

2. Средний уровень фибриногена в аутоплазме составил 3,23. Ввиду того, что рутинно данный показатель не измеряется на станциях переливания крови, невозможно сказать, в каких случаях уровень фибриногена в донорской свежезамороженной плазме достигает уровня нормальных значений, а в особенности того уровня, который наблюдается у женщин в 3-м триместре беременности. Этот факт свидетельствует о высокой эффективности аутоплазмы, потому что средний уровень фибриногена в аутоплазме однозначно выше средних нормальных значений и никогда не приближается к нижней границе нормы.

3. По нашим данным, массивная кровопотеря отмечалась у пациенток с вращением плаценты (100% случаев) и полным вариантом предлежания плаценты (8,3% случаев), патологическая кровопотеря – только у пациенток с полным вариантом предлежания плаценты (37,5%). В остальных случаях кровопотеря была незначительной и не требовала проведения заместительной трансфузии аутоплазмы, в результате чего плазма утилизировалась.

На основании вышеизложенного мы считаем, что заготовка аутоплазмы целесообразна у пациенток с такими диагнозами, как: вращение плаценты и полный вариант предлежания плаценты. При этом, согласно подсчитанной ранее статистике в Перинатальном цен-

тре г. Хабаровска, у 27 пациенток, прооперированных в период с 2016 по 2018 г. (6 мес.) с вращением плаценты, массивная кровопотеря отмечалась в 100% случаев [3]. Этот факт подтверждает, что при подготовке данных пациенток к операции кесарево сечение, аутоплазмодонорство является неотъемлемой частью. В остальных случаях заготовка аутоплазмы нецелесообразна.

В процессе работы, используя вышеизложенную гипотезу, мы с каждым годом уменьшали количество аутоплазмодонорства у пациенток без диагнозов вращение плаценты и полный вариант предлежания плаценты, что позволило значительно снизить количество утилизации аутоплазмы по невостребованности.

Литература

1. Анестезия и интенсивная терапия массивной кровопотери в акушерстве. Клинические рекомендации (Протокол) / Е.М. Шифман, А.В. Куликов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17. №3. – С. 81-100.

Anesthesia and intensive care for massive bleeding in obstetrics. Clinical recommendations (Protocol) / E.M. Shifman, A.V. Kulikov [et al.] // Questions of gynecology, obstetrics and perinatology. 2018. T. 17. № 3. p. 81-100.

2. Кровесберегающие технологии в акушерской практике. Клинические рекомендации (Протокол) / Л.В. Адамьян, В.Н. Серов [и др.]. – М., 2014.

Blood saving technologies in obstetric practice.

Clinical guidelines (Protocol) / L.V. Adamyan, V.N. Serov [et al.]. – М., 2014.

3. Опыт внедрения европейского протокола массивной кровопотери при оперативном родоразрешении у женщин с вращением плаценты / М.Б. Куций, М.С. Карасёв [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2018. – № 3 (63). – С. 105-107.

The experience of integration of the European guidelines on management of major bleeding during operative delivery among women with placenta percreta / M.B. Kutcyi, M.S. Karasev [et al.] // Yakut Medical Journal. – 2018. – №3 (63). – p.105-107.

4. Приказ от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

Order No. 183n from April 2nd, 2013 «About approval of the rules for the clinical use of donated blood and (or) its components».

5. Приказ от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови».

Order No. 363 from November 25th, 2002 «About approval of instructions for usage of blood components».

6. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (Протокол) / Л.В. Адамьян, В.Н. Серов [и др.]. – М., 2014. – 25 с.

Prevention, treatment and patient management with obstetric bleeding. Clinical guidelines (Protocol) / L.V. Adamyan, V.N. Serov [et al.]. – М., 2014. – 25 p.

7. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis / L. Say [et al.] // Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.

8. The European guideline on management of major bleeding and coagulo-pathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint, B. Bouillon [et al.]. – Critical Care (2016) 20:100.

Б.М. Гасанова, М.Л. Полина, Н.И. Дуглас

РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТИПОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АНЕМИЕЙ

DOI 10.25789/УМЖ.2019.65.13

УДК 618.14-002.2

В статье показана различная эффективность методов оценки состояния эндометрия у женщин с прерыванием беременности на фоне хронического пиелонефрита и анемии, их взаимодополняемость в рамках выделения типов хронического эндометрита (ХЭ) – доказанной причины репродуктивных потерь на ранних сроках. Очевидна взаимосвязь между отсутствием прегравидарной подготовки на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний и высокой частотой ХЭ, диагностика и лечение которого на догестационном этапе представляется оптимальной тактикой профилактики различной степени нарушений «фетально-эндометриального» взаимодействия.

Ключевые слова: гипопластический и гиперпластический типы хронического эндометрита, гистероскопия, патоморфология эндометрия, экстрагенитальные заболевания.

ГАСАНОВА Бахтыкей Мусалавовна – к.м.н., ассистент кафедры Дагестанской ГМА, bchm75@mail.ru; **ПОЛИНА Мирослава Леонидовна** – к.м.н., врач гинеколог Медицинского центра женского здоровья, polina.ml@mail.ru; **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, nduglas@yandex.ru.

The article describes different effectiveness of endometrial evaluation methods among women with pregnancy termination on the background of chronic pyelonephritis and anemia, their coMPlementarity in the allocation of chronic endometritis types – a proven cause of early reproductive losses. Clear connection is obvious between the lack of pregravid preparation on the background of chronic extra-genital diseases and high CE frequency, the diagnosis and the treatment of which at the pre-grading stage seem to be the best tactics for the prevention of various degrees of the «fetal-endometrial» interaction disorders.

Keywords: hypoplastic and hyperplastic types of chronic endometritis, hysteroscopy, endometrial pathomorphology, extra-genital diseases.

Введение. Признание хронического воспаления матки ведущей причиной неразвивающейся беременности (НБ) – факт, общепризнанный мировым сообществом, однако преобладание на практике нераспознанных заболеваний, преимущественно вялотекущего характера, связывают с абортным российским «менталитетом» и отсутствием реабилитационных мероприятий в отношении травмированного хирургическими манипуляциями воспаленного эндометрия [4]. Предикторами развития эндометриального воспаления полагают тенденцию приверженности агрессивной тактике кюретажа матки вместо медикаментозной эвакуации при НБ и менее травматичного аспирационного опорожнения при аборте/выкидыше [2,8].

Констатация высокой частоты инфекционно-воспалительных заболеваний, акушерских и перинатальных осложнений у беременных с анемией и хроническим пиелонефритом (ХП) не исключает обострения хронического воспалительного процесса в матке [10]. Фоном, предрасполагающим к репродуктивным потерям, по мнению авторов, выступает дисбаланс между гормональной и иммунной системами организма и патогенами-представителями биоценоза локусов генитального тракта [1].

Эхографический скрининг с целью выявления ХЭ полагают малоинформативным, однако имеется утверждение о важности отдельных признаков, способствующих его диагностике [7]. Возможность неинвазивной оценки слизистой матки дополняет доплерометрия ее сосудов, позволяющая оценить трофические резервы органа, выявить взаимосвязь нарушений гемодинамики и степени дистрофических изменений [5].

Признание гистероскопии как эффективного метода диагностики хронического эндометрита (ХЭ) неоспоримо [15], особенно – с появлением работ о возможностях градации типов воспаления на основании отдельных эндоскопических стигм [10,13]. Согласно данным, именно визуальные признаки ХЭ позволяют верифицировать типы заболевания, трудность диагностики которого сопряжена со стертыми формами. Одни исследователи полагают достаточным рассматривать в качестве маркеров хронического эндометриального воспаления изменение окраски слизистой и её толщины, другие считают диагностику заболевания при этом достоверной только в трети случаев [11,12].

Мнения о чувствительности и специфичности эхографии и гистероскопии в диагностике ХЭ неоднозначны, в частности – ввиду сопоставимой встречаемости отдельных признаков при различных патоморфологических формах [9,13]. Объективным методом диагностики заболевания признано патоморфологическое исследование эндометрия, с четкими, в отличие от недостаточно специфических эхографических и сонографических маркеров, критериями [12]. Очевидно, что преодоление низкой выявляемости достигается унификацией критериев неинвазивных методов диагностики в рамках типов хронического воспаления матки. Сложности морфологической интерпретации ХЭ связывают с различием гистобиологических характеристик, обязывающих к исследованию в раннюю пролиферативную фазу, степени лимфоцитарной инфильтрации и фиброза стромы, указаниями на неполную морфологическую картину – при констатации только одного из признаков воспаления – воспалительных инфильтратов или лимфоидных фолликулов [12].

Дискутируется обоснованность констатации ХЭ при дистрофических изменениях слизистой в биоптатах, предрасполагающих к их развитию факторов, наряду с утверждениями различных клинико-морфологических форм воспаления [3].

Представляется, что уточнение патоморфоза типов хронического воспаления матки, отражающих различный патогенез заболевания, позволит осуществлять дифференцированный выбор тактики лечения контингента с репродуктивными неудачами и хроническими экстрагенитальными заболеваниями (ЭГЗ).

Цель исследования – оценить эффективность диагностического этапа при ведении контингента женщин после прерывания беременности на фоне хронического пиелонефрита (ХП) и анемии.

Материалы и методы исследования. Проспективно обследована группа из 431 женщины с прервавшейся беременностью на фоне анемии ($n=246$) и ХП ($n=185$) в первом триместре беременности. Письменное информированное согласие на участие в исследовании получено от всех пациенток.

Критерии включения в исследование: наличие репродуктивных потерь в анамнезе (до двух месяцев после прерывания беременности).

Методы исследования: клинико-статистический анализ, сонография, гистероскопия, патоморфологическое исследование биоптата слизистой матки/удаленного материала при визуально очевидной патологии и/или выявленной при сонографии.

Математическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартных пакетов программ для Windows version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL). Статистическая обработка исследуемого материала включала дескриптивную статистику. Для оценки значимости различий качественных признаков в несвязанных группах применяли критерий χ^2 . Различия между показателями в разных группах считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностическая оценка состояния эндометрия женщин, прерывание беременности которых состоялось на фоне ХП и анемии, складывалась из результатов сонографии, гистероскопии и патоморфологии. Сонографическое исследование способствовало выявлению стигм, указывающих на наличие ХЭ, консолидация которых способствовала выделению типов воспаления (ранее обозначенных в изученной нами литературе как гипо- и гиперпластический). Гистероскопические признаки ХЭ в эндометрии женщин с прерыванием беременности на фоне ЭГЗ показали большую встречаемость неравномерной толщины слизистой при гиперпластическом типе (80,8% против 65,2%)($p < 0,05$). Гиперемия $\pm$ сосудистые инъекции слизистой выявляли у 85,9% женщин с гипер- и четверти – с гипопластическим типом ХЭ – ($p < 0,05$). Моновариантность признаков установлена в отношении бледности и истончения слизистой (76,0% при гипопластическом типе ХЭ), полиповидные разрастания (77,8% – при гиперпластическом). Мозаичность слизистой выявляли вдвое чаще при гиперпластическом варианте (40,4% против 22,5%)($p < 0,05$).

Представляется значимым сопоставление диагностической ценности используемых при оценке состояния эндометрия методов с целью обоснования объема обследования контингента с прерыванием беременности на фоне ЭГЗ (таблица).

Эффективность диагностики гиперпластического типа совокупно (при использовании как сонографии, так и визуализации) превосходила таковую в группе с гипопластическим вариан-

Диагностическая информативность методов выявления хронического эндометрита

Группа	N	Чувствительность	Специфичность	Диагностическая точность
Сонография				
Гипопластический тип ХЭ	122	79,2	68,6	72,4
Гиперпластический тип ХЭ	188	92,6	66,7	78,9
Гистероскопия				
Гипопластический тип ХЭ	138	89,6	74,4	79,8
Гиперпластический тип ХЭ	198	97,5	77,2	86,7

том ХЭ – по всем анализируемым константам.

Детализация гистологических исследований эндометрия в выборке женщин с ранними репродуктивными потерями на фоне ЭГЗ показала: наличие полипов эндометрия – 5,5%, внутриматочных синехий – 2,0, неизмененной слизистой – 9,3% (рисунок).

Патоморфологическое исследование эндометрия в выборке с прерыванием беременности на фоне ЭГЗ показало, что совокупность гистостигм ХЭ выявлена в 83,5% случаев, с большей частотой гипопластического варианта при ХП (50,3% против 24,8% при анемии) ($p < 0,05$) и наличием гиперпластического – в половине образцов с анемией – в полтора раза чаще ($p < 0,05$). «Неполное» морфологическое подтверждение ХЭ определено в 39,2%. Фиброз стромы и сосудов выявляли в три раза чаще в группе с ХП (83,2% против 27,2%, $p < 0,05$). Инфильтрацию эндометрия лимфоцитами в рамках диагностики хронического воспаления матки выявляли в 83,2% образцов биоптатов слизистой, диффузное «поражение» – в полтора раза чаще при анемии ($p < 0,05$), фолликулярные скопления – в два раза чаще при ХП ($p < 0,05$). Несоответствие толщины эндометрия фазе МЦ на фоне признаков хронического воспаления определено в 63,8% образцов. Признаки продуктивного воспаления в интервале двух месяцев после прерывания беременности определяли у 28,8% женщин с ЭГЗ.

Женщин с гипопластическим типом ХЭ отличало преимущественное наличие очаговой инфильтрации эндоме-



Морфологические характеристики эндометрия в группах с ЭГЗ и прерыванием беременности. * ($p < 0,05$) – различия показателей статистически значимы между группами

триа лимфоцитами – в 4,6 раза чаще (72,1% против 15,8%) ($p < 0,05$) наряду с дистрофической/атрофической трансформацией эндометрия – с аналогичной частотой (73,4%).

Выявленные в процессе комплексного обследования эндометрия женщин с ХП и анемией патоморфологические особенности показали возможность предотвращения репродуктивных потерь в 83,5% – за счет гиподиагностики ХЭ.

Согласно полученным данным, различная эффективность методов оценки состояния эндометрия у женщин с прерыванием беременности на фоне ХП и анемии показывает их взаимодополняемость в рамках выделения типов ХЭ, выступающего причиной репродуктивных потерь на ранних сроках [7, 14].

Подобные заключения соответствуют утверждению, что улучшение репродуктивного здоровья женщин достигается при оптимизации диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний органов малого таза [6].

Очевидна взаимосвязь между отсутствием прегравидарной подготовки на фоне хронических ЭГЗ и высокой частотой ХЭ, диагностика и лечение которого на догестационном этапе представляется оптимальной тактикой профилактики различной степени нарушений «фетально-эндометриально» взаимодействия.

Заключение. Таким образом, уточнение концептов патогенеза хронического эндометрита (ХЭ) – гипо- и гиперпластического вариантов при реализации комплексного обследова-

ния женщин с прерыванием беременности на фоне ЭГЗ позволит осуществлять дифференцированную тактику ведения, предусматривающую совокупность мероприятий для восстановления структурно-функциональной состоятельности слизистой матки.

Литература

- Активность местного иммуновоспалительного процесса у пациенток с бесплодием на фоне хронических инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитальной сферы в стадии клинической ремиссии / А.Н. Трунов, И.О. Маринкин, В.М. Кулешов [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – №6. – С. 55–55.
- The activity of the local immuno-inflammatory process in patients with infertility against the background of chronic infectious and inflammatory diseases of the urogenital sphere in the stage of clinical remission / A.N. Trunov, I.O. Marinkin, V.M. Kuleshov [et al.] // Medicine and Education in Siberia. – 2012. – №6. – P. 55–55.
- Акушерство: нац. рук. / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1200 с.
- Obstetrics: nat. guide / Ed. E.K. Aylamazyan, V.I. Kulakov, V.E. Radzinsky, G.M. Savelieva. – M.: GEOTAR-Media, 2013. – 1200 p.
- Атрофия эндометрия как проявление синдрома регенераторно-пластической недостаточности при привычном невынашивании беременности / В.М. Кулешов, И.О. Маринкин, Г.И. Непомнящих [и др.] // Вестн. РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. – №5. – С. 223–229.
- Atrophy of the endometrium as a manifestation of the syndrome of regenerative-plastic insufficiency with habitual miscarriage / V.M. Kuleshov, I.O. Marinkin, G.I. Nepomnyashchikh [et al.] // Vestn. RUDN. Medicine series. Obstetrics and gynecology. – 2012. – №5. – P. 223–229.
- Беременность ранних сроков. От прегравидарной подготовки к здоровой гестации / под ред. В.Е. Радзинского, А.А. Оразмурадова. – 3-е изд., испр. и доп. Изд.: Медиабюро Статус презенс, 2018. – 800 с.

Pregnancy of early terms. From the pregravid preparation for healthy gestation / edited by E. Radzinsky, A.A. Orazmuradov. – 3rd ed., rev. and add.: Media Business Status presens, 2018. – 800 p.

5. Влияние физиотерапии на гемодинамику матки у женщин с нарушением репродуктивной функции и «тонким» эндометрием / Е.Ю. Волкова, Е.С. Силантьева, В.Н. Серов [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12, №3. – С. 50–54.

The effect of physiotherapy on the hemodynamics of the uterus in women with impaired reproductive function and «thin» endometrium / E.Yu. Volkova, E.S. Silantjeva, V.N. Serov [et al.] // Ros. Vestnik of Obstetrician-Gynecol. – 2012. – Vol. 12, №3. – P. 50–54.

6. Морфофункциональная характеристика слизистой оболочки матки у женщин с синдромом потери беременности ранних сроков инфекционного генеза / Е.Л. Казачков, Е.В. Воробьева, В.Л. Коваленко [и др.] // Архив патологии. – 2010. – №1. – С. 23–26.

Morphofunctional characteristics of the uterine mucosa in women with pregnancy loss syndrome of early terms of infectious genesis / E.L. Kazachkov, E.V. Vorobjeva, V.L. Kovalenko [et al.] // Arch. of Pathology. – 2010. – №1. – P.23–26.

7. Петров Ю.А. Сонографические аспекты диагностики хронического эндометрита при ранних репродуктивных потерях / Ю.А. Петров

// Казанск. мед. журн. – 2011. – Т. 92, №4. – С.522–525.

Petrov Yu.A. Sonographic aspects of the diagnosis of chronic endometritis at early reproductive losses / Yu.A. Petrov // Kazansk. Med. Journal. – 2011. – V. 92, №4. – P. 522–525.

8. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия V.2. / В.Е. Радзинский. – М.: Status Praesens, 2017. – 872 с.

Radzinsky V.E. Obstetric aggression V.2.0 / V.E. Radzinsky. – M.: Izd-vo Zhurn. Status Praesens, 2017. – 872 p.

9. Рудакова Е.Б. Новые возможности диагностики внутриматочной патологии в программах вспомогательных репродуктивных технологий / Е.Б. Рудакова, П.В. Давыдов, В.Б. Давыдов // Лечащий врач. – 2013. – №11. – С.10–14.

Rudakova E.B. New possibilities for diagnosing intrauterine pathology in programs of assisted reproductive technologies / E.B. Rudakova, P.V. Davydov, V.V. Davydov // Practical doctor. – 2013. – №11. – P. 10–14.

10. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: руковод. для практ. врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – М.: Мед. информ. агентство, 2010. – 536 с.

Sidelnikova V.M. Miscarriage of pregnancy: manual for practical doctors / V.M. Sidelnikov, G.T. Sukhih. – M.: Med. inform Agency, 2010. – 536 p.

11. Сухих Г.Т. Хронический эндометрит: рук-во / Г.Т. Сухих, А.В. Шуршалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 64 с.

Sukhih G.T. Chronic endometritis: manual / G.T. Sukhih, A.V. Shurshalina. – M.: GEOTAR-Media, 2010. – 64 p.

12. Шуршалина А.В. Хронический эндометрит: современные взгляды на проблему / А.В. Шуршалина // Consilium Medicum. – 2011. – №6. – С. 36–39.

Shurshalina A.V. Chronic endometritis: modern views on the problem / A.V. Shurshalina // Consilium Medicum. – 2011. – №6. – P. 36–39.

13. The effectiveness of hysteroscopy in improving pregnancy rates in subfertile women without other gynecological symptoms: a systematic review // J. Bosteels, S. Weyers, P. Puttemans [et al.] // Hum Reprod Update. – 2010. – V. 16, №1. – P. 1–11.

14. The reliability of the histological diagnosis of endometritis in asymptomatic IVF cases: a multicentre observer study / J.C. Kasius, F.J.M. Broekmans, D.M.D. S. Sie-Go, C. Bourgain [et al.] // Hum. Reprod. – 2012. – V. 27, №1. – P.153–158.

15. The value of hysteroscopy in diagnosis of chronic endometritis in patients with unexplained recurrent spontaneous abortion / J. Zolghadri, M. Momtahan, K. Aminian [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2011. – V. 155, №2. – P.217–220.

Е.В. Ферубко, С.М. Николаев, К.А. Пупыкина, Т.Д. Даргаева

ОЦЕНКА ПРОТИВОЯЗВЕННОГО ДЕЙСТВИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНОГО РАСТИТЕЛЬНОГО ЭКСТРАКТА В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА

DOI 10.25789/YMJ.2019.65.14

УДК 615;615.2435;616.33;616.34

Изучено противоязвенное действие нового многокомпонентного растительного экстракта, полученного из следующих видов растительного сырья: листья подорожника большого (*Plantago major* L.), трава сушеницы топяной (*Gnaphalium uliginosum* L.), корневища с корнями девясила высокого (*Inula helenium* L.), цветки ромашки аптечной (*Matricaria chamomilla* L.), корни солодки голой (*Glycyrrhiza glabra* L.), трава горца птичьего (*Polygonum aviculare* L.), листья крапивы двудомной (*Urtica dioica* L.), плоды рябины обыкновенной (*Sorbus aucuparia* L.) в соотношении 3:3:3:2:2:1:1:1, в опытах на белых крысах-самцах линии Wistar. Результаты исследования свидетельствуют о выраженном противоязвенном действии полученного растительного экстракта, которое сопоставимо с эффектами бифунгина и ранитидина. Богатый комплекс биологически активных веществ, имеющихся в экстракте, способствуют ускорению заживления язвенного дефекта благодаря многостороннему влиянию на основные патогенетические механизмы указанной патологии.

Ключевые слова: многокомпонентный растительный экстракт, модель бутадиновой язвы, противоязвенное действие.

The authors report their study on the antiulcerous effect of a new multicomponent plant extract derived from the following species of medicinal plant materials: leaves of *Plantago major* L., grass of *Gnaphalium uliginosum* L., rhizomes and roots of a *Inula helenium* L., flowers of *Matricaria chamomilla* L., roots of *Glycyrrhiza glabra* L., grass of *Polygonum aviculare* L., grass of *Urtica dioica* L., fruits of *Sorbus aucuparia* L. in the ratio 3:3:3:2:2:1:1:1, in experiments on Wistar line rats. The findings of the research confirm the expressed antiulcerous effect of the plant extract which is comparable to the effects of bifunginum and ranitidine. The complex of biologically active substances contained in the extract promotes the acceleration of the ulcer healing due to its versatile influence on the main pathogenesis mechanisms of the given pathology.

Keywords: multicomponent plant extract, model of the butadiol-induced ulcer, antiulcerous effect.

ФГБНУ «Всероссийский научно-исследовательский институт лекарственных и ароматических растений», г. Москва: **ФЕРУБКО Екатерина Владимировна** – к.м.н., зав. отделом Центра медицины, vilarnii@mail.ru, **ДАРГАЕВА Тамара Дарижаповна** – д.фарм.н., проф., гл.н.с., vilarnii@mail.ru; **НИКОЛАЕВ Сергей Матвеевич** – д.м.н., проф., гл.н.с. ФГБНУ «Институт общей и экспериментальной биологии» СО РАН, smnikolaev@mail.ru; **ПУПЫКИНА Кира Александровна** – д.м.н., проф. ФГБОУ «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ Рф, pupykinaka@gmail.com.

Введение. По распространенности, тяжести течения, осложнениям и смертности язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов пищеварения [7, 8]. В патогенезе заболевания основная роль отводится нарушению баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка

и двенадцатиперстной кишки на фоне изменения нейроэндокринной и иммунной регуляции гастродуоденальной зоны [4, 9, 11].

Рынок лекарственных препаратов с доказанной противоязвенной активностью превышает 500 наименований, при этом проблема эффективной терапии далека от своего разрешения. При