

4. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство. – М.: Медицина, 1986. – 496 с.
5. Бойкова Ю.В. Изучение влияния скорости миграции плаценты на течение и исход беременности // Ультразвуковая диагностика. – 1999. – №1. – С.12-15.
6. Вихляева Е.М., Ходжаева З.С. Вопросы диагностики и лечения плацентарной недостаточности при задержке роста плода // Акушерство и гинекология. – 1984. – №5 – С. 18-24.
7. Жемкова З.П., Топчиева О.И. Клинико-морфологическая диагностика недостаточности плаценты. – М.: Медицина, 1973. – 182 с.
8. Коколина В.Ф., Картелишв А.В., Васильева О.А. Фетоплацентарная недостаточность: руководство для врачей. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА – М., 2006. – 224 с.
9. Кулаков В.И., Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность и инфекция. М., 2004. – 494 с.
10. Краснополский В.И. Формирование и патология плаценты. М.: Медицина. 2007. – 112 с.
11. Лукьянова Е.В., Волощук И.Н. и др. Роль нарушений формирования ворсинчатого дерева в патогенезе плацентарной недостаточности // Акушерство и гинекология. – 2009. – №2. – С.5-7.
12. Полянчикова О.Л., Бурдули Г.М. и др. Клинико-биохимические критерии диагностики задержки развития плода // Акушерство и гинекология. – 2009. – №2. – С.34-36.
13. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичанова Л.Г. Плацентарная недостаточность. – М.: Медицина, 1991. – 272 с.
14. Савельева Г.М. Достижения и перспективы перинатальной медицины // Акушерство и гинекология. – 2003. – №2. – С.3-6.
15. Сидорова И.С. Фетоплацентарная недостаточность. – М., 2000. – 134 с.
16. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность: клинико-диагностические аспекты. – М.: Знание-М, 2000. – 127 с.
17. Стрижаков А.Н., Тимохина Т.Ф., Баева О.Р. Фетоплацентарная недостаточность: патогенез, диагностика, лечение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – Т.2. – №2. – С.2-11.
18. Сухих Г.Т., Вихляева Е.М., Ванько Л.В. и др. Эндотелиальная дисфункция в генезе перинатальной патологии // Акушерство и гинекология. – 2008. – №5. – С.3-7.
19. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность // Акушерство и гинекология. – 1997. – №5. – С.40-43.
20. Качалина Т.С. и др. Хроническая плацентарная недостаточность: учеб.-метод. пособие. – Н.Новгород: Изд-во Нижегород. гос. мед. академии, 2008. – 72 с.
21. Agapitos E., Papadopoulou C., Cavantzias N. et al. // Arch. Anat. Cytol. Pathol. – 1996. – Vol. 44. № 1. – P.5-11.
22. Estel C.H., Eichhorn K.-H. // Zbl. Gynakol. – 1989. – Bd 111, n 13. – S.891-898.
23. Emmrich P., Friedrich T., Dalitz H. // Anat. Anz. – 1998. – Bd 180, N 3. – S. 203-209.

Балданова Мыдыгма Цыбикмитовна – аспирант кафедры факультетской хирургии Бурятского государственного университета, врач-ординатор МУЗ «Городской родильный дом №2», тел. 89025465821, e-mail: mydygmac@mail.ru

Baldanova Mydygma Tsybikmitovna – post-graduate student of department of faculty surgery of BSU, ordinator of Municipal maternity house №2; ph. 89024568021, e-mail: mydygmac@mail.ru

1.1-1.64

С.Ю. Даниленко, П.С. Маркевич

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

В статье показаны основные методы диагностики синдрома диабетической стопы. К ним относятся исследования гемодинамики по сосудам нижних конечностей, эндоваскулярные методы исследований, термометрия кожи, оценка вибрационной, тактильной чувствительности.

Ключевые слова: диабетическая стопа, диагностика, нейропатия.

S.Yu. Danilenko, P.S. Markevich

DIAGNOSTICS OF THE DIABETES FOOT SYNDROME

The main methods of diagnostics of the diabetes foot syndrome are shown in the given article. They include the research of haemodynamics of vessels of feet and legs, endovascular methods of research, skin thermometry, estimation of vibration, tactile sensibility

Key words: diabetes foot, diagnostics, neuropathy.

Диагностика поражений нижних конечностей при сахарном диабете включает в себя полноценное и комплексное обследование больного. Немаловажную роль играет получение от больного информации

о начале заболевания и первых его проявлениях. С учетом последних литературных данных, свидетельствующих о мультифакториальной природе сахарного диабета, необходимо собрать дополнительный генетический анамнез больного.

Для определения клинической формы синдрома диабетической стопы и тактики ведения пациента необходимы:

- осмотр ног – рекомендуется проводить при каждом посещении пациента; необходимо обязательно осматривать обе ноги, а не только «больную»; при этом важно обратить внимание на следующие признаки: цвет конечности – красный (при нейропатических отеках или артропатии Шарко); бледный, цианотичный (при ишемии); розовый в сочетании с болевой симптоматикой и отсутствием пульсации (тяжелая ишемия); деформации – молоткообразные, крючкообразные пальцы стоп, hallux valgus, hallux vagus, выступающие головки метатарзальных костей стопы (артропатия Шарко) [2].
- оценка неврологического статуса – в комплекс обследований входит оценка трех ее основных видов чувствительности – вибрационной, температурной, тактильной, а также исследование сухожильных рефлексов; для получения интегральной оценки выраженности нейропатии можно использовать шкалу нейропатического дисфункционального счета (NDS); для диабетической нейропатии характерно снижение чувствительности, в первую очередь в дистальных участках нижних конечностей.

Для оценки тактильной чувствительности в настоящее время используют как волокна ваты, так и монофиламент 10 г (5.07 Semmes-Weinstein). Тактильная чувствительность считается не нарушенной, если пациент ощущает прикосновения волокон ваты на всей поверхности исследования. Порогом нарушения тактильной чувствительности, считается тот уровень, с которого пациент начинает ощущать прикосновение.

Проведено множество исследований по применению монофиламента для оценки развития синдрома диабетической стопы, при этом чувствительность данного метода варьирует от 86 до 100% [10, 15, 18]. Несмотря на проблемы, 10-граммовый монофиламент широко используется для клинической оценки нейропатии.

Для оценки порога болевой чувствительности рядом исследователей используется неврологическая игла или зубчатое колесо. Болевая чувствительность считается не нарушенной, если пациент чувствует боль на всей поверхности исследования. Порогом нарушения болевой чувствительности считается уровень, с которого пациент начинает ощущать боль от укола. Укол острым предметом не должен проникать глубоко под кожу, ранить пациента, вызывать появление крови!

Температурную чувствительность оценивают при помощи предметов с различной температурой (теплопроводностью). Нормой считается, если больной может назвать теплой колбу с водой, подогретой до 35-36 °С, и холодной – колбу с водой при температуре 28-32 °С. В интервале между 28 и 32 °С большинство людей могут различать изменения температуры с точностью до 1 °С. Необходимо исследовать оба вида температурной чувствительности (и холодовую и тепловую), поскольку в них задействованы различные виды рецепторов.

Оценку вибрационной чувствительности предлагается проводить с использованием градуированного неврологического камертона с частотой 128 Гц или биотензиометра. При применении камертона нормальным показателем, при котором пациент перестает ощущать вибрацию, является 7 УЕ и выше, умеренно снижена при значениях 5-7 УЕ, значительно снижена при значениях 4 УЕ и ниже. Нормальные значения вибрационной чувствительности соответствуют показаниям биотензиометра 7-9 В, чувствительность умеренно снижена при 10-25 В и значительно снижена при значениях более 25 В. Ряд исследований подтвердил, что определение порога вибрационной чувствительности особенно ценно в диагностике умеренной или субклинической нейропатии [8, 11] и выявлении пациентов с высоким риском развития СДС [6, 12].

Нарушение температурной чувствительности выявляется у 75% пациентов со средней и тяжелой ДПН, а у 39% этих пациентов наблюдалось повышение порога болевой температурной чувствительности [7]. Отмечена четкая корреляция между повышением порога температурной и вибрационной чувствительности, но эти изменения могут наблюдаться и по отдельности, в случае если у пациента избирательно поражены либо тонкие, либо толстые сенсорные нервные волокна. Симптомы болевой нейропатии наиболее часто ассоциированы с поражением температурной чувствительности [9]. Снижение порога болевой температурной чувствительности является индикатором гиперчувствительности, кото-

рая может наблюдаться при начальных изменениях и служить ранним признаком ДПН [8].

- оценка состояния артериального кровотока – в настоящее время, по данным различных авторов, наиболее часто при СДС применяются следующие методы: ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей, определение транскутанного напряжения кислорода и углекислого газа, лазерная флоуметрия, реовазография, электротермометрия, дистанционная инфракрасная термография, ангиография сосудов нижних конечностей.

УЗДГ широко применяется на догоспитальном этапе, при определении тактики хирургического лечения, а также для оценки эффективности проводимого лечения у больных СДС. По некоторым характеристикам, метод имеет ряд преимуществ перед ангиографией – безвредность, хорошая переносимость, возможность многократного применения в динамике, дешевизна оборудования, что сделало УЗДГ в течение двух последних десятилетий приоритетным методом неинвазивной диагностики в ангиологии, получившим распространение и в нашей стране, и за рубежом [3, 4].

Комплексная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) нижних конечностей включает локацию периферических артерий и аускультативный анализ сигналов кровотока в них, регистрацию и интерпретацию кривых скорости кровотока на основе качественного (морфологического) и количественного анализа в сочетании с измерением сегментарного систолического давления (ССД); при необходимости УЗДГ дополняется различными функциональными тестами [16, 19].

Ультразвуковая доплерография сосудов нижних конечностей позволяет выявить степень артериальной ишемии, состояние дистального русла и оценить развитие коллатерального кровообращения.

Считается, что регионарная гипертензия вначале выполняет компенсаторную функцию, а через определенное время, за счет развития шунтирующего кровотока и ухудшения регионарной микроциркуляции, развивается хроническая ишемия тканей.

Транскутанное напряжение кислорода ($T_{sr}O_2$) в настоящее время является наиболее объективным показателем состояния микроциркуляции и имеет большое прогностическое значение. В норме $T_{sr}O_2$ составляет 50-80 мм рт. ст., критическим считается уровень 20-25 мм рт. ст., при этом заживление происходит в срок до 6 месяцев, а чаще проводится ампутация пораженной конечности.

В настоящее время лазерная флоуметрия также является информативным методом, позволяющим оценить состояние микроциркуляторного русла. При этом методе удается оценить такие параметры, как скорость потока и размер капилляров, а также реакцию на различные воздействия (холод, тепло, ортостатическая проба, проба Вальсальвы и др.). Принцип лазерной доплеровской флоуметрии основан на регистрации сдвига частоты спектра лазерного луча при прохождении его через поток форменных элементов крови.

Другими исследователями при патологии артерий нижних конечностей выявлено снижение капиллярного кровотока в пораженной конечности, снижение резерва кровотока в микроциркуляторном русле, увеличение регионарного сосудистого сопротивления. Степень нарушений капиллярного кровотока коррелирует со стадией заболевания и эффективностью проводимого лечения.

В последние годы наибольшее распространение в клинической практике получил метод капилляроскопии. Морфофункциональные преобразования, происходящие в терминальном сосудистом русле, носят системный характер. Методику капилляроскопии рекомендуется использовать для оценки состояния микроциркуляторного русла при различных сосудистых заболеваниях.

Отмечается взаимосвязь между типом капилляроскопической картины и стадией поражения артерий нижних конечностей. Так, для I стадии (по Фонтену) характерными считаются спастические или спастико-атонические изменения капилляров. Во II стадии чаще отмечаются спастические изменения. В III стадии появляется атоническая форма расстройства капиллярного кровотока. В IV стадии отмечаются атонически-склеротические изменения капилляров.

Электротермометрия является одним из самых старых и показательных методов в обследовании больных с патологией периферических сосудов, который позволяет косвенно судить о состоянии гемодинамики, капиллярном кровообращении, метаболических процессах в тканях. Из недостатков метода отмечается строгая зависимость достоверности результатов от таких факторов, как температура окружающей среды, температура тела обследуемого, физического и психического состояния обследуемого, контакта термодатчика с кожей и др.

Широкое распространение в клинической практике получил метод тепловидения, или термогра-

фия, основа которой заключается в регистрации собственного инфракрасного излучения исследуемого объекта, присущего любому телу с температурой, отличной от абсолютного нуля. Предложенный способ тепловидения открыл новые возможности в исследовании взаимосвязи между интенсивностью теплового излучения поверхности кожи конечностей и уровнем кровотока в них.

Тепловизионное изображение нижних конечностей здорового человека отличается симметричностью (асимметрия не более 3 С), равномерным переходом от более светлых, «горячих» до более темных, «холодных» зон. При СДС на термограммах регистрируется асимметрия теплового рисунка, заключающаяся в большем снижении теплового излучения в дистальных отделах одной из конечностей. Степень снижения температуры пораженной конечности зависит от степени снижения в ней кровотока.

Однако ценность термографии в диагностике СДС поддерживается не всеми клиницистами, которые отводят этому методу вспомогательную роль, хотя патологические термограммы, диагностирующие микро- и макроангиопатии, выявляются у 70% больных СД.

Реовазография остается одним из основных методов исследования кровотока нижних конечностей. Однако отсутствует единая методика количественных расчетов реограммы. В частности, используется от 2-3 до 50 показателей, что препятствует сравнению результатов, а анализ множества показателей и результатов делает исследование трудоемким.

Ангиография сосудов нижних конечностей, являясь инвазивным методом, должна применяться при решении вопроса о проведении реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей, что ограничивает широкое применения метода в клинической практике.

По данным ангиографии оцениваются степень поражения сосудистого русла, состояние коллатерального кровообращения, проходимость сосудов ниже места окклюзии. Применение ангиографии также актуально после катетеризации магистральной артерии или реконструктивной сосудистой операции. Однако достоверные функциональные характеристики с помощью ангиографии изучить трудно, к тому же она имеет ряд осложнений в силу инвазивности.

В зависимости от предполагаемого уровня поражения сосудистого русла выполняется аортография или артериография на стороне поражения путем чрескожной пункции общей бедренной артерии или через катетер, установленный в нижней надчревной артерии.

Большинство клиницистов придает значение уровню плечелодыжечного индекса давления (ПЛИ), который в норме равен 0,9-1,0. Достоверным нарушением артериального кровотока считается снижение индекса на 0,1, увеличение ПЛИ на 0,1 расценивается как положительный результат лечения. По данным других авторов, возможно использование ПЛИ для прогноза исхода заболевания при СДС. При значениях ПЛИ от 0,9 до 0,5 имеется нарушение артериального кровотока, снижена вероятность заживления ран; при ПЛИ менее 0,5 заживление невозможно без реконструктивных операций на артериях.

При наличии обызвествления меди артерий можно получить ложноповышенный лодыжечно-плечевой индекс. Это явление отмечается у 10-15% пациентов.

У больных СД ПЛИ часто бывает выше 1,0, что связано с кальцификацией стенки большеберцовых артерий, что требует гораздо большего давления извне для пережатия артерии. В подобных случаях рекомендуется определять АД на большом пальце, абсолютные цифры систолического давления больше 30 мм рт. ст. считаются прогностически более благоприятными для заживления [1, 5].

Повышение АД в артериях нижних конечностей является одним из ранних и наиболее легкообнаруживаемых признаков проявления диабетической ангиопатии. Имеет значение измерение индекса лодыжечного регионарного систолического давления (РСД), который позволяет не только выявить патологический процесс в исследуемом сосуде, но и оценить степень нарушения макрогемодинамики. Для более полной оценки макрогемодинамики в конечности необходимо дополнительно измерить РСД на различных сегментах конечности (верхняя треть голени, нижняя и верхняя треть бедра) с последующим сопоставлением полученных данных. Отмечается высокая корреляция данных этажного измерения РСД с данными ангиографии.

Во многих центрах магнитно-резонансная ангиография (МРА) стала предпочтительным инструментом диагностики и выбора способа лечения больных с заболеваниями периферических артерий. МРА полезно для планирования вида лечения перед вмешательством и оценки поражения на предмет возможности эндоваскулярной операции. В отличие от КТ ангиографии присутствие кальция в стенках

сосудов не влияет на число артефактов МР-изображения, что может служить потенциальным преимуществом при обследовании тотально кальцинированных артерий у больных диабетом. МРА может проводиться с контрастным веществом или без него.

В настоящее время МРА обеспечивает точность информации о диабетической стопе только в сочетании с рентгенограммами, УЗДГ и ангиографией при наличии показаний. Улучшение технических характеристик аппаратов МРТ дает возможность высокого разрешения, что в будущем может полностью заменить контрастную ангиографию. Магнитно-резонансная томография может точно определить гемодинамически значимые стенозы и окклюзии, даже сосудов до 1 мм в диаметре.

Рентгенография стоп позволяет определить характерные признаки диабетической остеоартропатии, ранние признаки остеопороза и остеолита в зонах предплюсны и плюсны, спонтанные переломы, гиперостозы, параоссальные обызвествления, вывихи и подвывихи суставов, инородные тела в тканях стопы.

Бактериологическое исследование отделяемого из раны (посев отделяемого из раны) имеет первостепенное значение при подборе адекватной антибактериальной терапии; известно, что назначение препарата «вслепую» эффективно только в 50% случаев; при оценке микробной контаминации критическим уровнем принято считать значение 10⁵-10⁶ микробных тел на 1 г ткани.

Современные методы визуализации играют важную роль в оценке заболеваний периферических артерий при диабете. Для интервенционных радиологов представляет интерес возможность управления болезнями периферических артерий. Тесное сотрудничество диагностов, сосудистых хирургов и интервенционных ангиологов повышает шансы на успешный исход болезни [17].

Литература

1. Вередченко В.А., Истомин Д.А., Чиглашвили Д.С., Митичкин А.Е., Щепилов Д.В. Диагностика и лечение диабетической стопы // под ред. А.З. Гусейнова. – М.: Триада-Х, 2009, 72 с.
2. Ахунбаев М.И., Калинин А.П., Рафибеков Д.С. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей и диабетическая стопа. – Бишкек, 1997;
3. Агаджанова Л.П. Ультразвуковая доплерография в диагностике заболеваний сосудов нижних конечностей // Вестник Акад. мед. наук СССР. 1986. № 2. – С. 83-89.
4. Зубарев А.Р., Григорян Р.А. Ультразвуковое ангиосканирование. М.: Медицина, 1991.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Национальные стандарты оказания помощи больным сахарным диабетом. Министерство здравоохранения РФ, 2003 г.
6. Abbott C.A., Vileikyte L., Williamson S., Carrington A.L., Boulton A.J.M. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. *Diabetes Care* 7:1071-1075, 1998.
7. Navarro X., Kennedy W.R. Evaluation of thermal and pain sensitivity in type 1 diabetic patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 54:60-64, 1991.
8. Dyck P.J., Dyck P.J.B., Velosa J.A., Larson T.S., O'Brien P.C. The Nerve Growth Factors Study Group: Patterns of quantitative sensation testing of hypoesthesia and hyperalgesia are predictive of diabetic polyneuropathy: a study of three cohorts. *Diabetes Care*. 23:510-517, 2000.
9. Valk G.D., Grootenhuys P.A., van Eijk J.T., Bouter L.M., Bertelsmann F.W. Methods for assessing diabetic polyneuropathy: validity and reproducibility of the measurement of sensory symptom severity and nerve function tests. *Diabetes Res Clin Pract* 47:87-95, 2000.
10. Armstrong D.G., Lavery L.A., Vela S.A., Quebedeaux T.C., Fleischli J.G. Choosing a practical screening instrument to identify patients at risk of diabetic foot ulceration. *Arch Int Med* 153:289-292, 1998.
11. Davis E.A., Walsh P., Jones T.W., Byrne G.C. The use of biothesiometry to detect neuropathy in children and adolescents with IDDM. *Diabetes Care*. 20:1448- 1453, 1997.
12. Boulton A.J.M., Kubrusly D.B., Bowker J.H., Skyler J.S., Sosenko J.M. Impaired vibratory perception and diabetic foot ulceration. *Diabet Med* 3:335-337, 1986.
13. Akbari C.M., Gibbons G.W., Habersham G.M. et al. The effect of arterial reconstruction on the natural history of diabetic neuropathy. *Arch-Surg* 132:148-152, 1997.
14. Hirai M., Schoop W. Clinical Significance of Doppler Velocity and Blood Pressure Measurements in Peripheral Arterial Occlusive Disease // *Angiology*. 1984. P. 45-53.
15. Kumar S., Fernando D.J.S., Veves A., Knowles E.A., Young M.J., Boulton A.J.M. Semmes-Weinstein monofilaments: a simple effective and inexpensive screening device for identifying diabetic patients at risk of foot ulceration. *Diabetes Res Clin Pract* 13:63-68, 1991.
16. Fronek A., Coel M., Berntein E.F. The importance of combined multisegmental pressure and Doppler flow velocity study in the diagnosis of peripheral arterial occlusive disease // *Surg*. 1978. V. 84. P. 840-847.
17. Boulton A.J.M., Connor H., Cavanagh P.R. The foot in Diabetes, 3rd edn. 2000. John Wiley & Sons, Ltd.
18. Miranda-Palma B., Basu S., Mizel M.D., Sosenko J.M., Boulton A.J.M. The monofilament as the gold standard for foot ulcer risk screening: a reappraisal (Abstract). *Diabetes* 52 (Suppl. 1):A63, 2003.

19. International Guidelines on the Outpatient management of Diabetic Peripheral Neuropathy, 1995, 17 P.
20. Veves A., Donaghue V.M., Sarnow M.R. et al. The impact of reversal of hypoxia by revascularization on the peripheral nerve function of diabetic patients. *Diabetologia* 39:344–348, 1996.

Даниленко Сергей Юрьевич – аспирант кафедры факультетской хирургии БГУ, ординатор отделения рентген-хирургии Республиканской клинической больницы, 670042, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, тел. 8-950-388-54-10, e-mail: dooctor@yandex.ru

Маркевич Павел Сергеевич – аспирант кафедры факультетской хирургии БГУ, начальник хирургического отделения филиала ФГУ «324 Военный госпиталь СибВО» МО РФ, 670040, г. Улан-Удэ, ул. Жукова, 55, тел. 8-924-653-99-45, e-mail: markiz_2001@mail.ru

Danilenko Sergey Yurievich – post-graduate student of department of faculty surgery of BSU, intern of department of X-ray-surgery of Republican Clinical Hospital. 670042, Ulan-Ude, Pavlova str., 12, ph. 8-350-388-54-10. E-mail: dooctor@yandex.ru

Markevich Pavel Sergeevich, head of surgical department of Military Hospital # 324 of Siberian Military District. 670040, Ulan-Ude, Zhukov str., 55, ph. 8-924-653-99-45, e-mail: markiz_2001@mail.ru

УДК 615.018:615.342

Е.А. Ботоева, И.П. Убеева, С.М. Николаев

ВЛИЯНИЕ СУХОГО ЭКСТРАКТА ОРТИЛИИ ОДНОБОКОЙ НА ТЕЧЕНИЕ САЛЬПИНГИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

На модели острого сальпингита установлено, что курсовое введение сухого экстракта ортилии однобокой оказывает выраженное противовоспалительное действие, характеризующееся нормализацией морфофункционального состояния поврежденных органов на более ранних сроках патологического процесса. Можно полагать, что молекулярно-клеточным механизмом, определяющим эффективность сухого экстракта ортилии однобокой в качестве средства для лечения воспалительных заболеваний, является его способность ингибировать процессы перекисного окисления липидов, обусловленная воздействием комплекса биологически активных веществ, содержащегося в испытуемом фитоэкстракте.

Ключевые слова: *Orthilia secunda*, воспалительные заболевания.

E.A. Botoeva, I.P. Ubeeva, S.M. Nikolaev

INFLUENCE OF THE DRY EXTRACT OF ORTHILIA SECUNDA (L.) HOUSE ON THE CURRENT OF THE EXPERIMENTAL SALPINGITIS

It is established on the model of acute salpingitis, that course introduction of the dry extract of Orthilia Secunda (L.) have the expressed anti-inflammatory effect, characterized by the normalization of morfofuncional condition of the damaged bodies in the early stages of pathological processes.

It is possible to believe, that the mollecular-cellular mechanism, defining the efficiency of the dry extract as means of treatment of inflammatory diseases, is its ability to inhibit the processes of lipids oxidations, caused by influence of the complex of biologically active substances, composing the examinep phytoextract.

Key words: *Orthilia secunda*, herbal medicine, inflammatory diseases.

Предупреждение и лечение патологии женских половых органов представляет важнейшую часть проблемы охраны здоровья населения. Научно обоснованная и правильно организованная лечебно-профилактическая помощь больным с воспалительными заболеваниями гениталий существенно влияет на трудоспособность, социальные, семейные, бытовые условия жизни женщины, ее репродуктивную функцию. Успешная терапия заболеваний женских половых органов имеет значение не только в восстановлении функций половой системы, но и в устранении сопутствующих нарушений эндокринной, нервной и других систем организма.

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) определяется и их высокой частотой, склонностью к длительному течению, развитием полисистемных расстройств. Несвоевременное и неадекватное лечение ВЗПО приводит к хронизации процесса и является причиной бесплодия, внематочных беременностей, тазовых болей, причиняющих страдания и даже инвалидизирующих женщин в возрасте социальной активности.