

в виде умеренного лейкоцитоза до 10-15x10. Повышение содержания нейтрофилов, повышение СОЭ до 35мм/ч отмечено у 54% рожениц основной группы и у 42% контрольной.

При наружном исследовании матки субинволюция сохранялась у 50% пациенток контрольной и только 10% у основной, жалобы на болезненность матки при осмотре отмечались у 10% рожениц контрольной группы. Для оценки морфофункционального состояния матки и контроля за эффективностью проводимого лечения нами проводилось ультразвуковое исследование матки, показатели которого даны в таблице 1.

**Таблица 1**

**Показатели УЗИ у пациенток с эндометритом**

Группа	Длина	Передне-задний размер	Ширина	Объем	Полость
Контрольная	130,8	73,5	121	616,7	10,8
Основная	131,4	73,9	120,6	617,9	11,4

При ультразвуковом исследовании у всех пациенток выявлены: субинволюция матки без расширения полости, снижение эхогенности миометрия. При наложении фибрина в полости матки, почти в 60% случаев отмечено лохиометр. В процессе лечения у 70% рожениц контрольной группы, несмотря на назначение утеротонических средств, сохранялась субинволюция матки, умеренная задержка лохий, свидетельствующие о снижении тонуса и сократительной активности матки. На фоне проводимого лечения у 70% пациенток основной группы и у 40% контрольной группы нормализация состояния наступала к 3-4 суткам от начала лечения, у 30% основной и 60% контрольной группы - к 5 суткам от начала лечения.

Нормализация показателей крови: снижение лейкоцитов и СОЭ - у 35% пациенток основной и 15% контрольной.

С целью изучения бактериальной флоры влагалища нами проводилось бактериологическое исследование маточных лохий у 50 пациенток контрольной группы, у 50 - основной.

Результаты бактериологического исследования в обеих группах показали, что микробный пейзаж полости матки при эндометрите на фоне ИППП у пациенток исследуемых групп статистически достоверно не отличался как в контрольной, так и в основных группах.

Enterococcus обнаружен примерно у 20,0% рожениц основной и у 25% - контрольной, во многих случаях имели место ассоциации нескольких микроорганизмов. Данные бактериологического исследования, проведенные на 3 сутки послеродового периода, свидетельствуют об увеличении бактериальной флоры полости матки во всех исследуемых группах, в основном за счёт E.coli, Enterococcus и St.Saprophytic. Но в основной группе, по сравнению с контрольной, это повышение было менее выраженным. У 40% пациенток наблюдаемых групп при проведении бактериологического исследования маточных лохий были обнаружены E.coli, St.Enterococcus, причём в каждом исследовании были получены ассоциации микроорганизмов. Показатели микробного пейзажа у пациенток основной группы на фоне применения «Суперлимф», фитооксидантного сиропа «МАЗ», низкочастотного лазерного излучения на БАТ на 5 сутки достоверно отличались: имелась тенденция к снижению частоты обсеменённости полости матки условно-патогенными микроорганизмами (St.aureus, E.coli, Enterococcus), в то время как в контрольной группе изменения были незначительными.

Полученные результаты свидетельствуют о снижении частоты обсеменённости полости матки бактериальной флорой под влиянием местного применения комплекса естественных цитокинов,

фитооксидантного сиропа «МАЗ», низкочастотного лазерного излучения на БАТ, 0.02% - ного раствора «Уресултан».

Подводя итоги бактериологическим исследованиям, можно сделать следующие выводы: более чем у 2/3 родильниц всех групп с эндометритом отмечается обсеменённость полости матки условно-патогенными микроорганизмами, среди которых преобладают *St.aureus*, *E.coli*, *Enterococcus*.

Для определения МДА в лохиях взято содержимое полости матки на 1, 3 и 5 сутки послеродового периода. Далее уровень содержания МДА в маточных лохиях по результатам наблюдения приведён в виде диаграммы:



Диаграмма 1. Уровень содержания МДА в маточных лохиях у пациенток с эндометритом

У 2 (10%) родильниц контрольной группы, и у 3 (15%) основной отмечалось повышение уровня МДА на 1 сутки послеродового периода до  $4,86 \pm 0,14$  мМоль/мл с тенденцией к повышению за сутки. При изучении МДА в маточных лохиях на 3- 5 сутки после родов появилась типичная клиническая картина послеродового эндометрита, проявившаяся ухудшением самочувствия, фебрильной лихорадкой, субинволюцией матки.

Таблица 2

Показатели СОД в крови у пациенток с эндометритом

Группа	СОД до лечения	СОД после лечения
Основная (n=50)	$9,4 \pm 0,06^*$	$14,5 \pm 0,05^*$
Контрольная (n=50)	$8,9 \pm 0,06$	$10,8 \pm 0,09$

Примечание: \* - достоверность по отношению к основной группе ( $p < 0,05$ )

Полученные данные позволяют нам рассматривать динамику изменений уровней МДА в маточных лохиях как достоверные количественные критерии течения послеродового периода (табл.2).

При физиологическом течении послеродового периода уровень МДА не превышает  $4,32 \pm 0,1$  мМоль/мл, в первые сутки и снижается в течение послеродового периода.

Уровень МДА более  $4,86 \pm 0,14$  мМоль/мл в первые сутки послеродового периода свидетельствует о высоком инфекционном риске развития послеродового эндометрита.



Диаграмма 2. Уровень СОД в крови у пациенток с эндометритом

Тенденция к повышению уровня МДА маточных лохий на 3-5 сутки расценивается как неблагоприятный признак развития послеродового эндометрита. Повышение уровня МДА маточных лохий более  $5,54 \pm 0,21$  мМоль/мл свидетельствует о развитии инфекционного процесса в эндометрии. В процессе лечения происходит снижение и нормализация уровня МДА маточных лохий, что позволяет судить об эффективности проводимой терапии (диаграмма 2).

Таким образом, изучение динамики изменений уровня МДА в маточных лохиях и СОД в крови при эндометрите, позволяет оценивать течение послеродового периода, дифференцированно проводить профилактику, своевременно диагностировать инфекционный процесс в полости матки и осуществлять контроль эффективности и лечения послеродового эндометрита. Нами с целью диагностики развития эндометрита при ИППП проводилось определение содержания интерлейкина в месте первичного развития послеродового инфекционного процесса полости матки на 1-5 сутки послеродового периода.

При определении интерлейкина 1В после родов у 20% пациенток его активность в маточных лохиях в среднем составила  $986 \pm 84$  условных единиц. В дальнейшем у 55% пациенток основной группы отмечалось постепенное снижение уровня Ил 1В до  $975 \pm 83$  и ниже, у 25% родильниц контрольной группы содержание их составило  $986 \pm 84$ , что статистически достоверно ( $p < 0,05$ ).

Показатели клеточного и гуморального иммунного статуса у пациенток с эндометритом у пациенток контрольной группы обнаружили некоторое увеличение содержания Т-лимфоцитов, статистически достоверное увеличение Т-хелперов, снижение содержания Т-супрессоров ( $p < 0,05$ ).

Со стороны гуморального звена иммунитета отмечено незначительное снижение IgM и IgA и повышение IgG фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, некоторое увеличение содержания ЦИК. У пациенток основной группы после применения цитокинов и антиоксидантов отмечалось статистически достоверное повышение Т-лимфоцитов, увеличение субпопуляции Т-хелперов и

снижение содержания Т-супрессоров, повышение IgG, фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов. А также достоверное снижение уровня ЦИК ( $p=0,01$ ). Эти изменения способствуют повышению иммунологической резистентности пациенток к послеродовым инфекциям.

**Таким образом,** применение провоспалительного цитокина «Суперлимф», фитоантиоксидантного сиропа «МАЗ», низколазерного излучения на БАТ, инстиляция влагалища 0,02% раствором «Уресултан» в комплексной терапии послеродового эндометрита на фоне ИППП – всё это позволило повысить эффективность лечения, избежать развития генерализованных форм заболевания и откорректировать показатели ПОЛ и антиоксидантной системы, клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Последнее способствовало укорочению курса лечения и сроков пребывания в стационаре до 10 койко-дней по сравнению с группой контроля – 18 койко-дней (58,8%).

### Литература

1. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки / Л.В. Антонова // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. - М., 1990. - 25 с.
2. Арестова И.М. с соавт. Генитальные инфекции и беременность // М. 2005. - 156 с.
3. Грибань А.Н. Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний матери на развитие плода. / А.Н. Грибань // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. — 24 с.
4. Гуртевой Б.А. Гнойно-воспалительные заболевания в акушерстве / Б. А. Гуртевой // Вестник Росс. ассоц. акуш.-гин. 1994. Т. 1. № 1. С. 16-20
5. Исаева Б.И. Антиоксиданты и гелий-неоновый лазер в комплексной терапии острых воспалительных заболеваний придатков матки в регионе социально-экономического неблагополучия / Б.И. Исаева // Дисс. ... канд. мед. наук. 1999. Душанбе. С. 130
6. Никонов А.П. с соавт. Инфекции в акушерстве и гинекологии: диагностика и антимикробная химиотерапия // Пособие для врачей. М.: 2006. -42 с.
7. Никонов А.П. Послеродовый эндометрит как проявление раневой инфекции /А.П. Никонов // Автореф. дисс. д-ра мед. наук. М.1993.- 43 с.
8. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плода и новорождённого / В.Л. Тютюнник // Вестник российской ассоциации акушеров и гинекологов. 2001. № 1. С. 20-25
9. Цхай В. Б. Проблема сепсиса в современной акушерской клинике / В. Б. Цхай, Р.Т. Полянская, А.Б. Ганжурова // Вестн. перинатол., акуш. и гинекол. Красноярск, 2000. Вып. 7. С. 318-323

### Хулоса

## САМАРАНОКИИ ИСТИФОДАИ СИТОКИНХО ДАР ТАБОБАТИ ЭНДОМЕТРИТИ НИФОСӢ ДАР БЕМОРОНИ БО РОӢИ АЛОӢАИ ЧИНСӢ СИРОЯТӢФТА

**М.А.Ҳакназарова**

Муаллиф дар асоси тадқиқоти худ ба хулоса омадааст, ки истифодаи ситокини «Суперлимф», қиёми фитоантиоксидантии «МАЗ» (истехсоли Тоҷикистон), нурафшонии пасти лазерӣ ба нуқтаҳои аз ҷиҳати биологӣ фаъол, доручакони маҳбал бо маҳлули 0,02%-и «Уресултан» (истехсоли Тоҷикистон) дар табобати маҷмӯии эндометрити (илтиҳоби андарунпардаи бачадон) нифосӣ (баъди зоиш) дар заминаи сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда имконият дод, ки самаранокии он афзуда, инкишофи шаклҳои густурдаи беморӣ пешгирӣ карда шавад, нишондиҳандаҳои оксидшавии перекиси липидҳо ва системаи антиоксидантӣ, ҳалқаҳои хуморалӣ ва хучайравии масуният тасхех карда шаванд.

## SUMMARY

### THE USE OF CYTOKINES IN THE TREATMENT POSTPARTUM ENDO-METRITIS IN PATIENTS WITH SEXUALLY TRANSMITTED INECTIONS

**M.A. Khaknazarova**

The author based his research concluded that the use of pro-inflammatory cytokine "Superlymph, fi-toantioxidant syrup" MAZ "(production of Tajikistan), low-laser radiation on biologically active points, vaginal instillation 0,02% - solution" Uresultan" (production Tajikistan) in the treatment of postpartum endo-metritis against sexually transmitted infections (STIs) is allowed to increase its efficiency, to avoid the devel-opment of generalized forms of the disease and to correct lipid peroxidation (LPO) and antioxidant system, cellular and humoral immunity.

**Key words:** cytokines, postpartum endometritis, "Uresultan", antioxidant system, "Superlymph", lipid peroxidation, syrup "MAZ", STI

---

**Адрес для корреспонденции:**

**М.А.Хакназарова** – старший научный сотрудник кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ; Таджикистан, Душанбе, пр.Рудаки, 139. Тел: +992985-81-00-55



### СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

**И.Х.Ирмухамедова, М.В. Раджабова, Э.М. Саидшарифова**

**Кафедра терапевтической стоматологии**

**ТГМУ им.Абуали ибни Сино**

Артериальная гипертензия у пациентов стоматологического профиля встречается доста-точно часто. Вопрос о том, какие особенности стоматологического статуса являются харак-терными для таких пациентов, остаётся не до конца изученным.

Нашими клиническими исследованиями тканей пародонта показано, что из 200 больных с гипертонической болезнью всех возрастных групп, у 180 выявлена патология пародонта. По многим параметрам отмечается значительные патоморфологические и физиологические изме-нения в тканях пародонта. Всё это обуславливает необходимость разработки дифференциро-ванного подхода в стоматологической реабилитации таких пациентов.

У этой категории больных с гипертонической болезнью признаками пародонтита явля-ются: значительная отёчность, синюшный цвет дёсневого края, рыхлость дёсневых сосочков, ретракция десны, подвижность зубов, обильные над и поддёсневые зубные отложения, пародон-тальные карманы местами с гнойным отделяемым.

Эти данные свидетельствуют о наличии взаимосвязи заболеваний пародонта с гиперто-нической болезнью.

**Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, пародонтит, гипертоническая болезнь, ги-пертензия

**Введение.** С ростом частоты выявления сердечно-сосудистых болезней, возросло значение ранней диагностики артериальной гипертензии [1,3]. Патологические процессы в тканях пародонта и заболевания слизистой оболочки полости рта при артериальной гипертензии объясняются нарушением системы микроциркуляторного русла (МЦР), в частности, в регионе головы и шеи, что влияет на трофику тканей зубочелюстной системы, способствуя более активному протеканию патологических процессов в периодонте и твёрдых тканях зубов [1,2,6].

Степень нарушения микроциркуляции при первичной артериальной гипертензии в значительной степени зависит от морфологических и структурных особенностей регионального сосудистого русла, реологических свойств крови, и, безусловно, от состояния физиологических систем регуляции артериального давления [2,4,5].

Сосуды зубных сплетений оказываются особенно уязвимы в силу своих анатомических особенностей. Нарушение в микроциркуляторном русле тканей пародонта становится основой воспалительно-деструктивных заболеваний слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта [1,2].

Активной зоной в гемодинамике всего организма является микроциркуляторное русло пародонта, которое претерпевает изменения при постоянных, или часто возникающих напряжениях сосудистой системы [3].

**Целью настоящей работы** является изучение особенностей клинического и функционального состояния слизистой оболочки полости рта и тканей пародонта у больных с гипертонической болезнью.

**Материал и методы.** Данное исследование было проведено в 2008 году среди 200 больных с гипертонической болезнью, из них 84 женщин (40,5%) и 116 мужчин (59,5%) в возрасте от 30 до 60 лет и старше. Отбор больных для обследования тканей пародонта произведён в стоматологическом кабинете на базе кардиологического отделения Городского медицинского центра г. Душанбе и на базе кафедры терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино при Учебно-клиническом центре. В контрольную группу вошли 60 практически здоровых лиц, из них 29 женщин (46,0%) и 31 мужчин (54,0%).

Диагноз гипертонической болезни устанавливался нами совместно с врачами-терапевтами кардиологического отделения ГМЦ г. Душанбе. Стадия и течение заболевания определялись по классификации комитета экспертов ВОЗ (1970) [2,5].

При обследовании всем больным были произведены: повторные измерения артериального давления и подсчёт частоты сердечных сокращений; исследование состояния сосудов глазного дна; рентгенологическое исследование сердца и крупных сосудов; ЭКГ-исследование; общие анализы крови, мочи, показатели липидного обмена, свёртывающей системы крови; пробы Земницкого и Нечипоренко.

Для определения состояния органов полости рта и установления диагноза у обследованных лиц как основной, так и контрольной групп проводились исследования по общеприятной клинической схеме, включающий опрос, осмотр и функциональное исследование с занесением данных в карту оценки стоматологического статуса (ВОЗ - 1997) [1,4,6].

В процессе обследования у всех больных определяли гигиеническое состояние полости рта по методу Ю.Т. Фёдоровой, В.В. Володкиной, их расспрашивали о привычном для больного гигиеническом уходе за полостью рта, об использовании различных средств гигиены.

Состояние сосудистого русла пародонта было исследовано путём проведения реопародонтографии, определения стойкости капилляров десны по методу В.И. Кулаженко, а также подсчётом индекса периферического кровообращения.