

ЛИТЕРАТУРА

1. Артрушкевич В. Г., Дмитриева Л. А., Поляков А. В. и соавт. Роль полиморфизмов гена рецептора кальцитонина (CALCR) и $\alpha 1$ -цепи коллагена I типа (COL1A1) в патогенезе хронического генерализованного пародонтита с агрессивным течением // Пародонтол. – 2009. – № 2. – С. 14–20.
2. Захарова Н. Б., Иванова И. А. Профиль цитокинов в зубодесневой жидкости при заболеваниях пародонта // Новости «Вектор-Бест». – 2009. – № 4. – С. 3–4.
3. Серпик В. Г. Теоретические основы биостатистики при проведении фармакоэкономических исследований // Фармакоэкономика. – 2009. – № 2. – С. 9–14.
4. Царев В. Н., Николаева Е. Н. Аллельный полиморфизм генов ИЛ-1 α и ИЛ-1 β у больных с хроническими воспалительными заболеваниями пародонта // Вестник Рос. АМН. – 2007. – № 3. – С. 43–47.
5. Anovazzi G., Kim Y. J., Viana A. C., et al. Polymorphisms and haplotypes in the interleukin-4 gene are associated with chronic periodontitis in Brazilian population // J. periodontol. – 2010. – Vol. 81. № 3. – P. 392–402.
6. Havemose-Poulsen A., Sørensen L. K., Bendtzen K. Polymorphisms within the IL-1 gene cluster: effects on cytokine profiles in peripheral blood and whole blood cell cultures of patients with aggressive periodontitis, juvenile idiopathic arthritis, and rheumatoid arthritis // J. periodontol. – 2007. – Vol. 78. № 3. – P. 475–492.
7. Holla L. I., Fassman A., Augustin P., et al. The association of interleukin-4 haplotypes with chronic periodontitis in a Czech population // J. periodontol. – 2008. – Vol. 79. № 10. – P. 1927–1933.
8. Hooshmand B., Hajilooi M., Rafiei A. Interleukin-4 (C-590T) and interferon-gamma (G564A) gene polymorphisms in patients with periodontitis // J. periodontal res. – 2008. – Vol. 43. № 1. – P. 111–115.
9. Kang B. Y., Choi Y. K., Choi W. H., et al. Two polymorphisms of interleukin-4 gene in Korean adult periodontitis // Arch. pharm. res. – 2003. – Vol. 26. № 6. – P. 482–486.
10. Kara N., Keles G. S., Sumer P. Association of the polymorphisms in promoter and intron regions of the interleukin-4 gene with chronic periodontitis in a Turkish population // Acta odontol. scand. – 2007. – Vol. 10. – P. 1–6.
11. Kinane D. F., Hart T. C. Genes and gene polymorphisms associated with periodontal disease // Crit. rev. oral biol. med. – 2003. – Vol. 14. № 6. – P. 430–449.
12. Kornman K. S., di Giovine F. S. Genetic variations in cytokine expression: a risk factor for severity of adult periodontitis // Ann. periodontol. – 1998. – Vol. 3. № 1. – P. 327–338.
13. Laine M. L., Loos B. G., Crielaard W. Gene polymorphisms in chronic periodontitis // Int. j. of dent. – 2010. – Vol. 20. № 10. – P. 1–22.
14. Pontes C. C., Gonzales J. R., Novaes A. B. Jr., et al. Interleukin-4 gene polymorphism and its relation to periodontal disease in a Brazilian population of African heritage // J. dent. – 2004. – Vol. 32. № 3. – P. 241–246.
15. Scarel-Caminaga R. M., Trevilatto P. C., Souza A. P., et al. Investigation of IL4 gene polymorphism in individuals levels of chronic periodontitis in a Brazilian population // J. clin. periodontol. – 2003. – Vol. 30. № 4. – P. 341–345.

Поступила 11.11.2010

Н. И. ЗАЗИРНЯЯ¹, О. К. ФЕДОРОВИЧ²

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОРВИ НА СОСТОЯНИЕ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА И РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА

¹МУЗ городская больница № 2 «КМЛДО»,

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/1;

²кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГОУ ВПО КГМУ Росздрава,

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Седина, 4,

тел. 8-918-0-11-33-55. E-mail: akhtemnatalia@rambler.ru

На основании анализа полученных результатов было отмечено, что при своевременном выявлении ОРВИ и гриппа у наблюдавшихся беременных в 2008–2009 гг. частота выявления внутриутробного инфицирования снизилась на 7,41%; частота выявления внутриутробной гипоксии плода снизилась на 8,66%; количество самопроизвольных выкидышей снизилось на 2,2%; число замерших беременностей снизилось на 4,16%; появление внутриутробной патологии развития плода, приводящее к прерыванию беременности, снизилось на 2,76%.

Таким образом, внедрение алгоритма ведения беременных женщин с заболеваниями ОРВИ и гриппа позволило за счет своевременного выявления заболевания и начала адекватной терапии снизить частоту осложнений со стороны матери и плода, а также повысить количество благоприятных исходов беременности.

Ключевые слова: беременные женщины, состояние плода, осложнение беременности, фетоплацентарный комплекс.

N. I. ZAZIRNJAJA¹, O. K. FEDOROVICH²

FEATURES OF INFLUENCE ORVI ON A CONDITION FETOPLACENTAL COMPLEX AND DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS FOR MOTHER AND A FETUS

¹Municipal hospital № 2 «KMMDU»,

Russia, 350012, Krasnodar, Krasnuy partizan str., 6/1,

²department of obstetrics, gynecology and perinatologii of training and post-graduate specialization faculty of Kuban state medical university,

On the basis of the analysis of the received results it has noted been, that at duly revealing ORVI and a flu on observed pregnant women in 2008–2009 years., frequency of revealing intra-uterine infection has decreased on 7,41%; frequency of revealing intra-uterine hypoxia a fetus has decreased on 8,66%; the quantity of spontaneous abortions has decreased on 2,2%; the number stood births has decreased on 4,16%; occurrence intra-uterine a pathology of development of the fetus, leading interruption of pregnancy, has decreased on 2,76%.

Thus, introduction of algorithm of conducting pregnant women with diseases ORVI and a flu, has allowed due to duly revealing disease and the beginning of adequate therapy to lower frequency of complications from mother and a fetus, and to raise quantity of favorable outcomes of pregnancy.

Key words: pregnant women, a condition of a fetus, complication of pregnancy, a fetoplacental complex.

Введение

Известно, что чувствительность и восприимчивость беременных женщин к инфекционным заболеваниям повышены, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы болезни [3, 4].

Все острые респираторные заболевания у беременных женщин протекают значительно тяжелее, чем у небеременных [4, 5]. Беременность в ряде случаев способствует усугублению заболеваний органов дыхания. Это возникает вследствие физиологических изменений в органах дыхания во время беременности: набухание, усиленная васкуляризация, отек слизистой оболочки верхних дыхательных путей и бронхов, снижение тонуса мышечной оболочки бронхов. Приподнятая беременной маткой диафрагма ограничивает экскурсию легких и создает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему. Это способствует снижению дренажной функции и вентиляционных процессов в бронхах, дыхательной поверхности легких, делает дыхательные пути более уязвимыми для предрасполагающих факторов и развития заболевания [1, 4, 5, 7].

Иммунная система при беременности существенно перестраивается, чтобы минимизировать реакцию отторжения плода и иммунное влияние на будущего младенца [5, 8]. При этом, однако, оказывается пониженным общий иммунный статус организма беременной, в том числе уровень противовирусной и антибактериальной защиты, что способствует активации латентных заболеваний, в том числе вирусно-бактериальной этиологии как во время беременности, так и в послеродовом периоде [2, 7, 8].

Существенное значение в патогенезе внутриутробной патологии плода и новорожденного при беременности, осложненной гриппом, отводится патологическим сосудистым изменениям в плаценте, тромбозу интервиллезного пространства, очаговым кровоизлияниям в базальную пластинку плаценты, оболочку и пуповину, которые, нарушая плацентарное кровообращение, неблагоприятно влияют на состояние плода и новорожденного [6, 9, 11].

Н. С. Бакшеев с соавт. (2008) при проведении патоморфологических исследований последов женщин, болевших перед родами гриппом, обнаружил дегенеративные процессы воспалительного характера тканей плаценты, оболочек и пуповины. Близкие по результатам данные получены Ю. Н. Анисимовой с соавт. (2008) при морфологическом исследовании последов женщин, перенесших грипп в конце беременности. Эти изменения способствуют нарушению барьерной функции плаценты, метаболическим процессам между плодом и материнским организмом, тем самым облегчают переход вируса гриппа от матери к плоду, а также токси-

ческих веществ, что нередко ведет к асфиксии плода, задержке его роста и веса [7, 10, 11].

По данным М. А. Башмаковой с соавт. (2008), С. М. Беккера (2005), инфекционно-токсическое действие гриппозной инфекции способствует также возникновению гиповитаминозов и гиперацидоза, что в совокупности с другими нарушениями в организме беременной приводит к различным осложнениям, вплоть до прерывания беременности и гибели плода [1, 2].

В. П. Кулаженко (2006), В. Ф. Григорьев с соавт. (2003), изучавшие влияние гриппозной инфекции на течение и исход беременности, выявили значительное повышение частоты спонтанных аборт, мертворождений, осложнений в родах и послеродовом периоде [2, 4].

Смертельные исходы от гриппа и острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) составляют 0,6% населения. В. И. Исаков с соавт. (2004) обращают внимание на отсутствие снижения летальности от гриппа, которая в последнее десятилетие остается стабильной [3, 8, 11].

Чаще всего смерть при гриппе наступает от осложнений. В первую очередь это происходит от пневмонии, регистрируемой в период эпидемий у 15–21% всех госпитализированных больных гриппом (В. И. Исаков, 2004).

Цель настоящего исследования – выявить особенности влияния острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) на состояние фетоплацентарного комплекса и развитие осложнений для матери и плода.

Методика исследования

Нами обследовались и наблюдались беременные женщины, перенесшие ОРВИ во время беременности за 2006–2007 гг. (1-я группа, n=119 беременных) и 2008–2009 гг. (2-я группа, n=600 беременных).

При исследовании проводился сбор анамнеза для оценки факторов риска.

Проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза, а также доплерометрия фетоплацентарного комплекса для определения состояния плода, околоплодных вод.

Целью данного обследования было обнаружение признаков, наиболее часто встречающихся при антенатальных инфекциях: мало-, многоводие, нарушение маточно-плацентарного кровотока, увеличение толщины и нарушение созревания плаценты, меконий в околоплодных водах, ЗВУР.

Эхографическое исследование фетоплацентарной системы позволяет заподозрить наличие инфекционного процесса плода и сопутствующей фетоплацентарной недостаточности и раньше начать соответствующую терапию [3, 5].

В исключительных случаях проводилась рентгенография органов грудной полости для подтверждения и динамики развития пневмонии, а также исследование удаленного гистологического материала (ткань плаценты и плодных оболочек).

Возраст обследуемых варьировал от 16 до 36 лет, средний возраст составил $27,0 \pm 0,5$ года.

При оценке менструального цикла возраст наступления менархе составил $13,2 \pm 1,1$ года. Нарушений менструального цикла у обследованных не выявлено. Начало половой жизни у женщин отмечено с $17,8 \pm 1,7$ года, из них 63% обследуемых находились в официальном браке, имели одного полового партнера, у 23,3% женщин был гражданский брак и 13,4% составили одинокие женщины, у которых выявлено два и более половых партнера.

Результаты исследования и обсуждение

Среди обследованных беременных I группы 63 (52,94%) женщины были первобеременными, 56 (47,06%) – повторно беременными, из них у 28 (23,53%) женщин была вторая беременность, у 11 (9,24%) – третья беременность, у 17 (14,29%) женщин было более 3 беременностей.

Во II группе 308 (51,33%) женщин были первобеременными, 292 (48,67%) – повторно беременными, из них у 153 (25,5%) женщин была вторая беременность, у 53 (8,83%) – третья беременность, у 86 (14,33%) женщин было более 3 беременностей.

Перенесенные заболевания среди обследованных женщин были разделены на детские инфекции, гинекологические и экстрагенитальные заболевания, во всех группах процент женщин, перенесших заболевания, был практически одинаков и не отличался от среднестатистических данных в общей популяции.

В I группе при обследовании ультразвуковым методом было обследовано 119 беременных женщин с острыми респираторными заболеваниями. У 30 (25,21%) беременных женщин было заподозрено внутриутробное инфицирование плода. Среди 82 беременных женщин, перенесших заболевания верхних дыхательных путей (ВДП), у 15 (18,29%) было выявлено внутриутробное инфицирование плода. Из 17 беременных, перенесших во время беременности пневмонию, у 9 (52,94%) было отмечено данное осложнение беременности. Из 20 беременных, перенесших заболевания нижних дыхательных путей (НДП), у 6 (30%) было отмечено данное осложнение на фоне прогрессирования беременности.

Во II группе обследовано ультразвуковым методом 600 беременных женщин с острыми респираторными заболеваниями, у 107 (17,8%) было заподозрено

внутриутробное инфицирование плода (ВУИ). Из 386 наблюдавшихся беременных женщин, перенесших заболевание ВДП во время беременности, у 57 (14,7%) отмечена данная патология. Из 100 беременных, перенесших пневмонию, у 32 (32%) женщин выявлено внутриутробное инфицирование плода, из 98 беременных, перенесших заболевание НДП, – у 13 (13,2%) женщин.

Как видно из представленных данных, частота внутриутробного инфицирования была выше у пациенток, перенесших пневмонию во время беременности.

При возникновении пневмонии резко увеличивается риск развития гипоксии, снижается сатурация O_2 и до 20% возрастает необходимость проведения искусственной вентиляции легких (S. C. Wei, J. Norwood, 2005.)

По нашим данным, в I группе внутриутробная гипоксия плода была отмечена у 51 (42,86%) беременной женщины. У беременных, перенесших заболевания ВДП, данная патология выявлена у 28 (34,2%) женщин, а у беременных, перенесших пневмонию, – у 13 (76,5%), у беременных с заболеваниями НДП – у 10 (50%).

Внутриутробная гипоксия плода во II группе развилась в 34,2% случаев – у 205 беременных женщин на фоне ОРВИ. У женщин с заболеваниями ВДП – у 105 (27,2%), у беременных, переболевших пневмонией, – у 50 (50%) и у женщин, перенесших заболевание НДП, – в 34% случаев.

Беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в I группе в сроке до 22 недель у 10 (8,4%), из них у 3 (3,66%) женщин, перенесших заболевания ВДП в I триместре (2 беременные – 2,45%) и II триместре (1 беременная – 1,22%). У 4 (23,5%) беременных, переболевших пневмонией в I триместре (3 беременные – 17,64%) и II триместре (1 беременная – 5,88%). У 3 женщин (15%), перенесших заболевания НДП путей в I триместре.

Во II группе у 37 (6,2%) беременных женщин произошел самопроизвольный выкидыш в сроке до 22 недель. Прерывание беременности в сроке до 22 недель произошло у 8 (2,07%) беременных, переболевших заболеваниями ВДП в I триместре (5 беременных – 1,3%) и во II триместре (3 беременные – 0,78%), у 18 (18%) беременных, переболевших пневмонией в I триместре (13 беременных – 13%) и во II триместре (5 беременных – 5%), у 9 (9,2%) беременных, переболевших заболеваниями НДП в I триместре (7 беременных – 7,14%) и во II триместре (2 беременные – 2,17%).

Замершая беременность была выявлена по данным УЗИ и подтверждена гистологическим методом в I группе у 8 (6,72%) беременных женщин, что значительно выше, чем в общей популяции. Наибольшее высокое значение данной патологии было отмечено у 5 (29,41%) женщин, перенесших пневмонию во время беременности.

Таблица 1

Частота выявления внутриутробного инфицирования плода в зависимости от вида ОРВИ

	1-я группа, n =119		2-я группа, n= 600	
	Абс.	%	Абс.	%
Беременные женщины с заболеваниями ВДП	15	18,29	57	14,7
Беременные женщины с пневмонией	7	52,94	32	32
Беременные женщины с заболеваниями НДП	6	30	13	13,2
Всего с ВУИ	30	25,21	107	17,8

Частота самопроизвольных выкидышей в зависимости от срока гестации, когда произошло заболевание ОРВИ

	1-я группа, n =119						2-я группа, n= 600					
	I трим.		II трим.		Всего		I трим.		II трим.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Беременные женщины с заболеваниями ВДП	2	2,45	1	1,22	3	3,66	5	1,3	3	0,78	8	2,07
Беременные женщины с пневмонией	3	17,64	1	5,88	4	23,5	13	13	5	5	18	18
Беременные женщины с заболеваниями НДП	3	15	-	-	3	15	7	7,14	2	2,17	9	9,2
Всего					10	8,4					37	6,2

Во II группе замершая беременность, заподозренная по данным УЗИ и подтвержденная гистологическим методом, была у 15 (2,56%) женщин, что значительно выше, чем в общей популяции. Наибольшая частота данной патологии была выявлена среди беременных, перенесших пневмонию, и составила 7%.

В I группе из 119 беременных внутриутробная патология развития плода была отмечена у 9 (7,56%) женщин, из них у 4 (4,88%) беременных, переболевших заболеваниями ВДП в I и II триместрах (по 2 беременные женщины в каждом); у 5 (29,41%) беременных, переболевших пневмонией в I триместре (у 4 беременных – 23,5%) и во II триместре (у 1 беременной – 5,88%).

Внутриутробная патология развития плода во II группе среди 600 беременных женщин была выявлена у 4,8%. Из 386 беременных женщин, перенесших заболевание ВДП, данная патология выявлена у 5 (1,3%) беременных, переболевших в I триместре (5 беременных – 0,78%) и во II триместре (у 2 беременных – 0,52%); а из 100 беременных, переболевших пневмонией, – у 19 (19%) женщин, переболевших в I триместре (у 15 беременных – 15%) и во II триместре (у 4 беременных – 4%); из 98 беременных женщин с заболеваниями НДП – у 5 (5,1%) женщин, переболевших в I триместре (у 4 беременных – 4,08%) и во II триместре (в 1,02% случаев).

Нами был предложен алгоритм ведения беременных женщин с заболеваниями ОРВИ, гриппом:

1. Своевременное активное выявление беременных с заболеваниями ОРВИ, особенно гриппом с различными штаммами, с учетом учащения заболевания среди населения; активный вызов беременных в женскую консультацию, патронаж;

2. Своевременное направление беременных к смежным специалистам для верификации диагноза, заболевания ОРВИ и гриппа;

3. Контроль за своевременным назначением противовирусных препаратов в течение 48 часов от начала заболевания;

4. При необходимости обязательная госпитализация в профильные отделения для полноценного наблюдения и своевременного выявления осложнений как со стороны беременности, так и со стороны органов дыхания;

5. При развитии пневмонии с ОРДС-синдромом необходимы перевод в отделение реанимации, переход на ИВЛ; проведение посева из верхних дыхательных путей для выявления этиологии заболевания и чувствительности к антибиотикам. При необходимости постоянный рентгеноконтроль легких;

6. Расширение объема терапии с добавлением антибактериальных, иммуномодулирующих препаратов;

7. Ежедневный осмотр акушеров-гинекологов совместно с терапевтами, пульмонологами и с контролем внутриутробного состояния плода с применением УЗИ-исследования;

Таблица 3

Количество внутриутробной патологии развития плода в зависимости от срока гестации, когда произошло заболевание ОРВИ

	1-я группа, n =119						2-я группа, n= 600					
	I трим.		II трим.		Всего		I трим.		II трим.		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Беременные женщины с заболеваниями ВДП	2	2,44	2	2,44	4	4,88	5	0,78	2	0,52	5	1,3
Беременные женщины с пневмонией	4	23,5	1	5,88	5	29,41	15	15	4	4	19	19
Беременные женщины с заболеваниями НДП	-	-	-	-	-	-	4	4,08	1	1,02	5	5,1
Всего					9	7,56					29	4,8

8. В случае развития признаков фетоплацентарной недостаточности следует проводить ее лечение (витамины, актовегин, эссенциале, магний и др.);

9. Постоянный контроль за течением беременности и внутриутробным состоянием плода после перенесенного острого респираторного заболевания для своевременной коррекции нарушений внутриутробного состояния плода.

На основании анализа полученных результатов было отмечено, что при своевременном выявлении ОРВИ и гриппа у наблюдавшихся беременных II группы частота выявления внутриутробного инфицирования снизилась на 7,41%; частота выявления внутриутробной гипоксии плода снизилась на 8,66%; количество самопроизвольных выкидышей снизилось на 2,2%; число замерших беременностей снизилось на 4,16%; появление внутриутробной патологии развития плода, приводящее к прерыванию беременности, снизилось на 2,76%.

Таким образом, внедрение алгоритма ведения беременных женщин с заболеваниями ОРВИ и гриппа позволило за счет своевременного выявления заболевания и начала адекватной терапии снизить частоту осложнений со стороны матери и плода, а также повысить количество благоприятных исходов беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненко М. В. ОРВИ и беременность. – М., 2006. – С. 135–140.
2. Долгунина Н. В., Макацария А. Д. Вирусные инфекции у беременных. – М.: Триада-х, 2004. – С. 68–135.

3. Лаврова Д. Б., Самсыгина Г. А., Михайлов А. В. Этиология и показатели высокого риска внутриутробного инфицирования плода // Педиатрия. – 1997. – № 3. – С. 94–99.

4. Новиков Ю. К. Современные подходы к лечению пневмоний // Рус. мед. журнал. – 2002. – № 5. – С. 251–255.

5. Фукс М. А., Грибань А. Н. Ультразвуковая диагностика у беременных группы риска по внутриутробному инфицированию // Акуш. и гин. – 1991. – № 8. – С. 37–40.

6. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2005. – С. 173–188.

7. Acs N., Banhid F., Puho E. et al. Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring // Birth. defects res. a. clin. mol. teratol. – 2005. – Vol. 73 (12). – P. 989–996.

8. Bone R. C. Pulmonary & Critical care medicine. – Mosby-Year Book. – 2008. – P. 167–179.

9. Griffiths P. D., Ronalds C. J., Heath R. B. A prospective study of influenza infections during pregnancy // J. epidemiol. community health. – 2008. – Vol. 34 (2). – P. 124–128.

10. Harris J. W. Influenza occurring in pregnant women // JAMA. – 2009. – Vol. 14. – P. 978–980.

11. Lim W. S., Macfarlane J. I., Colthorpe C. L. Pneumonia and pregnancy // Thorax. – 2001. – Vol. 56. – P. 105–398.

12. Ramsey P. S., Ramin K. D. Pneumonia in pregnancy // Obs. gynecol. clin. – 2001. – Vol. 28. – P. 30–49.

13. Wei S. C., Norwood J. Diagnosis and management of respiratory tract infections for the primary care physician // Obs. and gynecol. clin. – 2005. – Vol. 28 – P. 154–168.

Поступила 20.01.2011

**З. Д. КАЛОЕВА¹, В. Б. БРИН², К. М. ДЗИЛИХОВА¹, З. Г. ДЗГОЕВА³,
Н. О. ТУАЕВА¹, М. Г. ДЗГОЕВА³, З. Г. АЛИЗОВА¹**

АКТИВНОСТЬ КАЛЛИКРЕИН-КИНИНОВОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

¹Кафедра поликлинической педиатрии с детскими болезнями
лечебного факультета ГО ВПО СОГМА,

Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, тел. (8672) 74-34-23;

²кафедра нормальной физиологии ГО ВПО СОГМА,

Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, тел./факс (8672) 53-03-97;

³кафедра ортопедической стоматологии ГО ВПО СОГМА,

Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, тел./факс (8672) 53-03-97

Проведено исследование основных компонентов калликреин-кининовой системы (ККС) крови, ингибиторов кининогеназ у 120 пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта (80 – на фоне первичной артериальной гипотензии, ПАГ), 40 – на фоне артериальной нормотензии) и у 40 пациентов со здоровым пародонтом в качестве контроля четырех возрастных групп (6, 15, 20–24, 35–44 лет). Результаты работы указывают на существенный вклад активации ККС крови в механизмы формирования патологических синдромов при воспалительных заболеваниях пародонта.

Ключевые слова: первичная артериальная гипотензия, калликреин-кининовая система.

**Z. D. KALOEVA¹, V. B. BRIN², K. M. DZILIKHOVA¹, Z. G. DZGOEVA³,
N. O. TUAEVA¹, M. G. DZGOEVA³, Z. G. ALIZOVA¹**

ACTIVITY OF KALLIKREIN-KININ BLOOD SYSTEM IN PATIENTS WITH PRIMARY ARTERIAL
HYPOTENSION IN DIFFERENT AGE GROUPS