

рит. Тепловизионное исследование констатировало наличие воспалительного процесса в почке и забрюшинном пространстве, диагноз острого пиелонефрита был установлен у 86% больных. Однако данное исследование не выявляло признаков характерных для стадий и

форм пиелонефрита.

Таким образом, УЗИ и КТ высокоинформативны в диагностике серозного и гнойного пиелонефрита. На основании тепловизионного исследования в большинстве случаев можно выявить воспалительный процесс в области почек, но диффе-

ренцировать стадии и тем более формы пиелонефрита, не представляется возможным.

Чувствительность КТ в диагностике пиелонефрита превышает 90%, УЗИ 80%. Тепловидение является вспомогательным методом исследования.

ИВАНЮТА Л.И., БЕЛИС Н.И.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев, Украина

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ КАК ОДИН ИЗ ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ БЕСПЛОДИЯ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Цель. Проведено обследование и лечение 2012 пациенток с бесплодием. Средний возраст женщин составил $26,5 \pm 2,3$ года, продолжительность бесплодия была $4,5 \pm 1,3$ года; первичное бесплодие было у 51,8%, вторичное - у 48,2% случаев.

Методы. Для выяснения этиологического фактора бесплодия проводились рентгенологические (МСГ и СТГ), телевидеоотросальпингографическое, сонографическое, тепловизионное, эндоскопическое (лапароскопия и гистероскопия) методы обследования. Кроме этого, изучался качественный и количественный микробиоценоз гениталий, гормональные и иммунологический гомеостаз.

Результаты. Проведенные обследования свидетельствуют, что в

83,7% случаев у этих же больных основной причиной бесплодия был воспалительный процесс гениталий, в 65,4% случаев обнаружен спаечный процесс органов малого таза III-IV степени. В 43,3% воспаление сочеталось с поликистозом яичников, в 30,4% с эндометриозом, в 11,3% - с фибромиомой матки. В 16,3% на первый план выступали гормональные нарушения (недостаточность обеих фаз менструального цикла, ановуляция, гиперпролактинемия в сочетании с гипофункцией яичников, синдром преждевременного истощения яичников). У 1,2% причиной бесплодия были аномалии развития внутренних половых органов (двурогая матка, перегородка матки). После установления факторов бесплодия на I этапе лечения проводилась комплексная

противовоспалительная терапия, включающая мужжополисахариды, рациональную антибиотикотерапию, десенсибилизирующую, витамин-, энзимо- и физиотерапию, зубиотики и лазерную терапию.

Обсуждение. Проведенное лечение в 40,2% случаев привело к наступлению беременности на протяжении первых 6-12 месяцев. В случае отсутствия беременности в последующем проводилась индивидуальная коррекция имеющихся нарушений: эндоскопическое лечение, микрохирургическое, гормональное или иммунологическое.

Выводы. Таким образом, своевременная и адекватная диагностика бесплодия с правильным подходом в лечении дает возможность получить положительные результаты уже после одного курса обследования и лечения.

ИЛЮК Т.А.

Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины, Киев

ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН С ЭНДОКРИННЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Цель - изучение частоты инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин с различными формами эндокринного бесплодия.

Методы: микроскопия нативного и окрашенного по Романовскому-Гимзе препарата соскоба слизистой уретры и цервикального канала, содержимого заднего свода влагалища; определение антител IgG к хламидиям, трихомонадам, цитомегаловирусу; полимерная цепная реакция (ПЦР) для определения ДНК трихомонад, хламидий, уреоплазм, микоплазм, гонококков, гарднерелл, цитомегаловируса, вируса простого герпе-

са 1-го и 2-го типов; трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза.

Результаты: у 52 (100%) обследованных женщин с эндокринным бесплодием обнаружены инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), хронический воспалительный процесс в области придатков матки. Трихомониаз диагностирован у 50 (96,1%) пациенток, хламидиоз - у 42 (80,8%) обследованных, уреоплазменная инфекция - у 39 (75%) женщин, микоплазменная - у 39 (75%), гонорейная - у 9 (17,3%), анаэробная - у 32 (61,5%), вирусная - у 51 (98,1%) пациентки. Смешанные

инфекции выявлены у 49 (94,2%) обследованных, моноинфекция - у 3 (5,8%) женщин.

Обсуждение: Урогенитальные инфекции вызывают воспалительные изменения в генитальном тракте женщины, что отрицательно сказывается на фертильности. Широкое распространение ИППП у пациенток с различными формами эндокринного бесплодия, позволяет сделать вывод о низкой частоте чистых форм эндокринного бесплодия. В случае наличия ИППП при СПКЯ, гиперпролактинемии, гипоталамическом синдроме, АГС речь идет о сочетанной форме первичного или вторичного