
**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНИ**

**Державне підприємство “Український науково-
дослідний інститут морської медицини”
Державний департамент морського і річного
транспорту України
Професійна спілка робітників морського
транспорту України
Фонд морської медицини**

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830

№ 4 (16)
(жовтень-грудень)

Одеса 2001

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

В.Ю.Волянський (заступник головного редактора), В.Г.Руденко (заступник головного редактора), Н.А.Мацегора (відповідальний секретар), О.Г.Андрієвський, О.К.Асмолов, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Т.В.Демидова, Л.А.Звягіна, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна, О.М.Поливода.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Р.В.Богатирьова (Київ), П.В.Волошин (Харків), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), Л.М.Давидов (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), В.О.Зубков (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), І.М.Логан (Одеса), Л.Т.Малая (Харків), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисьюк (Харків), П.М.Чуєв (Одеса), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).

Адреса редакції

65049, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1
(кафедра морської медицини та професійних хвороб)
Телефони: (0482) 631-600, 630-573
Факс: (0482) 68-63-24

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

Видавництва “Друк” 65029, м. Одеса,
вул. Старопортофранківська, 61. Тел. 23-55-26

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини”, 1999
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999
©Фонд морської медицини, 1999

сравнению с данными до родов свидетельствовала, что воспалительный процесс в тканях пародонта не уменьшился.

Показатели состояния тканей пародонта у женщин опытных групп указывали на стабилизацию процесса.

Заключение. Применение в период беременности с целью профилактики стоматологических заболеваний препаратов, стимулирующих естественные защитные силы ротовой полости, ведет к снижению развития патологических процессов в тканях пародонта и поражения зубов кариесом и в послеродовом периоде.

Ключевые слова: пародонт, экстракт эхинацеи пурпурной, интенсивность кариеса, послеродовый период.

Литература.

1. Гаркави Л. Х., Квакина Е. Б., Уколова М. А. Адаптационные реакции и резистентность организма.- Ростов-на-Дону, 1977.-324с.
2. Говалло В. И. Иммунология репродукция. –М.: Медицина, 1985.-189с.
3. Иванов В. С. Заболевание пародонта. -М.: Медицина, 1989. 272 с.
4. Сукманский О. И.; Барабаш Р. Д.; Березовская З. В. Метод дифференциальной оценки эмиграции лейкоцитов полости рта // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 1980. - Вып. 5 - С. 76-77.
5. Романова Ю. Г. Влияние снижения активности факторов ротовой полости на развитие стоматологической патологии у беременных женщин // Вісник стоматології . - 2000. - №1. - С.27-29.
6. Фёдоров Ю. А.; Корень В. Н. Основы гигиены полости рта. - Л.: Медицина, 1973. С.15.
7. Чулак Л. Д., Романова Ю. Г. Эффективность использования экстракта эхинацеи пурпурной беременными женщинами для повышения минерализующих свойств слюны // Вісник стоматології. - 1999. - №2 - С.22-24.
8. Ясиновский М. А. К физиологии, патологии и клиники слизистых оболочек. - Харьков-Киев: Укрмедгиз, 1931 - 170 с.

Summary.

Romanova Yu.G., Riaboshapko A.A., Balikov V.V., Kriviplias P.A., Menshikova N.S.
CLINICAL ESTIMATION OF A PLANT ORIGIN ADAPTOGEN ON THE PARADONT TISSUES IN WOMEN IN THE AFTER BIRTHS PERIOD

The immune state of oral cavity was determined to reduce during pregnancy, the intensity of teeth affection by caries increased, the pathologic process developed in periodontal tissues.

УДК 616.12-008.331.1

В.Г.Руденко,Т.П.Опарина, М.Д.Выходцевский, В.С.Осадчук
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПЛАВСОСТАВА

Украинский НИИ морской медицины, Одесский государственный медицинский университет

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. При скрининговых исследованиях повышение артериального давления (АД) обнаружено у 24% лиц в возрасте 20-59 лет [6].

Наличие АГ является важным фактором риска развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, мозгового инсульта, внезапной сердечной смерти), а также существенно лимитирует профессиональную пригодность работников ряда отраслей, прежде всего на водном транспорте, где предъявляются наиболее жесткие требования к состоянию здоровья [2,3,7]. Особенности труда моряков в рейсовых

условиях характеризуются круглосуточным непрерывным действием на организм комплекса природных, производственных и бытовых факторов, параметры которых могут достигать экстремальных величин и приводить к срыву регуляторных механизмов, прежде всего – сердечно-сосудистой системы [2]. Развал флота, экономические неурядицы и социальная незащищенность моряков усугубляют эту ситуацию. По нашим данным количество лиц с сердечно-сосудистой патологией за период с 1995 по 1999гг. возросло на 92% [3], тогда как по Одесской области только на 27% [1].

Анализ причин смертности среди моряков показал, что доля патологии сердечно-сосудистой системы была наибольшей – более 41%, несмотря на «отсев» этой патологии при профотборах, а средний возраст умерших в этой группе не достигал 55 лет (54,6 лет). Причем одна четверть смертей произошла в рейсе или ближайшие сутки после его окончания [3]. В основе большинства случаев инфарктов или мозговых инсультов лежит нелеченная АГ.

В рамках Национальной Программы борьбы с АГ по заданию МЗ Украины нами была предпринята работа по изучению АГ у лиц плавсостава [6]. Мы обследовали 298 лиц плавсостава в возрасте от 20 до 59 лет – действующих работников флота. При этом у 17,4% лиц была обнаружена систолическая АГ (САГ), у 11,9% - диастолическая АГ (ДАГ). Большая частота САГ выявленная при профессиональных осмотрах, по-видимому, объясняется эмоциональной реакцией на врачебный контроль, т.е. должна расцениваться как «гипертония белого халата».

При анализе данных отмечалось нарастание частоты АГ в старшей возрастной группе (старше 45 лет) в большей степени для ДАГ (прирост на 68,7%), чем для САГ (прирост на 20,5%), т.е. прирост ДАГ был более чем в 3,5 раза больше по сравнению с САГ, что характеризует негативные тенденции в формировании АГ.

При детальном анализе обнаруживается два пика повышений частоты АГ у лиц плавсостава. Первый из них приходится на 30-летний возраст, затем к 38-40 годам наступает спад, во многом по-видимому, за счет «отсева» лиц с АГ, с последующим новым нарастанием к 45-48 годам, когда появляется АГ у ранее здоровых лиц («нормотоников») за счет как возрастного фактора, так и стажа работы. В среднем, за период с 15 лет до 25 лет стажа средний уровень САД вырастает на 10 мм, ДАД – на 8 мм.

При анализе частоты АГ в различных профессиональных группах выявлено значительное преобладание среди гипертоников лиц машинной команды (в особенности механиков, несколько меньше – мотористов, дизелистов). Лица этой профессиональной группы составили более половины случаев мягкой АГ и более двух третей случаев умеренной АГ. Указанное объясняет тот факт, что случаи смерти среди лиц машинной команды также были в 2-2,5 раза чаще, чем среди судоводителей или лиц палубной команды, а средний возраст умерших механиков составил 46,3 года (для сравнения – у судоводителей – 63 года). Высокий уровень заболеваемости АГ, смертности в сочетании с меньшей продолжительностью жизни у работников машинной команды свидетельствует о более выраженном патогенном влиянии факторов производственной среды именно для лиц этой профессиональной группы. Среди таких факторов можно отметить влияние высоких температур производственной среды, вибрации, шума, а также токсического действия паров и жидкостей горюче-смазочных материалов и др.

При проведении психофизиологических исследований по характеру реакции на психоэмоциональную нагрузку со стороны сердечно-сосудистой системы можно выделить группы риска развития АГ у лиц с нормальным АД. С одной стороны – это лица, для которых характерна тенденция повышения ОПСС при снижении систолического ударного объема (СОК) и минутного объема крови (МОК). С другой стороны – это лица с выраженными агрессивными тенденциями импульсивности в поведении, нарушениями в личностных контактах со склонностью к обвинению окружающих в возникающих конфликтах.

Совокупная численность групп с риском развития АГ составила 39,3% обследованных. Это группа лиц, из которой затем будут «поставляться» будущие

больные АГ. Именно эти лица наиболее актуальны для профилактических мероприятий по АГ [6].

Среди выявленных 18,4% лиц с установленной АГ, в соответствие с критериями ВОЗ [7], можно выделить ряд подгрупп:

1 подгруппа – это лица с преимущественно САГ, они составили половину гипертоников (9,1%). В этой подгруппе была значительной доля гиперреакторов.

2 подгруппа – это лица с преимущественно ДАГ, их количество составило 5,1%. В этой группе преобладали лица с АГ ренального генеза, что связано с более высоким уровнем заболеваний мочеполовой системы у моряков.

3 подгруппа – это лица с повышением как систолического, так и диастолического АД. Среди них основную часть составляли лица с «классической» эссенциальной АГ.

Полученные данные позволили нам построить ведомственную программу ранней диагностики, лечения и профилактики АГ среди лиц плавсостава с целью сохранения высокого уровня трудоспособности и качества жизни у работников морских профессий.

Нами разработана, в соответствие с рекомендациями ВОЗ и Национальной Программы, схема и алгоритм поэтапной диагностики АГ, а также принципы ее лечения и профилактики. Прежде всего они включают мероприятия , направленные на модификацию стиля жизни и медикаментозное лечение. Учитывая специфику морского труда в рейсе (отсутствие медицинских работников на судне, необходимость максимальной простоты и доступности), нами был избран в качестве базового препарата апровель. Это современное антигипертензивное средство, относится к группе блокаторов АП ангиотензиновых рецепторов. Он обеспечивает снижение активности РААС, являющейся ключевым звеном в системе формирования АГ [4].

Апровель оказывает стойкий лечебный эффект при приеме 1 раз в сутки, что создает удобный для больных режим, повышает приверженность их к лечению и улучшает его результаты. На монотерапию апровелем реагируют, примерно, 2/3 больных. Его эффект не ослабевает во времени при длительном приеме. Существенно, что апровель сохраняет (или восстанавливает нарушенный) циркадный суточный ритм АД, устраняет его повышенную вариабельность, уменьшает скорость повышения АД в утренние часы, что снижает риск серьезных сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и внезапная сердечная смерть). Важным является факт отсутствия побочных эффектов при приеме апровеля . Его хорошая переносимость также является неоспоримым фактором, повышающим готовность пациентов к длительному антигипертензивному лечению [8]. Важным обстоятельством является то, что апровель не только снижает и нормализует АД, но и устраняет последствия поражения органов-мишеней. Апровель уменьшает степень гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и опасность развития ишемической болезни сердца (ИБС), гипертрофии сосудов, улучшает почечную гемодинамику, снижает уровень протеинурии.

Все вышперечисленное позволяет расценивать апровель как высоко эффективный, удобный и безопасный препарат для длительного амбулаторного лечения , в том числе в условиях рейса.

Мы провели, совместно с другими клиниками Украины и СНГ, многоцентровое исследование апровеля с применением суточного мониторирования АД у моряков с АГ [5]. Наши совместные данные подтвердили высокую эффективность и безопасность апровеля при лечении мягкой и умеренной АГ. Все это позволяет рассматривать апровель (ирбесартан) как эталонный препарат, использование которого рейсовых и береговых условиях может существенно улучшить результаты лечения АГ у лиц плавсостава и работников береговых служб.

Выводы:

Артериальная гипертензия является частым заболеванием у лиц плавсостава систолическая АГ обнаружена у 17,4%, диастолическая АГ – у 11,9% лиц при профотборе.

Для лиц плавсостава характерно более раннее развитие АГ по сравнению с общей популяцией, более частое развитие этой патологии у работников машинной команды, что приводит к массовому «списанию» их из числа плавсостава.

При проведении лечебных и профилактических мероприятий в рамках ведомственной программы борьбы с АГ следует учитывать как психофизиологический тип личности, так и профессионально обусловленные факторы формирования АГ. Применение блокатора А II рецепторов – апровеля при АГ у лиц плавсостава оказало хороший клинический эффект. По своей эффективности, безопасности и удобству применения апровель отвечал специфике профессии и требованиям к современному антигипертензивному препарату.

Ключевые слова : артериальная гипертензия, лица плавсостава, особенности развития, апровель.

Литература.

1. Андриевская С.А. Особенности тромбоэмболических осложнений у жителей Одесской области// Укр. Кардіол.журнал-1998.-№4.-С.44-46
2. Лобенко А.А., Волянский В.Е. Адаптация человека к условиям Мирового океана. – К.:Здоров'я,1997.-127с.
3. Лобенко А.А., Руденко В.Г., Опарина Т.П., Осадчук В.С., Путиенко А.Г. Анализ причин смертности среди моряков.// Вісник морської медицини.-2001.-№3.-С.20-24.
4. Свищенко Е.П. Блокада рецепторов ангиотензина II – новое направление в лечении артериальной гипертензии.// Укр.кард.журнал.-1996.-№5-6.-С.15-22.
5. Свищенко Е.П., Мищенко Л.А., Мантова Е.А., Дзяк Г.В., Руденко В.Г. и соавт. Клиническая эффективность ирберсартана (апровеля) по данным суточного мониторинга артериального давления у больных артериальной гипертензией (результаты многоцентрового исследования)// Укр.кард.журнал.-2001.-№2.-С.53-58
6. Смирнова І.П., Свищенко Є.П., Горбась І.М. Артеріальна гіпертензія : Національна Програма профілактики і лікування в Україні.// Лікування та діагностика.-1997.-№4.-С.51-53.
7. Chalmers et al. WHO-ISH Hypertension Guidelines Committee.1999 World Health Organisation – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension// J.Hypertension.-1999,17:151-185
8. Kassler-Taub K., Littlejohn T., Elliot W., Ruddy T., Adler E. Comparative efficacy of two angiotensine II receptor antagonists, Irbesartan and Losartan, in Mild-to-Moderate Hypertension.//Amer.Journ.Hypert.-1998.-Vol.11.-N4.-С.445-453

Summary.

V.G.Roodenko,T.P.Oparina, M.D.Vychodtsevsky,V.S.Osadchuk

THE FEATURES OF DEVELOPMENT AND TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION AT SEAFARERS

During professional medical examination and subsequent supervision of the 298 persons of seafarers the significant frequency of arterial hypertension is revealed, that was connected with specificity of a sea trade. The greatest distribution of arterial hypertension is marked at the workers of a machine team. At realization of medical-preventive measures it is necessary to take into account psychophysiological feature of the person, and professionally caused factors of formation of illness. The modern antihypertensive medicine aprovel on efficiency and safety corresponds to the requirements of specificity of a sea trade.