

Рубаненко О.А.

## ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра факультетской терапии, 443079, г. Самара, Россия

Для корреспонденции: Рубаненко Олеся Анатольевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской терапии. E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

♦ Цель работы — выявить наряду с традиционными факторы, ассоциированные с перенесенным нарушением мозгового кровообращения (НМК) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и определить частоту назначения антикоагулянтной терапии. Обследовано 768 пациентов с ФП. Больные разделены на две группы: 1-ю составили 135 человек, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, 2-ю — 633 пациента без данных осложнений в анамнезе. При проведении многофакторного анализа отношение шансов развития инсульта для постоянной формы ФП 1,24 (95% ДИ 1,06—1,45;  $p=0,007$ ), для возраста старше 64 лет — 1,1 (95% ДИ 1,02—1,45;  $p=0,0001$ ), для сахарного диабета — 1,2 (95% ДИ 1,05—1,5;  $p=0,04$ ). Антикоагулянтная терапия назначалась 52 (38,5%) больным 1-й группы и 260 (41%) пациентам 2-й группы. Из антитромбоцитарных препаратов ривароксабан принимали 38 (12%) человек, дабигатран этексилат — 10 (3,2%), антагонисты витамина К — 264 (84,6%). Наряду с традиционными факторами (женский пол, возраст старше 64 лет, артериальная гипертензия, сахарный диабет, перенесенный инфаркт миокарда) у больных с ФП риск возникновения НМК ассоциируется с постоянной формой ФП, длительностью ФП более 18 мес, уровнем фибриногена более 4,3 г/л. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП антикоагулянтная терапия занимает первое место. Однако на практике частота назначения антикоагулянтной терапии составляет менее 45%.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий; перенесенное нарушение мозгового кровообращения; антикоагулянтная терапия.

*Для цитирования:* Российский медицинский журнал. 2015; 21 (6): 5—8.

*Rubanenko O.A.*

### THE PROGNOSTICATION AND PREVENTION OF CARDIO-EMBOLIC STROKE IN PATIENTS WITH ATRIA FIBRILLATION

The Samara state medical university of Minzdrav of Russia, 443079 Samara, Russia

♦ The study was organized to discover along with common factors the factors associated with old disturbed cerebral blood circulation in patients with atria fibrillation and to detect rate of prescription of anticoagulant therapy. The examined sample included 768 patients with atria fibrillation. The patients were separated by two groups. The first group included 135 patients with old stroke or transitory ischemic attack. The second group included 633 patients without the given complications in anamnesis. The multi-factorial analysis established that ratio of chances of development of stroke for permanent form of atria fibrillation consisted 1.24 (confidence interval 95%, 1.06—1.45;  $p=0.007$ ), for age 64 years and older — 1.1 (confidence interval 95%, 1.02—1.45;  $p=0.0001$ ) and for diabetes mellitus — 1.2 (confidence interval 95%, 1.05—1.5;  $p=0.04$ ). The anticoagulant therapy was prescribed to 52 patients (38.5%) from first group and 260 patients (41%) from second group. Out of anti-thrombocyte pharmaceuticals 38 patients (12%) were prescribed Rivaroxaban, 10 patients (3.2%) — Dabigatran etexilate and 264 patients (84.6%) — antagonists of vitamin K. Along with common factors (female gender, age 64 years and older, arterial hypertension, diabetes mellitus, old myocardium infarction) in patients with atria fibrillation the risk of development of disturbed cerebral blood circulation is associated with permanent form of atria fibrillation, duration of atria fibrillation longer than 18 months, level of fibrinogen higher than 4.3 g/l. The anticoagulant therapy takes first place as mode of preventing of thromboembolic complications in patients with atria fibrillation. However, in practice rate of prescription of anticoagulant therapy consists less than 45%.

**Keywords:** atria fibrillation; old disturbed cerebral blood circulation; anticoagulant therapy.

*Citation:* Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2015; 21 (6): 5—8. (In Russ.)

*For correspondence:* Olesya Rubanenko, MD, PhD. E-mail: olesya.rubanenko@gmail.com

Received 18.03.15

Фибрилляция предсердий (ФП) в настоящее время является одним из наиболее часто встречающихся нарушений ритма сердца в клинической практике с распространенностью 1—2% среди взрослого населения [1]. Данное нарушение ритма ассоциируется со значительным повышением риска развития инсульта, имеющего в большинстве случаев кардиоэмболическую природу [2, 3]. Развитие этого грозного осложнения сопровождается значительным увеличением инвалидизации и смертности населения, поэтому в настоящее время

по-прежнему остается актуальной проблема поиска предикторов его развития. В литературе имеются данные об ассоциации с инсультом клинико-анамнестических показателей, таких как женский пол, возраст, наличие сахарного диабета, артериальной гипертензии, перенесенного инфаркта миокарда; гемодинамических показателей, таких как фракция выброса левого желудочка, снижение максимальной скорости изгнания крови из ушка левого предсердия, наличие феномена спонтанного эхоконтрастирования, тромбоз ушка левого пред-

Клиническая характеристика пациентов ( $M \pm m$ )

Показатели	1-я группа (n = 135)	2-я группа (n=633)	p
Мужчины, n (%)	55 (40,7)	345 (54,5)	0,03
Возраст, годы	70,3 ± 10	65,2 ± 10,7	< 0,001
Пароксизмальная ФП, n (%)	31 (23)	194 (30,6)	< 0,01
Персистирующая ФП, n (%)	32 (24)	197 (31)	< 0,01
Постоянная ФП, n (%)	72 (53)	244 (38,4)	< 0,01
Перенесенный инфаркт миокарда, n (%)	67 (49)	215 (34)	< 0,001
CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> Vasc	5,83 ± 1,64	2,97 ± 1,57	< 0,001
HASBLED	3,2 ± 0,87	2,1 ± 0,83	< 0,001
Длительность ФП, лет	7,1 ± 6,8	5,2 ± 4,9	< 0,001
Артериальная гипертензия, %	93%	84%	< 0,05
Длительность АГ, годы	14,6 ± 9,3	12,2 ± 9,1	0,04
САД, мм рт. ст.	177,6 ± 42	163,5 ± 36	0,03
ДАД, мм рт. ст.	99,3 ± 21	94,0 ± 18	< 0,05
Сахарный диабет, n (%)	46 (34)	134 (21)	< 0,05
Глюкоза, ммоль/л	6,7 ± 2,4	6,1 ± 2	0,03
Фибриноген, г/л	4,24 ± 3,28	3,86 ± 2,73	0,047
Средний ФК ХСН	2,38 ± 0,67	2,33 ± 0,74	0,41
Антикоагулянтная терапия, n (%)	52 (38,5)	260 (41)	> 0,05

## Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика пациентов 1-й и 2-й групп представлена в табл. 1.

В 1-й группе лиц женского пола было на 25% ( $p=0,03$ ) больше, чем во 2-й, средний возраст на 7% ( $p<0,05$ ) больше. Среди пациентов с перенесенным НМК в сравнении с пациентами 2-й группы постоянная форма ФП встречалась чаще на 27,5% ( $p=0,007$ ), большая длительность ФП — на 26,7% ( $p<0,001$ ), перенесенный инфаркт миокарда — на 30,6% ( $p<0,001$ ), артериальная гипертензия — на 10% ( $p=0,01$ ), сахарный диабет — на 18% ( $p=0,02$ ).

По остальным лабораторно-инструментальным показателям статистически значимых различий выявлено не было.

При проведении однофакторного регрессионного анализа (рис. 1) отношение шансов (ОШ) развития инсульта для женского пола составило 1,6 (95% ДИ 1,1—2,4;  $p=0,01$ ), для пациентов старше 64 лет — 1,1 (95% ДИ 1,03—1,38;  $p<0,0001$ ), при наличии постоянной фор-

сердия с риском развития инсульта у больных с ФП [1], а также показателей гемостаза и фибринолиза, таких как фибриноген [4], D-димер [5], растворимые фибриномономерные комплексы (РФМК) [6, 7], активируемый тромбином ингибитор фибринолиза [8, 9] и ряд других. В то же время по многим из указанных выше показателей в литературе имеются противоречивые и недостаточные сведения, ограничивающие их использование в реальной клинической практике.

Одной из важных проблем профилактики инсульта у больных с ФП является то, что при наличии абсолютных показаний для антикоагулянтной терапии у подавляющего большинства пациентов комплаенс для этой категории препаратов по-прежнему остается одним из самых низких по сравнению с другими препаратами, используемыми в кардиологии. Поэтому актуальным представляются поиск и оптимизация факторов, снижающих приверженность к лечению у больных с ФП с целью повышения эффективности антикоагулянтной терапии.

Цель настоящего исследования — выявить наряду с традиционными факторами, ассоциированными с перенесенным нарушением мозгового кровообращения (НМК) у пациентов с ФП и определить частоту назначения антикоагулянтной терапии.

## Материал и методы

Обследовано 768 пациентов с ФП, находящихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиник СамГМУ и кардиологических отделениях ГБУЗ СОККД с июня 2013 г. по октябрь 2014 г. Больные разделены на две группы: 1-ю составили 135 человек, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку; 2-ю — 633 пациента без данных осложнений в анамнезе.

Всех больных обследовали, используя стандартные лабораторные и инструментальные методы. Для подтверждения диагноза ишемической болезни сердца осуществлялось нагрузочное тестирование, по показаниям коронарография.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.1. Оценка полученных данных проведена методами параметрической статистики при подчинении данных закону нормального распределения. Среди методов непараметрической статистики использовался критерий Манна—Уитни. Для расчетов чувствительности и специфичности показателей проведен ROC-анализ с последующим использованием бинарной логистической регрессии для расчета отношения шансов. Различия считали достоверными при  $p<0,05$ .

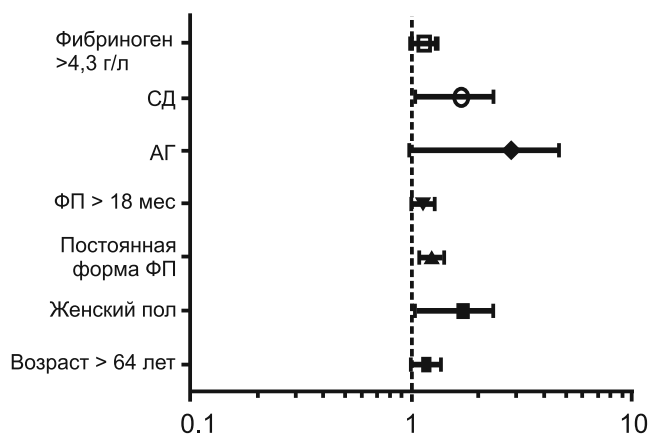


Рис. 1. Однофакторный регрессионный анализ.  
Объяснение в тексте.

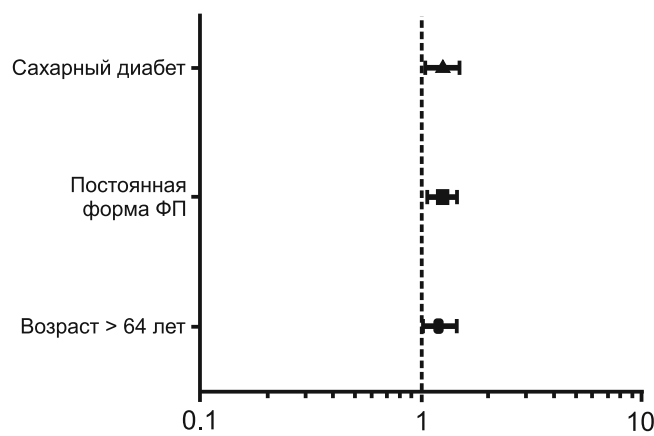


Рис. 2. Многофакторный регрессионный анализ.  
Объяснение в тексте.

Таблица 2

**Причинные факторы отсутствия антикоагулянтной терапии**

Факторы	Число пациентов (%)
Неконтролируемая артериальная гипертензия	1 (0,13)
Невозможность контроля МНО	14 (1,86)
Самостоятельная отмена препарата	8 (1)
Терминальная хроническая болезнь почек	2 (0,26)
Повышение уровня АлАТ, АсАТ выше трех верхних границ нормы	4 (0,52)
Эрозивный гастрит или язвенная болезнь	5 (0,65)
Аллергическая реакция на антикоагулянты	1 (0,13)
Макрогематурия	3 (0,4)
Анемия тяжелой степени	1 (0,13)
Более 5 баллов по шкале HASBLED	2 (0,26)
Положительный анализ кала на скрытую кровь	1 (0,13)
Опухолевые заболевания	2 (0,26)
Причина не указана	314 (41)

мы ФП — 1,25 (95% ДИ 1,08—1,4;  $p=0,002$ ), для длительности ФП более 18 мес — 1,1 (95% ДИ 1,02—1,28;  $p=0,02$ ), для артериальной гипертензии — 2,4 (95% ДИ 1,2—4,8;  $p=0,01$ ), для сахарного диабета — 1,6 (95% ДИ 1,09—2,4;  $p=0,02$ ), для фибриногена более 4,3 г/л — 1,1 (95% ДИ 1,01—1,3;  $p=0,06$ ).

При проведении многофакторного анализа (рис. 2) ОШ развития инсульта для постоянной формы ФП составило 1,24 (95% ДИ 1,06—1,45;  $p=0,007$ ), для пациентов старше 64 лет — 1,1 (95% ДИ 1,02—1,45;  $p=0,0001$ ), для сахарного диабета — 1,2 (95% ДИ 1,05—1,5;  $p=0,04$ ). Другие показатели потеряли свою прогностическую ценность.

Антикоагулянтная терапия в обеих группах назначалась с одинаковой частотой. Причины отсутствия антитромбоцитарной терапии у пациентов с ФП в нашем исследовании представлены в табл. 2.

При этом врачи-терапевты достоверно реже назначали антикоагулянты по сравнению с кардиологами (60% против 33%;  $p<0,05$ ).

Из антитромбоцитарных препаратов 38 (12%) человек получали ривароксабан, 10 (3,2%) — дабигатрана этексилат, антагонисты витамина К — 264 (84,6%).

В нашем исследовании женский пол, возраст старше 64 лет, артериальная гипертензия, сахарный диабет, перенесенный инфаркт миокарда оказались независимыми факторами, ассоциированными с инсультом у больных с ФП, что подтверждается данными литературы [1].

Работа S. Suzuki и соавт. [10] свидетельствует о том, что предшествующие ишемический инсульт или транзиторная ишемическая атака, пожилой возраст и гипертония были определены как независимые факторы риска возникновения инсульта. В. Вао и соавт. показали, что больные артериальной гипертензией и сахарным диабетом составили группу высокого риска развития инсульта за 10-летний период наблюдения [11]. E. Shantsila и соавт. продемонстрировали, что из 2259 больных с ФП большинство имели высокий риск развития инсульта, при этом наблюдение в течение 12 мес характеризовалось у 67 (3%) пациентов возникновением НМК и в 214 (9,5%) случаях — летальным исходом [12].

У наших больных постоянная форма ФП, длительность ФП более 1,5 года явились показателями, влия-

ющими на развитие НМК. В частности, S. Lara-Vaca и соавт. отметили, что больные с ФП и контролем частоты сердечных сокращений были старше ( $68\pm 13$  лет), чаще имели клапанную патологию (42%), выраженную сердечную недостаточность (35%), дисфункцию левого желудочка (33%), сахарный диабет (25%) по сравнению с пациентами с ФП и контролем ритма и вероятность развития инсульта у них была выше [13].

Традиционно внимание исследователей уделяется изучению влияния фибриногена на частоту развития артериальных и венозных тромбозов, в том числе на риск развития инсульта у больных с ФП [14]. В представленной нами работе концентрация фибриногена более 4,3 г/л оказалась фактором, определяющим возникновение инсульта. Предполагаемые механизмы, связывающие воспаление и измененный тромботический статус у пациентов с ФП, включают активацию эндотелия или его повреждение, выработку тканевого фактора моноцитами, повышение активации тромбоцитов и повышенную экспрессию фибриногена [15].

По нашим данным, антикоагулянтная терапия у больных с перенесенным НМК назначалась в 38,5% случаев, что согласуется со сведениями других авторов, которые антитромбоцитарную монотерапию использовали у 33-40% пациентов с высоким риском развития инсульта [16]. В работе M. Gullen и соавт. [17] варфарин получали 71% пациентов, в то время как дабигатран — только 5% пациентов, при этом частота назначения антикоагулянтов значительно увеличилась среди пациентов с наличием более двух баллов по шкале CHADS<sub>2</sub> (от 53% для CHADS<sub>2</sub>=0 до 80% для CHADS<sub>2</sub>≥2 ( $p<0,001$ )), что согласовывалось также и с данными нашего исследования.

E. Shantsila и соавт. [12] показали, что назначение пероральных антикоагулянтов значительно снижало частоту возникновения инсульта (ОШ 0,6, 95% ДИ 0,45—0,81) и смерти (ОШ 0,54, 95% ДИ 0,38—0,75;  $p<0,001$ ) среди пациентов с умеренным или высоким риском инсульта, что диктует необходимость использования препаратов с целью своевременного предотвращения неблагоприятных событий.

Наряду с традиционными факторами (женский пол, возраст старше 64 лет, артериальная гипертензия, сахарный диабет, перенесенный инфаркт миокарда) у больных с ФП риск возникновения НМК ассоциируется с постоянной формой ФП, длительностью ФП более 18 мес, уровнем фибриногена более 4,3 г/л. С целью профилактики тромбозэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий антикоагулянтная терапия занимает первое место. Однако на практике частота назначения антикоагулянтной терапии составляет менее 45%.

## ЛИТЕРАТУРА (пп. 2—4, 6, 8, 10—17 см. References)

- Сулимов В.А., Голицын С.П., Панченко Е.П., Попов С.В., Ревиншвили А.Ш., Шубик Ю.В. и др. *Диагностика и лечение фибрилляции предсердий: Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ*. М.; 2012.
- Панченко Е.П., Явелов И.С., Гранцианский Н.А. *Антитромботическая терапия у больных со стабильными проявлениями атероматоза. Национальные клинические рекомендации*. М.; 2011.
- Щукин Ю.В., Рубаненко А.О., Германов А.В., Терешина О.В. Факторы риска развития ишемического инсульта у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий. *Вестник аритмологии*. 2012; 67: 20—5.
- Щукин Ю.В., Рубаненко А.О., Лимарева Л.В. Роль активируемого тромбином ингибитора фибринолиза в стратификации риска развития ишемического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий. *Медицинский альманах*. 2011; 3: 123—6.

## 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 [Diagnostika 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., Blish 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 Ateromrbosis. National Clinical Guidelines [Antitromboticheskaya terapiya u bol'nykh so stabil'nymi proyavleniyami ateromboza. 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. *Meditsinskiy 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., Kocev 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. Cardiovasc. 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