больных (аэро-, гелио-, бальнео-, морские процедуры вкупе с современными методами медикаментозной терапии) после проведения дополнительного обследования этих пациентов;

- 4 компонент. Кластерификация, ранжирование причин и факторов, определяющих доказательность преимуществ (перед традиционными схемами диспансеризации) сочетанного включения в индивидуальные схемы восстановительного лечения процедур бальнео- и талассолечения;

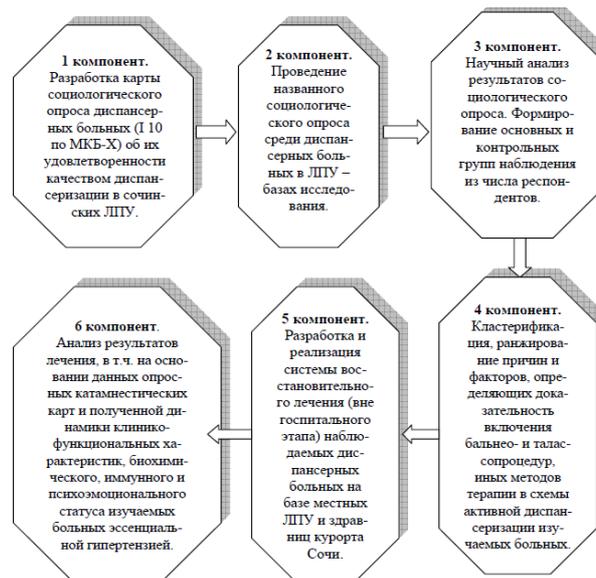
- 5 компонент. Разработка ингредиентов и реализация системы процедур восстановительного лечения (вне госпитального этапа) сформированных рандомизированных групп больных, находящихся под диспансерным наблюдением в местных ЛПУ по поводу эссенциальной гипертензии (1 10 по МКБ-X);

- 6 компонент. Анализ результатов лечения, разработка, тиражирование специальных карт катamnестического опроса (заполняемых по истечению 1 года с момента восстановительного лечения по предложенным автором схемам основных и контрольных подгрупп наблюдения диспансерных больных). Анализ отдаленных результатов лечения (лечебно-профилактическая и медико-экономическая эффективность предложенной методологии восстановительного лечения указанного контингента диспансерных больных в ЛПУ и базах исследования).

Вместе с тем, как показала сложившаяся практика развития российского здравоохранения, к началу XXI века возникла обоснованная социальная потребность возврата к федеральным целевым программам по профилактике и лечению болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением. Актуальность указанной проблематики была настолько высока, что Правительство РФ своими распоряжениями в 2000-2001 годах утвердило федеральную целевую программу «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации». По данным официальной статистики, в России зарегистрировано 4,8 млн. больных с повышенным кровяным давлением. По результатам выборочного обследования число таких больных достигает 42 млн. человек или около 30% всего населения. Вместе с тем, в документах расширенного заседания Коллегии Минздравсоцразвития РФ (март, 2011) констатируется, что «эффективность лечения больных с артериальной гипертензией остается на крайне неудовлетворительном уровне по ряду причин. Артериальное давление контролируется менее чем у 30% больных с данной патологией. Одной из причин этого является низкая приверженность к лечению больных с артериальной гипертензией, под которой понимается точность и постоянство выполнения врачебных назначений».

Постановлением Главы города Сочи от 31.12.2002 № 785 утверждена городская Целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в г. Сочи». Настоящая программа предусматривала исследования составом рабочей группы медиков-депутатов Городского Собрания г. Сочи непосредственно для разработки паспорта и основных мероприятий указанной целевой программы. Целью и задачами этой программы являлись комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения артериальной гипертензии, реабилитации больных с ее осложнениями, снижение уровня заболеваемости населения артериальной гипертензией, инвалидности и смертности от ее осложнений (инсульт, инфаркт миокарда). Городская целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в г. Сочи» (далее именуется - Программа) разработана в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» и распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. № 1776-р, а также на основании Постановления Правительства от 17.07.2001 № 540.

Алгоритм медицинского контроля за показателями состояния здоровья больных гипертензией на курорте Сочи



В настоящее время в городе Сочи, как и в целом в Российской Федерации сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация, связанная с резким ростом заболеваемости артериальной гипертензией, являющейся не только одним из основных факторов риска развития заболеваний системы кровообращения и смертности населения от них, но и самым распространенным заболеванием. Результаты выборочного исследования населения показали, что общее количество больных артериальной гипертензией в возрасте 15 лет и старше в г. Сочи достигает более 96,8 тысяч человек, хотя по данным официальной статистики зарегистрировано всего 16,9 тыс. человек. В структуре причин общей смертности населения г. Сочи смертность от болезней системы кровообращения составляет 61%. Из них на долю ишемической болезни сердца и цереброваскулярных болезней – основных осложнений артериальной гипертензии – приходится соответственно 55,3% и 30,7%.

Как особо подчеркнул в своей публикации 2010 года профессор А.О. Конради (НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова Минздравсоцразвития РФ, г. Санкт-Петербург) «в последние годы внимание исследователей, занимающихся разработкой оптимального лечения артериальной гипертензии (АГ), сосредоточено на фатальных осложнениях, таких как сердечнососудистая смертность, количество инфарктов и инсультов. В этом аспекте результаты метаанализа имеющихся клинических исследований свидетельствуют о том, что все современные классы антигипертензивных препаратов обладают сопоставимыми возможностями в плане профилактики конечных точек. В меньшей степени обсуждаются нефропротективные свойства препаратов, что связано с относительно небольшим вкладом хронической почечной недостаточности (ХПН) в структуру смертности больных АГ. Известно, что даже среди больных ХПН 62% находящихся на гемодиализе погибают не от почечной недостаточности, а от сердечно-сосудистых осложнений. Однако у ряда категорий пациентов, а именно у больных сахарным диабетом и паренхиматозными заболеваниями почек, проблема нефропротекции является значительно более актуальной как с позиций прогноза пациентов, так и в социально-экономическом плане в связи с высокой стоимостью и трудностями в обеспечении пациентов гемодиализом, а также высокой смертностью среди больных, получающих гемодиализ. Поскольку АГ является основным фактором прогрессирования ХПН любой этиологии, то проведение адекватной антигипертензивной терапии у пациентов с протеинурией и нарушенной функцией почек выступает важнейшей задачей в лечении. При этом нефропротективные свойства препаратов являются основным требованием к такого рода терапии. Нарушение функции почек также достаточно актуально для пациентов с тяжелой АГ. Так, в классическом исследовании MRFIT (исследование по коррекции множества факторов риска), в котором

принимали участие почти 13 тыс. пациентов, было показано, что у одной трети больных за 5 лет наблюдения отмечалось ухудшение функции почек. При этом степень снижения клиренса креатинина была больше у лиц черной расы, у пожилых и у больных тяжелой АГ. Возраст сам по себе является фактором, приводящим к ухудшению функции почек, и почечная недостаточность чаще встречается у пожилых. Актуальность данной проблемы связана с достаточно большим числом пациентов, у которых имеются особые показания к назначению препаратов с нефропротективными свойствами. Так, среди больных сахарным диабетом (СД) через 20 лет болезни 20-27% имеют нефропатию в стадии макроальбуминурии, для которых актуальна уже не проблема профилактики, а лечение почечных осложнений. При этом как при первом, так и втором типе СД доля больных с почечной недостаточностью за 5 лет после появления протеинурии возрастает до 75%. Антигипертензивную терапию получают, по данным ВОЗ, 48% больных СД типа 1 и 65% больных СД типа 2, имеющих протеинурию, что еще раз подчеркивает важность рационального выбора такой терапии. Вышеизложенное, на наш взгляд, представляет собой достаточную мотивировку для выделения (в виде отдельного курса лекций или тематических семинаров) вопросов профилактики случаев внезапной смерти больных гипертонией, особенно на курортах российского Причерноморья, характеризующихся погодными окклюзиями в условиях субтропиков.

Литература

1. *Оганов, Р.Г.* Диагностика ишемической болезни сердца. Оценка болевого синдрома и данных анамнеза / Р.Г. Оганов // Украинский терапевтический вестник. – 2010. – №2. – С. 47–52.
2. *Чазов, Е.И.* Основы государственного регулирования в сфере развития отечественной медицины / Е.И. Чазов // Новый терапевтический вестник. – 2010. – № 6. – С.6–12.
3. *I.B. Wilkinson.* Progression of the culprit lesion in unstable coronary artery disease with warfarin and aspirin versus aspirin alone: preliminary Study. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 30:364–369.

SCIENTIFIC RATIONALE FOR THE METHODOLOGY OF PREVENTION OF SUDDEN DEATH IN THE SANATORIUM PATIENTS WITH HYPERTENSION

I.V. MASLAKOV

Research Institute of Neuroorthopaedy and Rehabilitative Medicine, Clinical Department

The article presents the contemporary analysis of the factors to be included in a separate lecture course in professional training doctors of municipal network of health protection and sanatoria dealing with sudden death prevention in patients with hypertension. The author gives statistically reliable evidence of effective implementation of non-medical drug and prevention of sudden death from hypertension at the level of observation in an important Russian resort.

Key words: prevention of death in patients with hypertension in resorts.

УДК 616.36-002

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОПАТОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ С

Ж. Б. ПОНЕЖЕВА*

В статье приводятся результаты собственных исследований иммунологических аспектов патогенеза при хроническом вирусном гепатите С в зависимости от стадии заболевания и генотипа HCV. Изучены клинико-иммунологические особенности хронического вирусного гепатита С у 264 больных путем исследования показателей клеточного, гуморального иммунитета и цитокинового статуса при различных генотипах вируса гепатита С. Выявлены статистически значимые различия в иммунологических показателях у больных хроническим вирусным гепатитом С, корреляции ключевых цитокинов и показателей иммунитета с рядом клинико-лабораторных синдромов в зависимости от генотипа. Определены иммунные нарушения, ассоциированные с прогрессирующим течением заболевания и предложены иммунологические критерии оценки течения и прогноза хронического вирусного гепатита С.

Ключевые слова: хронический гепатит С, генотип 3а и 1b, иммунитет В настоящее время *хронической гепатит С* (ХГС) пред-

ставляет актуальную медико-социальную проблему ввиду его повсеместного распространения, возможности развития серьезных осложнений, значительного экономического ущерба, нерешенности многих вопросов противовирусной терапии, недостаточной ее эффективности и высокой стоимости [3]. Несмотря на большие достижения в изучении патогенеза ХГС, остается много нерешенных вопросов в области диагностики, профилактики и лечения этой инфекции [6]. Многие вопросы, касающиеся механизмов повреждающего действия гепатотропных вирусов на печень, роли иммунной системы в прогрессировании патологии, остаются открытыми [5]. Дальнейшее уточнение иммунопатогенеза ХГС и идентификация иммунологических критериев прогрессирования и критериев благоприятного ответа на терапию является актуальной медицинской проблемой.

Цель исследования – определение иммунных нарушений, ассоциированных с прогрессирующим течением ХГС в зависимости от генотипа HCV.

Материалы и методы исследования. На базе кафедры инфекционных болезней медицинского факультета Кабардино-Балкарского государственного университета (КБГУ) в клинике Республиканского Центра Инфекционных болезней (РЦИБ) обследовано 264 больных ХГС в возрасте от 18 до 60 лет, средний возраст 33,4±2,1; из них мужчин 167 (63,3%) и женщин – 97(36,7%). Диагноз ХГС устанавливался на основании эпидемиологических, клинических, лабораторных данных и подтверждался выявлением специфических серологических маркеров методом ИФА (anti-HCV IgM, G, G+M; anti-HCVcor IgM, G, G+M) при отсутствии маркеров вирусов гепатита А, В, G, а также детекцией РНК ВГС у всех пациентов методом *полимеразной цепной реакции* (ПЦР), у части больных (197) ПЦР-диагностика в количественном варианте и у всех пациентов с ПЦР(+) анализом генотипирования HCV.

Для выполнения намеченного плана использовались общепринятое лабораторное исследование для гепатологического отделения. Исследовались цитокиновый профиль ИЛ-1β, -4, -6, -10, -12, ФНО-α в сыворотке крови ИФА методом с использованием тест-систем НПО «Протеиновый контур», показатели клеточного иммунитета с определением субпопуляций CD3+, CD4+, CD3+CD56+, CD8+, CD19+, ИРИ, маркеров активации CD25+, апоптоза иммунокомпетентных клеток (CD95+ на моноцитах, лимфоцитах) методом проточной цитометрии с помощью моноклональных антител. Определение IgA, IgM, IgG методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (1965) и *циркулирующих иммунных комплексов* (ЦИК) методом преципитации в полиэтиленгликоле. Анализ морфологических данных проведен у 32 больных на биопсийном материале печени, эластография выполнена 38 больным, УЗИ брюшной полости – всем пациентам. Статистическую обработку данных проводили общепринятыми методами вариационной статистики с использованием статистических показателей t-критерий Стьюдента и коэффициента корреляции. Математическая обработка данных проводилась с использованием программ «Windows-2007» и «Excel».

Результаты и их обсуждение. У всех больных оценивалась фаза репликации и степень биохимической активности ХГС. Результаты проведенного генотипирования выявили генотип 1b в 42,9% случаев (87 пациентов), генотип 3а выявлен у 93 (45,8%) больных, отмечается сочетанное инфицирование генотипами 1b+3а у 17 больных (8,4%), у 2 больных ХГС обнаружен 2 генотип (1%), с генотипом 1а – 4 больных (2%). В исследованиях повышение активности в сыворотке крови до 3 норм АЛТ расценивали как минимальную степень активности (24% случаев), от 3 до 5 норм АЛТ как умеренную степень активности (20% случаев), от 5 норм АЛТ и выше как выраженную степень активности (19% случаев), без биохимической активности ХГС у 37% больных.

Ведущая роль в течение ХГС принадлежит иммунной системе больного, реактивности и резервным возможностям организма. С целью определения иммунных механизмов в патогенезе ХГС проведено исследование иммунного статуса в зависимости от активности процесса и генотипа ВГС.

Полученные данные показывают, что у больных ХГС выраженный дисбаланс в Т-клеточном иммунитете, который зависит от фазы и от стадии заболевания. Достоверно низкая экспрессия CD4 (31,9±0,9, p=0,001) у обследуемых больных ХГС в фазе репликации при биохимической активности свидетельствует о достаточно слабом Т-клеточном пролиферативном ответе на антигены ВГС (табл. 1). Достоверное повышение CD8 в фазе репликации в стадии биохимического обострения у больных ХГС, свидетельствует о том,

* Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, 360004, КБР, г. Нальчик, улица Чернышевского, 175