

REFERENCES

1. Sulimov V.A., Golitsyn S.P., Panchenko E.P., Popov S.V., Revishvili A.Sh., Shubik Yu.V. et al. *Diagnosis and Treatment of Atrial Fibrillation: Guidelines of RKO, VNOA and ASSH [Diagnostics i lechenie fibrillyatsii predserdiy: Rekomendatsii RKO, VNOA i ASSH]*. Moscow; 2012. (in Russian)
2. Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin E.J., Berry J.D., Blaha M.J. et al. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics — 2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129: 399—410.
3. Extramiana F., Maison-Blanche P. Stroke and Atrial Fibrillation: Where to Go From Here? *Stroke*. 2015; 46(3): 605—7.
4. Li-Saw-Hee F.L., Blann A.D., Lip G.Y. Effects of fixed low-dose warfarin, aspirin-warfarin combination therapy, and dose-adjusted warfarin on thrombogenesis in chronic atrial fibrillation. *Stroke*. 2000; 31(4): 828—33.
5. Panchenko E.P., Yavelov I.S., Grantsianskiy N.A. *Antithrombotic Therapy in Patients with Stable Symptoms of Ateromrombosis. National Clinical Guidelines [Antitromboticheskaya terapiya u bol'nykh so stabil'nymi proyavleniyami ateromromboza. Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii]*. Moscow; 2011. (in Russian)
6. Krarup L.H., Sandset E.C., Sandset P.M., Berge E. D-dimer levels and stroke progression in patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation. *Acta Neurol. Scand.* 2011; 124(1): 40—4.
7. Shchukin Yu.V., Rubanenko A.O., Germanov A.V., Tereshina O.V. Risk factors for ischemic stroke in patients with permanent atrial fibrillation. *Vestnik aritmologii*. 2012; 67: 20—5. (in Russian)
8. Zabczyk M., Majewski J., Lelakowski J. Thromboembolic events are associated with prolonged clot lysis time in patients with permanent atrial fibrillation. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2011; 121(11): 400—7.
9. Shchukin Yu.V., Rubanenko A.O., Limareva L.V. The role of thrombin-activatable fibrinolysis inhibitor in stratifying the risk of ischemic stroke in patients with atrial fibrillation. *Meditinskiy al'manakh*. 2011; 3: 123—6. (in Russian)
10. Suzuki S., Yamashita T., Okumura K., Atarashi H., Akao M., Oga-wa H. et al. Incidence of Ischemic Stroke in Japanese Patients With Atrial Fibrillation Not Receiving Anticoagulation Therapy. *Circ. J.* 2014; 78(9): 2182—7.
11. Bao B., Zhou Y., Liu J., Huo Y. The 10-year stroke risk in hypertensive outpatients combined with diabetes in cardiovascular clinics of 36 tertiary hospitals in China. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. 2014; 53(12): 941—6.
12. Shantsila E., Wolff A., Lip G.Y., Lane D.A. Optimising stroke prevention in patients with atrial fibrillation: application of the GRASP-AF audit tool in a UK general practice cohort. *Br. J. Gen. Pract.* 2015; 65(630): e16—23.
13. Lara-Vaca S., Cordero-Cabra A., Martinez-Flores E., Iturralde-Torres P. The Mexican Registry of Atrial Fibrillation (ReMeFa). *Gac. Med. Mex.* 2014; 150 (Suppl. 1): 48—59.
14. Potpara T.S., Polovina M.M., Djikic D., Marinkovic J.M., Koccev N., Lip G.Y. The association of CHA2DS2-VASc score and blood biomarkers with ischemic stroke outcomes: the Belgradestroke study. *PLoS One*. 2014; 9(9): e106439.
15. Guo Y., Lip G.Y., Apostolakis S. Inflammation in atrial fibrillation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2012; 60(22): 2263—70.
16. Senoo K., Lane D.A., Lip G.Y. Stroke risk reduction with oral anti-coagulation using CHA2DS2-VASc in a Japanese AF population: A modeling analysis. *Int. J. Cardiol.* 2014; 181: 247—54.
17. Cullen M.W., Kim S., Piccini J.P. Sr., Ansell J.E., Fonarow G.C., Hylek E.M. et al. Risks and Benefits of Anticoagulation in Atrial Fibrillation: Insights From the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF) Registry. *Circ. Cardio-vasc. Qual. Outcomes*. 2013; 6(4): 461—9.

Поступила 18.03.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 617.55=007.43=06:616.98:579.882.11=078.33

Исаев Г.Б., Джебраилова А.В.

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА И МЕТОДЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ХЛАМИДИОЗА

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчубашова, 1007, Баку, Азербайджан

Для корреспонденции: Исаев Гидаят Билал оглы, доктор мед. наук, профессор, зам. директора по науке.
E-mail: azprorektor@rambler.ru

♦ Материалы, положенные в основу этой работы, были получены в результате обследования и лечения 20 больных (5 мужчин, 15 женщин, основная группа) в возрасте 22—45 лет, обратившихся в Научный центр хирургии с целью выполнения герниопластики, у которых при бактериоскопическом, культуральном и серологическом исследовании был обнаружен урогенитальный хламидиоз. Рецидивная вентральная грыжа установлена у 9 больных, рецидивная паховая грыжа — у 7, паховая грыжа — у 3 и бедренная грыжа — у 1 пациентки. Контрольную группу составляли 20 больных с грыжами передней брюшной стенки, не имеющих какой-либо хронической инфекции. Исследование показателей клеточного и гуморального звена иммунной системы показало, что для больных с хроническим хламидиозом характерны наличие супрессии в Т-клеточном звене и дисбаланс показателей гуморального иммунитета. Наличие клинических признаков иммунодефицита у больных с грыжами передней брюшной стенки является прямым показанием для назначения иммунокорригирующей терапии в предоперационном периоде. У пациентов с хроническим хламидиозом иммунофан оказывает заметный иммунокорригирующий эффект, что проявляется в виде положительной динамики показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета; в то же время терапия иммунофаном в сочетании с 0,33% настойкой шафрана является более эффективным методом иммунокоррекции.

Ключевые слова: грыжа передней брюшной стенки; урогенитальный хламидиоз; иммунокоррекция.

Для цитирования: Российский медицинский журнал. 2015; 21 (6): 8—11.

Isaev G.B., Dzhebrailova A.V.

THE CONDITION OF IMMUNITY AND METHODS OF ITS CORRECTION IN PATIENTS WITH HERNIA OF ABDOMINAL WALL AGAINST THE BACKGROUND OF CHRONIC CLAMIDIOSIS

The M.A. Topchubashov research center of surgery, 1007 Baku, Azerbaijan

♦ The article considers resulting materials of examination and treatment of 20 patients (main group) aged 22–45 years (5 males, 15 females) addressed to the Research center of surgery for application of hernioplasty and who were detected urogenital clamidiosis after bacterioscopic, cultural and serological analysis. The relapsing ventral hernia was diagnosed in 9 patients, relapsing inguinal hernia - in 3 patients and femoral hernia - in 1 female patient. The control group included 20 patients with hernia of anterior abdominal wall without any chronic infection. The analysis of indicators of cellular and humoral chain of immune system established that patients with chronic clamidiosis are characterized by occurrence of suppression in T-cell chain and imbalance of indicators of humoral immunity. The occurrence of clinical signs of immunodeficiency in patients

with hernia of anterior abdominal wall is a direct indication for prescription of immune correctional therapy during pre-operational period. In patients with chronic clamidiosis Imunofan provides significant immune correctional effect manifesting as positive dynamics of indicators of cellular and humoral immunity. At the same time, therapy by Imunofan combined with 0.33% tincture of saffron is more effective method of immune correction.

Keywords: hernia of anterior abdominal wall; urogenital clamidiosis; immune correction.

Citation: Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (6): 8—11. (In Russ)

For correspondence: Gidayat Isayev, MD, PhD, DSc, prof. E-mail: azprorektor@rambler.ru

Received 13.01.15

Наружные грыжи живота — одно из самых распространенных хирургических заболеваний; они встречаются у 3—7% населения. Грыжесечение является наиболее частой операцией в хирургии и составляет 10—15% от общего числа всех операций [1]. Несмотря на внедрение современных инертных пластических материалов, ненатяжных методик пластики, лапароскопических технологий для ликвидации грыж, частота послеоперационных осложнений в среднем составляет 5% [2]. Одной из причин осложнений после грыжесечений является снижение иммунитета [3].

В течение последнего десятилетия отмечается рост уrogenитального хламидиоза (УГХ) [4, 5]. Это обуславливает частое развитие УГХ среди больных с грыжами живота [6, 7].

Данные литературы показывают ведущую роль иммунной системы в патогенезе хламидийной инфекции [8, 9]. Многими авторами выявлено, что наиболее существенные изменения в системе клеточного и гуморального иммунитета обнаружены у больных хламидиозом [10, 11].

Еще большая роль принадлежит иммунной системе при персистенции возбудителя, когда устанавливается условное равновесие между микроорганизмом и макроорганизмом. УГХ сопровождается иммунными нарушениями у 82% женщин и 80% мужчин. Нарушение иммунитета способствует существенному снижению регенеративных способностей соединительной ткани [12]. Выполненные на этом фоне оперативные вмешательства сопровождаются множественными послеоперационными осложнениями, в том числе рецидивом грыжи и отторжением аллопротезов [13].

При лечении рецидивирующего УГХ эффективность терапии без использования иммуномодуляторов редко превышает 50% [14, 15]. В настоящее время при лечении заболеваний, связанных с хроническими инфекциями, используются различные препараты, влияющие на иммунную систему. Наше внимание привлек имунофан, обладающий выраженным иммуностимулирующим действием, а также шафран.

Имунофан обладает иммунорегулирующим, дезинтоксикационным, гепатопротективным действием и вызывает инактивацию свободнорадикальных и перекисных соединений. Фармакологическое действие пептидного препарата основано на достижении коррекции иммунной и окислительно-антиокислительной систем организма. Имунофан усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов, увеличивает продукцию интерлейкина-2, синтез антител, ингибирует синтез арахидоновой кислоты, нормализует перекисное окисление липидов. По сравнению с имеющимися аналогами препарат более эффективен и не обладает побочными действиями [16, 17].

Шафран издавна широко используется в народной медицине: в виде заварки, спиртовой настойки он применяется у сердечных больных, при лейкомии, заболеваниях глаз, а также как болеутоляющее, мочегонное средство и как антисептик [18, 19]. В клинической практике применение шафрана у больных с гнойно-септическими

заболеваниями существенно улучшало показатели гуморального и тканевого иммунитета [20, 21].

Цель исследования — предложить адекватный метод иммунокоррекции в дооперационном периоде у больных с грыжами брюшной стенки на фоне хронической уrogenитальной инфекции.

Материал и методы

Учитывая увеличение частоты хламидиоза среди населения и его роль в развитии рецидивов после проведенной ранее грыжепластики, мы выполняли определение хронической уrogenитальной инфекции у всех больных, поступающих на хирургическое лечение по поводу рецидивных грыж.

Материалы, положенные в основу этой работы, были получены в результате обследования и лечения 20 больных (5 мужчин, 15 женщин, основная группа) в возрасте 22—45 лет, обратившихся в Научный центр хирургии с целью выполнения герниопластики, у которых при бактериоскопическом, культуральном и серологическом исследовании был обнаружен УГХ. Рецидивная вентральная грыжа установлена у 9 больных, рецидивная паховая грыжа — у 7, паховая грыжа — у 3 и бедренная грыжа — у 1 пациентки.

Контрольную группу составляли 20 больных с грыжами передней брюшной стенки, не имеющих какой-либо хронической инфекции и сопутствующих заболеваний, негативно влияющих на показатели иммунитета.

Основную группу мы разделили на две подгруппы (А и Б) по 10 больных в каждой. В подгруппе А иммунокоррекцию проводили имунофаном, а в подгруппе Б — имунофаном в сочетании с настойкой шафрана. Больным обеих подгрупп имунофан вводили внутримышечно по 1 мл (50 мкг) один раз в сутки ежедневно в течение 14 дней, а в подгруппе Б, кроме имунофана, в рацион принимаемой пищи добавляли 100 мл 0,33% настойки шафрана.

На 14-е сутки проводили иммунологические исследования в обеих подгруппах и сравнивали полученные результаты между подгруппами с показателями первичных исследований и с контрольной группой.

Результаты и обсуждение

Исследование показателей клеточного и гуморального звена иммунной системы было проведено у больных обеих групп. Полученные результаты отражены в таблице.

Как видно из таблицы, у больных основной группы исходно обнаружены разнонаправленные нарушения в клеточном звене иммунитета.

Так, в основной группе по сравнению с контрольной отмечается достоверное снижение общего числа лимфоцитов ($p < 0,05$), $CD3^+$ -Т-лимфоцитов, $CD3^+/CD4^+$ -лимфоцитов ($p < 0,05$; $p < 0,01$), показателей ИРИ ($CD4^+/CD8^+$) ($p < 0,05$ $p < 0,001$), $CD3^-HLA-DR^+$ -клеток ($p < 0,01$) и активированных $CD3^+HLA-DR^+$ -Т-лимфоцитов ($p < 0,001$).

Помимо этого выявлено повышение содержания $CD3^+/CD8^+$ -Т-цитотоксических лимфоцитов, достоверное ($p < 0,001$) увеличение уровня $CD19^+$ -В-лимфо-

Показатели клеточного и гуморального звена иммунной системы у обследуемых больных при поступлении и после иммунокоррекции ($M \pm t$)

Показатель	Контрольная группа ($n = 20$)	Основная группа ($n = 20$)		
		исходно	на 14-е сутки после иммунокоррекции	
			подгруппа А ($n = 10$)	подгруппа Б ($n = 10$)
Лимфоциты, %	$36,2 \pm 1,4$	$32,2 \pm 1,1^*$	$35,7 \pm 1,2^*$	$36,1 \pm 1,2^*$
Т-лимфоциты ($CD3^+$), %	$68,5 \pm 1,3$	$52,9 \pm 1,4^{**}$	$67,8 \pm 1,3^*$	$68,4 \pm 1,2^*$
Т-хелперы ($CD3^+/CD4^+$), %	$41,3 \pm 1,4$	$35,7 \pm 1,2^*$	$40,8 \pm 0,9^*$	$41,2 \pm 1,0^*$
Т-цитотоксические лимфоциты ($CD3^+/CD8^+$), %	$24,3 \pm 0,8$	$26,2 \pm 1,3^*$	$25,5 \pm 1,3^*$	$24,2 \pm 1,6^*$
Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) ($CD4^+/CD8^+$)	$1,97 \pm 0,06$	$1,72 \pm 0,09^*$	$1,91 \pm 0,07^{**}$	$1,95 \pm 0,05^*$
В-лимфоциты ($CD19^+$), %	$14,6 \pm 0,5$	$25,8 \pm 1,7^*$	$16,3 \pm 1,2^*$	$14,5 \pm 0,6^*$
Естественные клетки-киллеры (ЕКК) ($CD3^-CD16^+CD56^+$), %	$18,7 \pm 0,6$	$23,1 \pm 1,3^*$	$19,2 \pm 0,9^{**}$	$18,4 \pm 0,7^*$
Т-киллеры ($CD3^+CD16^+CD56^+$), %	$3,4 \pm 1,1$	$5,2 \pm 0,9^*$	$3,6 \pm 0,7^*$	$3,3 \pm 0,9^{**}$
$CD3^-HLA-DR^+$ клетки, %	$16,5 \pm 1,3$	$13,9 \pm 1,2^*$	$16,1 \pm 1,0^*$	$16,3 \pm 1,1^*$
Активированные Т-лимфоциты ($CD3^+HLA-DR^+$), %	$11,6 \pm 0,5$	$8,2 \pm 0,7^*$	$10,7 \pm 0,8^*$	$11,5 \pm 0,5^*$
IgA, г/л	$2,47 \pm 0,08$	$1,76 \pm 0,15^{**}$	$2,4 \pm 0,17^{**}$	$2,46 \pm 0,12^{**}$
IgM, г/л	$1,83 \pm 0,16$	$2,34 \pm 0,48^{**}$	$1,96 \pm 0,24^{**}$	$1,79 \pm 0,22^{**}$
IgG, г/л	$12,92 \pm 0,54$	$10,7 \pm 0,6^*$	$12,6 \pm 0,42^*$	$12,85 \pm 0,43^*$

Примечание. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ — достоверные различия с группой контроля.

цитов, $CD3^-CD16^+CD56^+$ -ЕКК ($p < 0,01$; $p < 0,001$) и $CD3^-CD16^+CD56^+$ -Т-киллеров.

Нарушения в гуморальном звене иммунной системы характеризовались снижением содержания IgG ($p < 0,05$; $p < 0,01$) и IgA ($p < 0,001$) при незначительном повышении уровня IgM.

Выявленные изменения в клеточном и гуморальном звене иммунной системы у больных с хроническим хламидиозом свидетельствуют о супрессии Т-клеточного звена, обусловленной достоверным ($p < 0,05$) снижением общего количества лимфоцитов, $CD3^+$ -Т-лимфоцитов, ИРИ ($CD4^+/CD8^+$) и активированных $CD3^+HLA-DR^+$ -Т-лимфоцитов.

Обнаруженное повышение уровня $CD19^+$ -В-лимфоцитов, $CD3^+CD16^+CD56^+$ -Т-киллеров и $CD3^-CD16^+CD56^+$ -ЕКК, по-видимому, обусловлено адаптационными механизмами иммунной системы, направленными на элиминацию возбудителя инфекции.

Снижение секреции IgA и IgG, очевидно, является следствием дисбаланса в клеточном звене иммунной системы, обусловленного подавлением активности как клеточного, так и гуморального иммунитета, причем данные изменения касались практически всех изученных показателей. Наиболее существенным было снижение содержания общего количества лимфоцитов, Т-лимфоцитов и ИРИ.

Показатели общего количества лимфоцитов, $CD3^+/CD4^+$ -лимфоцитов, ИРИ, $CD3^+CD16^+CD56^+$ -лимфоцитов и $CD3^-HLA-DR^+$ -клеток не имели достоверных различий с группой контроля. Данные изменения свидетельствуют о подавлении специфичности иммунного ответа у больных с хроническим хламидиозом.

Таким образом, показатели клеточного и гуморального звена иммунной системы у больных хроническим хламидиозом характеризовались наличием супрессии в Т-клеточном звене и дисбалансом гуморального иммунитета.

Наличие клинических признаков иммунодефицита у больных с грыжами передней брюшной стенки мы считали прямым показанием для назначения иммунокорригирующей терапии в предоперационном периоде.

Как показывают анализы результатов иммунологических исследований, отраженные в таблице, у больных, получавших имунофан (подгруппа А), на 14-е сутки от-

мечается положительная динамика в виде возрастания показателей клеточного иммунитета: так, если при поступлении у 20 больных с грыжами брюшной стенки на фоне хронического хламидиоза содержание лимфоцитов достигало $32,2 \pm 1,1\%$, то после иммунокоррекции имунофаном оно повышалось до $35,7 \pm 1,2\%$, или на 10,8%. Однако в подгруппе Б (имунофан + настойка шафрана) число лимфоцитов на 14-е сутки достигало $36,1 \pm 1,2\%$ (повышение на 12,7%), почти совпадая с показателем контрольной группы ($36,2 \pm 1,4\%$).

Число Т-лимфоцитов ($CD3^+$) в подгруппе А повышалось на 28,1%, в подгруппе Б — на 29,3%. Почти идентичное изменение претерпевало содержание Т-хелперов ($CD3^+/CD4^+$).

В динамике Т-цитотоксических лимфоцитов ($CD3^+/CD8^+$) также наблюдали подобную закономерность, — их доля в субпопуляции лимфоцитов после иммунокоррекции имунофаном уменьшилась на 2,7%, а после применения имунофана в комбинации с настойкой шафрана — на 7,6%.

У больных основной группы процентное содержание В-лимфоцитов при первичном обследовании превышало показатели пациентов контрольной группы на 43,4%, после проведения иммунокоррекции в течение 14 дней в подгруппе А (имунофан) — на 11,6%, а в подгруппе Б (имунофан + шафран) — лишь на 0,7%.

Как видно из таблицы, уровень циркулирующих комплексов в подгруппе А на 14-е сутки превышал исходный на 11%, в подгруппе Б — на 13,4%; на фоне иммунокоррекции также отмечали положительную динамику других показателей клеточного иммунитета (ЕКК, Т-киллеры, $CD3^-HLA-DR^+$ -клетки, активированные Т-лимфоциты). Однако в подгруппе Б эти положительные изменения превышали таковые в подгруппе А в среднем на 10—20% ($p < 0,05$).

При исследовании гуморального звена иммунитета (IgG, IgM и IgA) на 14-е сутки в обеих подгруппах также отмечалась более значительная положительная динамика, однако в подгруппе Б улучшения были на 9—40% более выражены, чем в подгруппе А ($p < 0,05$).

Выводы

1. Наличие хронического хламидиоза у больных с грыжами брюшной стенки способствует значительно-

му нарушению иммунной защиты организма, что может быть причиной различных осложнений после герниопластики.

2. Состояние клеточного и гуморального звена иммунной системы у больных хроническим хламидиозом характеризовалось наличием супрессии в Т-клеточном звене и дисбалансом показателей гуморального иммунитета.

3. Наличие клинических признаков иммунодефицита у больных с грыжами передней брюшной стенки является прямым показанием для назначения иммунокорригирующей терапии в предоперационном периоде.

4. У больных хроническим хламидиозом иммунофан оказывает заметный иммунокорригирующий эффект, что проявляется в виде положительной динамики показателей как клеточного, так и гуморального иммунитета; в то же время проведение терапии иммунофаном в сочетании с 0,33% настойкой шафрана является более эффективным методом иммунокоррекции.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 3, 8, 12—13, 16, 21 см. References)

1. Абоев А.С., Куличев А.А. Хирургическое лечение паховых грыж. *Хирургия*. 2006; 3: 55—8.
2. Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р. Возможности лечения грыж передней брюшной стенки проленовой герниосистемы. *Клиническая хирургия*. 2003; 6: 124—5.
4. Алешкин В.А., Макаров О.В., Шайков К.А. Состояние местного иммунитета при воспалительных заболеваниях женских половых органов и влияние на него иммуномодулятора кипферона. *Иммунопатология и клиническая иммунология*. 2000; 5: 41—4.
5. Шаталова А.Ю., Рахматулина М.Р., Плахова К.И. Анализ факторов риска и клинико-лабораторных особенностей воспалительных заболеваний мочеполового тракта у женщин репродуктивного возраста. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2012; 1: 19—24.
6. Делекторский В.В., Яшкова Г.Н., Мазурчук С.А. *Хламидиоз. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение)*. М.: ЛАБ-диагностика; 1995.
7. Болдырева М.Н., Липова Е.В., Витвицкая Ю.Г. Урогенитальные инфекции у женщин, обусловленные условно-патогенной биотой: способы выявления и коррекция. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2010; 2: 26—31.
9. Глазкова Л.К., Башмакова К.В., Моторнюк Ю.И. Особенности течения хламидийной инфекции у беременных. Совершенствование диагностики и лечения. *Инфекции, передаваемые половым путем*. 2002; 2: 15—20.
10. Мартенова А.А., Сотникова Н.Ю., Семенов А.В., Паникратов К.Д. Иммунный статус мужчин при простатите смешанного хламидийно-трихомонадного генеза с низкой активностью воспалительного процесса. *Медицинская иммунология*. 2000; 2(2): 178—9.
11. Плахова К.И., Рахматулина М.Р., Фриго Н.В., Ротанов С.В., Волков И.А., Хайруллин Р.Ф. Анализ результатов клинико-лабораторного обследования пациенток с неосложненными и осложненными формами урогенитальной хламидийной инфекции. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2011; 6: 35—40.
14. Гомберг М.А., Соловьев А.М., Черноусов А.Д. Обоснование иммунотерапии при лечении рецидивирующего урогенитального хламидиоза. *Инфекции, передаваемые половым путем*. 2000; 2: 30—6.
15. Фидаров А.В. *Современные аспекты патогенеза и терапии инфекций, передаваемых половым путем (клинико-иммунологическое исследование)*: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.; 2007.
17. Иманова Н.Дж. *Коррекция иммунитета шафраном у больных с гнойно-септическими заболеваниями*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Баку; 2007.
18. Кортиков В.Н., Кортиков А.В. *Полная энциклопедия лекарственных растений*. Ростов-на Дону: Издательский Дом Проф. Прес.; 2002.
19. Соколов С.Я. *Фитотерапия и фармакология: Руководство для врачей*. М.: МИА; 2000. Малахова Р.С. *Целебные растения: справочник*. М.: РИПОЛ КЛАССИК; 2002.

20. Исаев Г.Б., Иманова Н.Д. Новый метод иммунокоррекции больных с перитонитом. *Сағламлыг*. 2002; 8: 10—3.

REFERENCES

1. Aboev A.S., Kulichev A.A. Surgical treatment of inguinal hernias. *Khirurgiya*. 2006; 3: 55—8. (in Russian)
2. Gogiya B.Sh., Alyautdinov P.P. The possibilities of treatment of hernias of anterior abdominal wall prolene herniosistemy. *Klinicheskaya khirurgiya*. 2003; 6: 124—5. (in Russian)
3. Nyhus Lloyd M. Classification of groin hernia: Milestones. *Hernia*. 2004; 8(2): 87—8.
4. Aleshkin V.A., Makarov O.V., Shaykov K.A. Status of local immunity in inflammatory diseases of the female genital tract and the impact it immunomodulatory kipferon modulator. *Immunopatologiya i klinicheskaya immunologiya*. 2000; 5: 41—4. (in Russian)
5. Shatalova A.Yu., Rakhmatulina M.R., Plakhova K.I. Analiz risk factors and clinical and laboratory features of inflammatory diseases of the urinary tract in women of reproductive age. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2012; 1: 19—24. (in Russian)
6. Delektorskiy V.V., Yashkova G.N., Mazurchuk S.A. *Chlamydiae. Bacterial Vaginosis (clinic, diagnostics, treatment) [Khlamidioz. Bakterial'nyy vaginoz (klinika, diagnostika, lechenie)]*. Moscow: LAB-diagnostika; 1995. (in Russian)
7. Boldyreva M.N., Lipova E.V., Vitvitskaya Yu.G. Sexually Transmitted Diseases in women, caused by opportunistic microflora: how to identify and correction. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2010; 2: 26—31. (in Russian)
8. Everett K.D.E., Bush R.M., Andersen A.A. Phylogenetic analyses of five coding genes support the new chlamydial taxonomy. In: *Abstracts of Proceedings of the IV Meeting of the European Society for Chlamydial Research*. Helsinki, Finland, 20—23 August 2000. Helsinki, Finland; 2000: 5.
9. Glazkova L.K., Bashmakova K.V., Motornyyuk Yu.I. Characteristics of chlamydial infection in pregnant women. Improving the diagnosis and treatment. *Infektsii, peredavaemye polovym putem*. 2002; 2: 15—20. (in Russian)
10. Martenova A.A., Sotnikova N.Yu., Semenov A.B., Panikratov K.D. Immune status of men with chlamydial-trichomonas mixed origin prostatitis with low inflammatory activity. *Meditsinskaya immunologiya*. 2000; 2(2): 178—9. (in Russian)
11. Plakhova K.I., Rakhmatulina M.R., Frigo N.V., Rotanov S.V., Volkov I.A., Khayrullin R.F. Analysis of the results of clinical and laboratory examination of patients with uncomplicated and complicated forms of urogenital chlamydial infection. *Vestnik dermatologii i venerologii*. 2011; 6: 35—40. (in Russian)
12. Su H., Caldwell H.D. CD4⁺ T-cells play a significant role in adoptive immunity to Chlamydia trachomatis infection of the mouse genital tract. *Infect. Immun.* 1995; 63(9): 3302—8.
13. Paajanen H., Scheinin T., Vironen J. Commentary: Nationwide analysis of complications related to inguinal hernia surgery in Finland: a 5 year register study of 55,000 operations. *Am. J. Surg.* 2010; 199(6): 746—51.
14. Gomberg M.A., Solov'ev A.M., Chernousoe A.D. Justification of immunotherapy in the treatment of recurrent urogenital chlamydiosis. *Infektsii, peredavaemye polovym putem*. 2000; 2: 30—6. (in Russian)
15. Fidarov A.V. *Current Aspects of the Pathogenesis and Treatment of Sexually Transmitted Infections (clinical and immunological study)*: Diss. Moscow; 2007. (in Russian)
16. Gomberg M.A., Chernousov A.D., Soloviov A.M. Immunotherapy in the management of Chlamydia trachomatis infection. *Int. J. STD AIDS*. 2001; 12 (Suppl. 2): 10.
17. Imanova N.Dzh. *Correction Immunity with Saffron in Patients with Purulent-septic Disases*: Dis. Baku; 2007. (in Russian)
18. Kortikov V.N., Kortikov A.V. *Complete Encyclopedia of Medicinal Plants [Polnaya entsiklopediya lekarstvennykh rasteniy]*. Rostov-na Donu: Izdatel'skiy Dom Prof. Pres.; 2002. (in Russian)
19. Sokolov S.Ya. *Herbal Medicine and Pharmacology: A Guide for Physicians [Fitoterapiya i farmakologiya: Rukovodstvo dlya vrachey]*. Moscow: MIA; 2000. Malakhova R.S. *Medicinal Plants: A Handbook [Tselebnye rasteniya: spravochnik]*. Moscow: RIPOL KLAASSIK; 2002. (in Russian)
20. Isaev G.B., Imanova N.D. A new method for immunomodulation in patients with peritonitis. *Saglamlyg*. 2002; 8: 10—3. (in Russian)
21. Sternberg I.H. Saffron Crocus—onjuring Color and Flavor in the Autumn Garden. *Plants & Gardens News*, V.16, N 3. Fall 2001. Available at: http://www.bbg.org/gar2/topics/plants/2001fa_crocus.html.

Поступила 13.01.15