

11. Soskolne W.A., Klinger A. Ann. Periodontol// 2001. N 6. P. 91-98
12. Vlassara H., Palace M. //J. Intern. Med. 2002. Vol. 251. P. 87-101
13. Wilson T.G. Diabetes Educ// 2000. Vol. 15. P. 342-345
14. Zafiroopoulos G.G., Willershausen B., Kasaj A. //Stomatologie. 2006. Vol. 103. P. 19-25

Хулоса

Таъсирбахшии табобати илтиҳоби музмини бофтаҳои

атрофи дандон дар беморони диабети қанд

Ш.Ф. Ҷӯраева, Ш.С. Анварова

Дар мақола таъсирнокии як қатор маводҳои давоӣ дар табобати маҷмӯи илтиҳоби музмини паҳноии пародонтит дар беморони гирифтори дибети қанд вобаста аз сатҳи аввалаи муқо-
ваматӣ ҳоснабудаи бадан инъикос ёфтааст. Чӣ ҳеле, ки натиҷаҳои бадастомада нишон меди-
ҳанд, самарабахшии баланди табобати мазкур ҳангоми нисбатан мусоидии ҳолати интегра-
лии нишондиҳандаҳои муқоваматӣ ҳоснабудаи бадан муайян карда шуданд.

Summary

THE EFFECT OF THERAPY UNDER CHRONIC PARODONTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES

Sh.F. Juraeva, Sh.S. Anvarova

In the article the effect of some medicines in complex therapy under chronic generalized parodontitis in patients with diabetes dependend on the level of unspecific body resistance was observed. Results showed the high effect of complex therapy was under rather good integral index of unspecific body resistance only.

Key words: parodontitis, unspecific resistance



КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ, ВЫДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ БЕСПЛОДИЕ

А.П. Ахмедов

НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 462 пациенток, получив-
ших обследование и лечение по поводу бесплодия в браке.

Полученные данные подтверждают высокий процент воспалительных заболеваний поло-
вых органов в анамнезе, как в группе с первичным бесплодием, так и у женщин с вторичным
бесплодием. У 48% бесплодных женщин отмечается сочетание от 2 до 5 факторов, нарушаю-
щих репродуктивную функцию. Результаты исследований подтверждают необходимость
обследования обоих супругов в бесплодном браке. Однако, длительность обследования не
должна превышать 2-3 менструальных цикла.

Ключевые слова: бесплодие, фертильность, ИППП

Введение. В здравоохранении проблема бесплодия - одна из самых сложных и значи-
тельных. Лечение бесплодных пар не всегда даёт нужный эффект. За последние несколько

лет взгляд на проблему бесплодия сильно изменился, появились новые научные теории и направления в её изучении и лечении. С успехом применяется экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки и выращивание эмбриона в лабораторных условиях с последующей имплантацией в матку женщины, страдающей бесплодием. Это стало реальностью благодаря научным изысканиям в области молекулярной биологии, микробиологии, гистологии, иммунологии, криобиологии и других наук (1-5).

Причиной бесплодного брака в 40-50% случаев служит патология репродуктивной системы у одного из супругов, реже 5-10% случаев - у обоих. В 60-80% таких браков причиной бесплодия является состояние здоровья женщины, а в 30-40% - заболевание мужа (2).

Бесплодие определяется как неспособность зачатия при регулярной половой жизни без контрацепции в течение более 1 года. Сложность биологической роли женского организма в воспроизводстве потомства обуславливает многообразие причин бесплодия.

Бесспорным является то, что зачатие - процесс, в котором участвуют оба супруга, причём доля мужских и женских причин бесплодия приблизительно равна, поэтому обследование необходимо проводить супружеской паре вместе (4, 6).

Цель исследования: проведение анализа причин нарушения фертильности у супругов и определение методов диагностики.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ медицинской документации 462 пациенток, получивших обследование и лечение по поводу бесплодия в браке, обратившихся в НИИ АГиП за 2002-2006 годы. Анализ проводился по специально разработанной карте, которая включает социальный и анамнестический факторы, где предусмотрены особенности акушерско-гинекологического анамнеза. Для диагностики патологии у женщин с бесплодием использованы следующие методы исследования: общеклиническое и гинекологическое исследование, инфекционный скрининг: оценка особенностей вагинального микроценоза на основании микробиологического исследования, определение антигенов к хламидиям, микоплазмам, уреаплазмам; гормональный скрининг (определение ФСГ, ЛГ, ПРЛ, Е2, тестостерона, прогестерона, ТТГ); УЗИ органов малого таза и эхо-гистеросальпингоскопию (ЭхоГСС); эндоскопическое исследования, гистероскопия с использованием оборудования фирмы, и патоморфологические: исследование соскобов из полости матки, цервикального канала, а также других биоптатов.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием стандартных средств анализа, входящих в состав ППЛ Excel и Statistic 5,0, включающих классические методы описательной статистики.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что из 462 пациенток 242 (52,4%) страдали первичным нарушением фертильности и 220 (47,6%) - вторичным нарушением фертильности. Возраст женщин колебался от 19 до 44 лет, в среднем составил - 28 ± 1 . Данные возрастного состава обследованных женщин представлены в таблице 1. Почти все пациентки обращались ранее к различным специалистам и лишь 2% обследованы впервые.

Среди пациенток, страдающих бесплодием, в основном преобладали женщины активного репродуктивного возраста - 89,2%, то есть возрастная группа от 20 до 34 лет. Из общего количества пациенток 10 (1,5%) относились к старшей возрастной группе и 6 (1,3%) пациенток до 19 лет.

Группу городских женщин составили 55,6%, сельских - 44,4%. Из числа обследованных женщин домохозяйки составили 84,8%, служащие - 14,7%, рабочие - 0,4%.

При анализе установлено, что бесплодием более одного года страдали 32,4%; до 3 лет - 92 пациентки, что составило 30,5%; каждая десятая от - 3 до 5 лет и более 10 лет (9,9%). Средняя длительность бесплодия составила 6 ± 1 год (от 2 до 14 лет).

Все больные предъявляли жалобы на отсутствие беременности. У 68,8% пациенток были боли в нижних отделах живота и пояснице; у 41,7% - боли при половой жизни, у 3,7% - болез-

Таблица 1

Возрастной состав женщин в изучаемых группах

	Возраст	Абс.	%
I группа	До 19 лет	6	1,3
II группа	20-24 года	107	22,9
III группа	25-29 лет	168	36,3
IV группа	30-34 года	113	24,4
V группа	35-40 лет	59	12,8
VI группа	Больше 40 лет	10	2,3
	Всего:	462	100,0

ненные менструации.

При анализе анамнеза установлена высокая частота, перенесённых в детстве заболеваний: ОРВИ в 73,8% случаев; у каждой третьей ангина, у каждой десятой - пиелонефрит; в 5,4% случаев в анамнезе аппендэктомия. Лишь только 2,4% пациенток отрицали перенесённые соматические заболевания. На момент обследования и начала лечения у многих больных имелись сопутствующие соматические заболевания. Наиболее часто встречались хронические заболевания желудочно-кишечного тракта - 63 (13,6%); диффузный зоб - у 73 (4,9%); также астеноневротический синдром - у каждой третьей пациентки.

Оперативные вмешательства в анамнезе имелись у 25 пациенток (5,4%); у которых выполнена аппендэктомия, осложнившаяся в двух случаях перитонитом.

При изучении гинекологического анамнеза установлено, что из 462 пациенток с нарушением репродукции в 23,4% случаев в прошлом диагностирован хронический метроэндометрит, хронический сальпингит. Нарушение менструального цикла отмечали в прошлом 16 больных (3,5%), кисты и кистозные изменения в прошлом диагностированы в 5,1% случаев. На заболевания шейки матки указывали лишь 1% обследованных. Об аномалиях развития половых органов были информированы 3 (0,6%) пациентки.

Урогенитальная инфекция была выявлена у 193 (41,5%) женщин. Наиболее часто встречающейся моноинфекцией были хламидии у 56 (54%) женщин, ЦМВ - у 31 (9,8%) и сочетанная инфекция - у 23,4%.

Бактериальный вагиноз диагностирован у 23,4% женщин. Уреаплазма, микоплазма и гарднерелла по отдельности была обнаружена у 8,5%. Герпес и ЦМВ - у 31 женщины.

Эндокринные нарушения диагностированы у 102 (22,2%) женщин, из них гиперпролактинемия и галакторея - у 8%; гиперандрогения яичникового генеза - у 19,1%, заболевания щитовидной железы - у 4,9%. Нарушение менструального цикла наблюдали у 67 (14,5%) женщин; гипоплазия половых органов - у 77 (16,7%). Сочетание гормональных нарушений с урогенитальной инфекцией зафиксировано у 19,4%.

Всем пациенткам, страдающим нарушением фертильности, было произведено УЗИ органов малого таза.

Проведённое ультразвуковое исследование показало наличие высокой частоты гинекологических заболеваний. Результаты УЗИ пациенток отражены в таблице 2. Признаки воспалительного процесса при использовании УЗИ установлены у 64 женщин, что составило 21,5%. У 22 пациенток (8,1%) определены признаки спаечного процесса; киста яичника - в 20,6%; поликистоз - в 9,9% случаев. Ультразвуковое заключение "без патологии" было лишь у 8,5% из числа обследуемых.

При изучении данных фолликулометрии овуляторный менструальный цикл установлен у 32,7% пациенток; нарушение овуляции по типу ановуляции, персистенции и атрезии фолликула в 36,4%; 11,2%; 19,6% соответственно.

Таблица 2

Частота обнаружения патологии матки и придатков по данным ультразвукового исследования у пациенток

№	Патология	Абс.	%
1.	Миома матки	25	5,5
2.	Аденомиоз	3	0,7
3.	Полип эндометрия	20	4,4
4.	Сальпингит	65	14,0
5.	Фолликулярная киста	95	20,6
6.	Поликистозные яичники	46	9,9
7.	Гидросальпинкс	14	3,0
8.	Ретроцервикальный эндометриоз	3	0,7
9.	Спаечный процесс	38	8,1
10.	Без патологии	39	8,5

180 пациенткам было выполнено гистеросальпингография. Перед ГСГ у всех больных было проведено бактериоскопическое исследование мазков из цервикального канала и из влагалища и проведено обследование на хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз. По данным ГСГ проходимость маточных труб была не нарушена у 33,3% пациенток. Признаки спаечного процесса по данным ГСГ были отмечены у 116 пациенток (64,3%). Непроходимость одной маточной трубы установлена у 50 пациенток (27,7%); непроходимость обеих маточных труб имела у 49 больных (27,2%); внутриматочные синехии - у 17 (9,1%). Рентгенологически диагностирована гипоплазия и двурогая матка у 3 женщин (1%); рентгенологические признаки туберкулёза труб установлены у 1 пациентки.

При изучении анамнестических данных было отмечено, что риск развития трубноперитонеального бесплодия в данном исследовании ассоциируется, прежде всего, с ИППП, выявленными ранее у 11,9% женщин с первичным бесплодием и 23,4% женщин с вторичным бесплодием и приведшими в дальнейшем к развитию хронических воспалительных заболеваний матки и придатков в 71,4%. Другим важнейшим фактором, способствующим развитию спаечного процесса в малом тазу, служили гинекологические операции, частота которых в исследуемых группах составила 5,2%. До оперативного вмешательства во всех случаях использовали лапаротомию, потому, что именно в условиях закрытого хирургического доступа обеспечивается минимальная травматичность хирургического пособия, снижается риск последующего развития спаечного процесса в малом тазу и формирование трубно-перитонеального бесплодия у женщин, планирующих реализацию репродуктивной функции.

Анализируя исходы предыдущих беременностей, мы выявили искусственные аборты в анамнезе у 22,2% с вторичным бесплодием. Прерывание беременности влекло за собой осложнения воспалительного характера в 33,1% случаев соответственно. Возникшие осложнения, а также неблагоприятные исходы беременностей у 19,1% женщин исследуемых групп в виде самопроизвольных выкидышей, также внесли свой вклад в формирование спаечного процесса в малом тазу и послужили причиной последующего нарушения репродуктивной функции.

В структуре гинекологической заболеваемости в обследуемой группе лидировали воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) - 71,4%; метроэндометриты - в 17,9%; воспалительные заболевания матки - в 53,5%; кольпитами страдали 7,5% женщин. У каждой пятой пациентки выявлены нарушения менструального цикла. У каждой 10-ой обследуемой

женщины выявлены кисты и поликистоз яичников. Генитальный инфантилизм установлен у 100 обследуемых женщин, что составило 21,6%. Аномалии развития матки диагностированы у 3 пациенток (0,6%). Бесплодие неясного генеза зафиксировано лишь у одной пациентки.

При обнаружении инфекции хотя бы у одного из партнёров на этапе обследования, проводилась специфическая противовоспалительная терапия выявленной инфекции обоим супругам. Сочетанная инфекция являлась показанием к поэтапному лечению каждой инфекции. После противовоспалительной терапии супружеским парам, в зависимости от их гормонального статуса и клинических проявлений, проводилась терапия совместно с андрологом.

Вывод. При анализе полученных данных обращает внимание высокий процент воспалительных заболеваний половых органов в анамнезе как в группе с первичным бесплодием, так и у женщин с вторичным бесплодием. По данным литературы очевидно, что инфекционная патология неблагоприятно влияет на окклюзию маточных труб. Следует отметить, что практически у половины бесплодных женщин отмечается сочетание от двух до пяти факторов, нарушающих репродуктивную функцию.

Врач в каждом конкретном случае должен использовать наиболее информативные методы исследования, позволяющие в максимально короткий период ответить на вопрос о причине бесплодия.

Полученные данные подтверждают необходимость тщательного обследования обоим супругам в бесплодном браке. Если эндоскопическое исследование не произведено, причина бесплодия в браке считается не установленной. Длительность обследования не должна превышать 2-3 менструальных циклов. А длительность лечения не должна превышать 2-3 года от момента установления диагноза, причём в этот период времени возможно использование любых методов лечения, включая вспомогательные репродуктивные технологии.

Литература

1. Воропаева С.Д. Проблемы репродуктологии // М., 1996, №2. С. 21-24
2. Джусубалиева Т.М., Локшин В.Н. Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии // Алматы, 2005
3. Карнаух В.И., Тугушев М.Т., Дубинин А.А. О факторах риска первичного и вторичного женского бесплодия // Материалы трудов "Лечение бесплодия: нерешённые проблемы", Саратов, 2001. С. 38-53
4. Корсак В.С. Экстракорпоральное оплодотворение в лечении бесплодия // Автореф. докт. дисс., М., 1999
5. Кулаков В.И., Маргиани Ф.А., Назаренко Т.А. Акушерство и гинекология // М., 2001, №3. С. 33-35
6. Фролова О.Г., Николаева Е.И. Современные подходы к диагностике и лечению бесплодия у женщин // Журнал акушерство и гинекология. М., 2004, №1. С. 48-49

Хулоса

**Арзёбии маҷмӯи ҳолати системаи репродуктиви занон,
муайян намудани омилҳои ташаккули безуриёти**

А.П. Ахмедов

Таҳлили ретроспективи (тарҷей) асноди тиббии 462 беморе, ки бо сабаби безуриёти пажӯиш ва табобат гирифтаанд, оварда шудааст.

Натиҷаҳои бадастомада аз фоизи баланди бемориҳои узвҳои ҷинсӣ дар собиқаи беморӣ, ҷӣ дар гурӯҳи безуриёти аввалӣ ва ҷӣ дар занони бо безуриёти дуҷумӣ гувоҳӣ медиҳанд. Дар 48% занони бенасл боҳамоии аз 2 то 5 омилҳое, ки боиси ихтилоли функсияи репродуктивӣ мегардад, зикр карда шудааст. Натиҷаҳои тадқиқот зарурияти тафтишоти зану шавҳар-

ро дар издивоҷи бенасл исбот мекунанд. Вале давомияти тадқиқ набояд аз 2-3 давраи ҳайз-бинӣ зиёд бошад.

Summary
**COMPLEX VALUE OF THE STATUS OF REPRODUCTIVE
SYSTEM OF WOMAN AND FORMING THE INFERTILITY
FACTORS**

A.P. Ahmedov

Retrospective analysis of medical documents of 462 women received the investigation and the treatment on the infertility was made. The date observed high percentage of inflammatory diseases of sex organs in the anamnesis in women with the first and second infertility. In 48% women with the infertility there were 2-5 factors altering reproductive function. Results of investigations informed to needed of examine of husband and wife in steril marriage. But the period of investigation not must be more than 2-3 menstrual cycles.

Key words: infertility, factors forming the infertility in the marriage



ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГИПОФИЗА ПРИ ОЖГОВОЙ
ТРАВМЕ**

З.К. Хушкадамов, Д.В. Горностаев, О.Т. Девонаев, Х.М. Мирзоев
Кафедра судебной медицины Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова;
бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы;
кафедра анатомии человека ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Данные являются результатами собственного исследования и отражают особенности, выявляемые в гипофизе при ожоговой травме в различный промежуток времени с момента её наступления. Отражены предсуществующие морфофункциональные изменения в гипофизе при самосожжении. Предложены критерии дифференциальной диагностики черепно-мозговой травмы, малокровия организма с ожоговой травмой, что может быть использовано в судебно-медицинской и патолого-анатомической практике.

Ключевые слова: ожог, термическая травма, гипофиз

Актуальность. Ожоговая травма прочно занимает лидирующие позиции в структуре насильственной смерти во всём мире (4). Увеличение числа случаев ожоговой травмы связана, прежде всего, с экономическим состоянием государств. В период войн и социальных потрясений наблюдается увеличение несчастных случаев ожоговой травмы, самоубийств и убийств путём сожжения (2,5).

Гипофиз является центральным органом регуляции эндокринной активности и играет клю-