The implementation of the complex of preventive measures with the use of antiseptic dental liquid Dentaseptin contributed to a decrease in the clinical signs of inflammatory periodontal diseases.

1. Профилактические мероприятия для предотвращения кариозных поражений / А.А. Смолина [и др.] // General question of world science. Collection of scientific papers, on materials of the international scientific-practical conference July 31, 2017, LJournal. – 2017. – P. 12-14.
2. Эффективность применения лечебно-профилактической антисептической жидкости для полости рта / Zh. V. Vecherkina, N. V. Chirkova, A. Zaido, K. A. Fomina // Medicus. 2016. №3 (9). С. 121-122.
3. Dentaseptin for periodontal diseases prevention / A. N. Morozov, N. V. Chirkova, Zh. V. Vecherkina, E. A. Leshcheva // The EPMA Journal. – 2017. – Т. 8, № 51. – С. 52.
4. Utilities dentistry: the textbook / A. N. Morozov [et al.] – Voronezh, 2016. – 125 P.

Петров Ю.А.

Оценка эффективности лечения хронического эндометрита

*Ростовский государственный медицинский университет Минздрава РФ
(Россия, Ростов-на-Дону)*

doi10.18411/gq-31-03-2018-15

idsp000001:gq-31-03-2018-15

Аннотация

Проведено исследование адаптационной изменчивости при хроническом эндометрите (ХЭ) – исходно и на фоне терапии у 390 женщин с ранними репродуктивными потерями. Согласно полученным данным, стратификация по адаптационной принадлежности позволяет констатировать изменения на донозологическом уровне, иммунные нарушения, в том числе, оценку иммунореактивности даже в отсутствие специфической картины ХЭ. Ключевые слова: хронический эндометрит, адаптационные реакции, макротипы хронического эндометрита, СКЭНАР-терапия.

Abstract

The study of adaptive variability in chronic endometritis (CE) is the source and on the background of therapy in 390 women with early reproductive losses. The data indicate that stratification for adaptive accessories allows you to note changes at the prenosological level, immune disorders, including assessment of immunoreactivity even in the absence of a specific pattern CE.

Keywords: chronic endometritis, adaptive response, macrotype chronic endometritis, SCENAR therapy.

Представляет интерес комплексное представление об адаптационной изменчивости при ХЭ – исходно и на фоне терапии [11, 8]. Прогностическая значимость адаптационных реакций складывается из фактов, что положительная динамика заболеваний сопровождается переходом из стресса в антистрессовые реакции, отрицательная – переходом в глубокий стресс, позволяя прогнозировать динамику состояния на сутки-двое раньше [2, 14, 17]. Именно этот факт возможности донозологической диагностики адаптационных расстройств при ХЭ [6, 7, 18] позволяет максимально рано прибегнуть к патогенетически обоснованному лечению [3, 15], однако спектр компенсаторных возможностей организма при терапии различных вариантов заболевания малоизучен.

Роль иммунной системы в генезе инфекционно-воспалительных процессов органов репродукции стала рассматриваться относительно недавно, и нюансы иммунологической перестройки при ХЭ остаются малоизученными. Улучшению

иммунодиагностики ХЭ способствовала анализ параллелей, указывающих на нарушение гомеостаза - либо патологической активации иммунных механизмов, либо иммунодефицита, обуславливающих формирование очага хронического воспаления и аутоиммунных процессов. Исчерпывающая информация о вариантах иммунореактивности, определяемой по спектру эмбриотропных аутоантител методом ЭЛИ-П-теста при хроническом воспалении слизистой матки, отсутствует, тогда как участие этих белков в вопросах контроля эмбриогенеза, гестоза и невынашивания доказано рядом исследований [13,16,5].

В связи с этим была поставлена цель: оценить эффективность дифференцированной патогенетической терапии ХЭ на основании анализа характера адаптационных реакций и типа иммунореактивности.

Материалы и методы. Контингент исследования - 390 женщин с ранними репродуктивными потерями. Из них 345 патоморфологически верифицирован ХЭ.

Выделены гистероскопические макротипы [9,10], имеющие морфологическое подтверждение самостоятельного патогенетического варианта ХЭ, гиперпластический (33%), гипопластический (34,8%), смешанный (32,2%). Комплексная реабилитационная терапия с учетом патогенетического варианта ХЭ и иммуномодулирующим компонентом (СКЭНАР-терапия, плазмаферез, УФО- крови) выполнена у 269 пациенток (68,9%), изолированная терапия, вне патогенетически дифференцированного подхода, - 67 (17,2%). От предложенных реабилитационных мероприятий отказались 54 пациентки (13,9%). Целью устранения аутоиммунной агрессии наряду со СКЭНАР-терапией [1,12 Боровкова, Артифексова, Колобова, 2009; Холмогорова, 2009] использовали средства, составляющие основу комплексной противовоспалительной терапии (гоновакцина, пирогенал), с дефибрирующим действием, осуществляли эрадикацию микробного возбудителя при его выявлении. На втором этапе - в зависимости от патогенетического варианта ХЭ: при гипопластическом макротипе - заместительная гормональная терапия или фитоэстрогены, при гиперпластическом - дюфастон, смешанном - индиол.

Методы исследования: клинико-статистический анализ, гистероскопическое, патоморфологическое исследование (аспираты и биоптаты эндометрия), определение уровня эмбриотропных аутоантител методом «ЭЛИ-П-теста», комплексное микробиологическое исследование. До начала курса терапии и по ее завершении в мазке периферической крови подсчитывалась лейкоцитарная формула. Выполнена оценка уровня адаптации организма по методике Гаркави и соавт. [2] определены типы реакций: тренировки (РТ), спокойной активации (РСА), повышенной активации (РПА), хронического стресса (РХС), реакция острого стресса (РОС).

Результаты и обсуждение. Интегральный контроль управлением воспаления, в том числе, и процессом регенерации, с помощью гормональных, нервных и иммунных факторов [15,19] объясняет осуществляемую нами оценку системного реагирования при ХЭ на примере адаптационных реакций. Оценка изменчивости адаптационных реакций через месяц после завершения комплексной реабилитационной терапии (КРТ) показала наибольший прирост РСА в присутствии нормореактивности при гипопластическом макротипе ХЭ (с 16,9% до 56,6%); при смешанном - ее частота достигла 68,2%. Восстановление нормореактивности женщин сопровождалось сокращением частоты РПА и РТ: при гиперпластическом макротипе ХЭ - в полтора раза (с 6,7% и 26,7%, соответственно), гипопластическом - РТ - в полтора раза (с 46,7% до 27,7%), РПА - более чем в два раза (с 35,1% до 14,4%) ($p < 0,05$). Аномальная продукция эмбриотропных аутоантител отличала ряд женщин, несмотря на КРТ: при гиперпластическом макротипе ХЭ РПА регистрировалась у четверти с гиперреактивностью (25%), РХС - в полтора раза реже в сравнении с исходным показателем (с 42,8% до 25%).

При смешанном макротипе ХЭ при гипореактивности исходно преобладании агрессивных реакций - у 50% - РОС, 33,3% - РХС, спустя месяц наблюдали наибольшую частоту РПА (50%), на долю РТ и РСА приходилась четверть эпизодов (по 25%). При гипопластическом макротипе ХЭ при сниженной продукции эмбриотропных аутоантител половина пациентов отличалась РПА (50%), что превосходило исходный показатель практически в три раза (18,2%); у гиперреактивных возросла встречаемость эпизодов РТ — практически в четыре раза (с 9,1% до 33,3%), РПА - в два раза (с 9,1% до 16,7%).

Изучена вариабельность адаптационных реакций по истечении месяца после частичного восстановительного курса в когортах ХЭ. Нормореактивные пациенты с смешанным макротипом ХЭ отличались избыточным адаптационным реагированием - РПА и РХС (по 25%).

Наиболее значимы отклонения при гиперреактивности - увеличение количества эпизодов РХС (практически в два раза) (с 11,1% до 22,2%), РТ (с 22,2% до 33,3%) в сравнении с исходными значениями.

После курса частичной реабилитационной терапии, несмотря на достижение нормореактивности, частота РСА и РТ при гиперпластическом макротипе ХЭ оказалась сопоставима (по 33,3%) при исходно большем показателе РТ (66,7%). У гиперреактивных возросла частота негативных адаптационных реакций - в три раза - РХС (33,3%) и РПА (33,3%). В динамике в отсутствие КРТ наибольшие изменения в когорте гиперреактивных определены за счет возрастания РПА - практически в полтора раза (с 28,6% до 37,5%) и РХС - в два раза (с 14,3% до 25%).

Согласно полученным данным, стратификация по адаптационной принадлежности позволяет констатировать изменения на доиммунологическом уровне, иммунные нарушения, в том числе, оценку иммунореактивности даже в отсутствие специфической картины ХЭ. Анализ адаптационной принадлежности при ХЭ свидетельствовал о преобладании при смешанном и гиперпластическом макротипах РТ, биологический смысл которой - в сохранении гомеостаза в пределах нижней половины зоны нормыв условиях действия слабых, незначительных раздражителей. Несмотря на имеющийся очаг воспаления, интегральное взаимодействие функциональной активности тимико-лимфатической системы и клеточного иммунитета, эндокринных желез ЦНС указывало на повышение неспецифической резистентности организма, однако характер ее был пассивный. Когортам подобным вариантом изменений на всех иерархических уровнях оказалась присуща гиперреактивность. Избыточную продукцию эмбриотропных аутоантител в литературе рассматривают в контексте взаимосвязи аутоиммунной направленности ответа [4,5], что не противоречит нашим заключениям.

При гипопластическом макротипе РХС более чем у трети пациентов указывала на резкое снижение функциональной активности всех систем организма, за исключением секреции АКТГ и глюкокортикоидов в ответ на воздействие сильного раздражителя. Превалирование реакций катаболизма - истощения или блокирования запасов энергодающих субстратов подтверждалось иммуносупрессией и падением неспецифической резистентности организма с уходом в гипореактивность. Оценка изменений иммунореактивности в динамике на фоне комплексной реабилитационной терапии (КРТ) показала значительное возрастание нормореактивности к 7-м суткам при гиперпластическом макротипе ХЭ - более чем в три раза (с 21,9% до 72,3%). Частота аномальной продукции эмбриотропных аутоантител значительно сократилась - практически в два раза при гипореактивности (с 23,7% до 10,9%) ($p < 0,05$) и более чем в три раза - при гиперреактивном ответе иммунной системы (с 54,4% до 16,8%).

По истечении месяца после окончания восстановительного курса наблюдалось дальнейшее сокращение количества гиперреактивных пациентов - более чем в четыре раза (с 54,4% до 12,9%).

Наибольшее сокращение частоты аномальной иммунореактивности определено для гиперреактивных пациенток смешанного макротипа ХЭ: с 39,6% до 16,2% к 7-мудню и достигло более чем трехкратной разницы по истечении месяца (до 12,1%).

Количество нормореактивных пациенток в данной когорте возросло практически в три раза (с 24,3% до 67,7%) к 7-м суткам, спустя месяц численность достигла 70,7%.

Аналогичная тенденция определена при сниженной продукции эмбриотропных аутоантител – количество пациенток сократилось вдвое – с 36% до 16,2% к 7-м суткам ($p < 0,05$) и практически не изменилось по истечении месяца (17,2%) ($p < 0,05$).

Представительницы с гипопластическим вариантом ХЭ и гипореактивным типом иммунной системы отличались наибольшей динамикой показателя – с 54,2% их численность сократилась до 14,4% через неделю ($p < 0,05$), через месяц – до 10,8% ($p < 0,05$), подтверждая эффективность реабилитационной терапии. Менее значительны изменения в когорте гиперреактивных пациенток – их количество снизилось практически в два раза (с 25,8% до 14,4% – 13,5%).

Прирост нормореактивности оказался идентичен показателям в остальных когортах – практически в три раза (с 20% до 75,7%).

Заключение. Согласно полученным данным, профилактика рецидивов хронического эндометрита, сохранения и восстановления репродуктивного потенциала женщин с ранними репродуктивными потерями в анамнезе заключается как в коррекции состояния иммунной системы с учетом реактивности, так и опосредуемых ею адаптационно-гомеостатических реакций. Возрастание функциональных резервов организма на примере восстановления иммунореактивности подтверждает необходимость дифференцированного подхода к лечению патогенетических вариантов ХЭ.

1. Боровкова Л.В., Рассохин В.Ф., Щербак Т.Г., Колобова С.О. Влияние СКЭНАР-терапии на общую антиоксидантную и свободнорадикальную активность крови при невынашивании беременности инфекционного генеза // Медицинский альманах. – 2010. – №2. – С. 179–181.
2. Гаркави Л.Х., Квакина Е.Б., Уколова М.А. Адаптационные реакции и резистентность организма. – 3-е изд., доп. – Ростов н/Д.: Изд-во Рос. ун-та, 1990. – 223 с.
3. Замыслова В.П., Боровкова Л.В., Сумина Т.В., Мотовилова Т.М. Клиническая эффективность электромагнитной терапии в предгравидарной подготовке больных хроническим эндометритом // Практическая медицина. – 2016. – Т.1. – №93. – С. 110–111
4. Каткова Т.С., Купцова Е.С. Дифференцированные подходы к лечению пациенток с разными вариантами хронического эндометрита // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т.13. – № 6. – С. 25–28.
5. Качалина Т.С., Третьякова Е.В., Пак С.В., Каткова Н.Ю. Хроническая плацентарная недостаточность. – Нижний Новгород, 2008. – 215 с.
6. Петров Ю.А. Аспекты микробиологической и иммунной диагностики хронического эндометрита // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – №4. – С. 9.
7. Петров Ю.А. Роль микробного фактора в генезе хронического эндометрита // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – №3. – С. 113–118.
8. Петров Ю.А. Микробиологические детерминанты хронического эндометрита // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. – 2011. – №6. – С. 110–113.
9. Петров Ю.А. Гистероскопическая характеристика эндометрия женщин с ранними репродуктивными потерями // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2011. – №55. – С. 243–247.
10. Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Калинина Е.А., Широкова Д.В., Полина М.Л. Патогенетические особенности макротипов хронического эндометрита // Казанский мед. журнал. – 2017. – Т.98. – №1. – С. 27–34.
11. Радзинский В.Е., Петров Ю.А., Полина М.Л. Хронический эндометрит: современные аспекты // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т.24. – №5. – С. 69–74.

12. Холмогорова И.Е. Применение импульсной электротерапии в раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия: автореф. дис. ... канд. мед. наук.: - М., 2009.
13. Цаллагова Л.В., Кабулова И.В., Золотоева И.А. Роль хронического эндометрита в генезе бесплодия // Кубанский медицинский вестник. - 2014. - №4. - С. 131-136.
14. Boudhraa K., Jellouli M.A., Kassaoui O. et al. Role of the hysteroscopy and laparoscopy in management of the female infertility: about 200 cases // Tunis Med. - 2009. - Vol. 87, №1. - P. 55-60.
15. Caserta L., Labriola D., Torella M. et al. The use of transvaginal ultrasound following voluntary interruption of pregnancy to reduce complications due to incomplete curettage // Minerva Ginecol. - 2008. - Vol. 60, №1. - P. 7-13.
16. Cicinelli E., Tinelli R., Colafiglio G. et al. Reliability of narrow-band imaging (NBI) hysteroscopy: A comparative study // Fertil. Steril. - 2008. - Vol. 90, №4. - P. 1191-6.
17. Giordano G. Value of immunohistochemistry in uterine pathology: common and rare diagnostic dilemmas // Pathol. Res. Pract. - 2009. - Vol. 205, №10. - P. 663-76.
18. Johnston-MacAnanny E.B., Hartnett J. et al. Chronic endometritis is a frequent finding in women with recurrent implantation failure after in vitro fertilization // Fertil. Steril. - 2010. - Vol. 93, №2. - P. 437-441.

Плескановская С.А., Гельдыева Г.М., Каранов С.К.

Об эффективности использования суспензии аутологичных моноклеаров в сочетанном лечении экспериментальной язвы рога матки у кроликов

Государственный медицинский университет Туркменистана

doi 10.18411/gq-31-03-2018-16

idsp000001:gq-31-03-2018-16

Одной из актуальных проблем современной офтальмологии является проблема лечения гнойных язв рога матки, что связано с ростом частоты данной патологии и особой тяжестью течения заболевания, приводящего к значительному снижению зрения, а нередко и к гибели глаза [1,2,3,4].

Трудности лечения язв рога матки в значительной степени связаны с тем, что в 30-44,8% случаев не удается выделить возбудителя заболевания, и лечение проводится эмпирически, с учетом клинической картины.

Неудовлетворенность результатами традиционной фармакотерапии, высокая частота развития осложнений обуславливают поиск и разработку новых методов лечения язв рога матки.

Целью исследования являлось изучение влияния местного введения суспензии аутологичных моноклеаров в течение экспериментальной язвы рога матки.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на 13 половозрелых кроликах - альбиносах новозеландской линии (New Zealand) самцах массой не менее 2 кг из питомника Технологического центра АНТ. Гнойную язву рога матки воспроизводили по методике Н. А. Адамовой с соавт. (1999). После инсталляционной анестезии 0,5 % раствором лидокаина в центральный отдел рога матки интрастромально вводили по 0,1 мл изотонического раствора хлорида натрия, содержащего культуру *Ps. aeruginosa* (2 млрд. микробных тел на 1,0 мл).

В зависимости от способа лечения были выделены 3 группы животных:

- экспериментальную 1 (n=5), которым с инстилляциями раствора ципролета (2 раза в сутки), в переднюю камеру глаза вводили по 0,01 мл суспензии аутологичных моноклеаров крови;
- экспериментальную 2 (n=5), животным которой инсталлировали раствор ципролета 6 раз в сутки;
- контрольную группу (n=3), животные которой не получали никакого-либо лечения.