

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; полимеразная 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

бесплодия; НЛФ и ановуляцию на фоне мультифолликулярных яичников следует рассматривать как следствие яичниковой дисфункции в результате хронического течения воспалительного процесса. У подавляющего числа пациенток воспалительные заболевания гениталий протекают в виде первично хронических, вялотекущих форм, имеют смешанный характер инфекций. Все это затрудняет диагностику ИППП и требует ис-

пользования нескольких методов для установления полного этиологического диагноза. Хроническое течение ИППП приводит к вторичным нарушениям функции яичников, что усугубляет гормональный дисбаланс и требует учета при назначении лечения.

Выводы: ИППП широко распространены у женщин с ановуляцией и НЛФ, что приводит к резкому уменьшению доли чистых форм эндокринного бесплодия в

общей структуре бесплодия. Существующее сегодня явное преобладание первично хронических, латентных, смешанных форм инфекций требует комплексного обследования на наличие ИППП с использованием методов определения антигена и антител. Терапия ИППП должна проводиться параллельно, а в ряде случаев предшествовать назначению гормональной коррекции или оперативного лечения.

КАЛИНИНА С.Н.,
ТИКТИНСКИЙ О.Л.,
АЛЕКСАНДРОВ В.П.,
САВИЧЕВА А.М., СКРЯБИН Г.Н.,
КОРЕНЬКОВ Д.Г.
МАПО,
Санкт-Петербург, Россия

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ БЕСПЛОДИЕМ В БРАКЕ

Объектом исследования были 27 пар с бесплодием в браке от 3 до 10 лет, в возрасте от 25 до 39 лет. При микробиологическом обследовании у 11 (40,7%) мужей и их жен культуральным методом и ПЦР обнаружена *Chlamidia trachomatis*, у половины из них титры АТ Jg G r к *Chlamidia trachomatis* были в пределах 1:32 и 1:64. Четыре пациента имели вторых половых партнеров, инфицированных *Chlamidia trachomatis*. У 9 (33,3%) пар обнаружена *Ureaplasma urealyticum*, у 3 их жен отмечались выкидыши на ранних сроках беременности, у остальных 7 пар выявлена смешанная микоплазменно-уреаплазменная инфекция. В спермограммах, у 9 пациентов выявлена олигозооспермия разной степени выраженности, у 15 - астенотератозооспермия, у 3 аспермия. Бесплодные мужчины обследовались и лечились у

андрологов-урологов, их жены и вторые половые партнерши - у гинекологов. Ультразвуковым трансректальным сканированием у половины бесплодных мужчин выявлен хронический простатит, везикулит, протекавший бессимптомно. Все пациенты получили этиотропное лечение с одновременным приемом Вобэнзима по 5 драже 3 раза в день в течение 1-1,5 месяцев, 1/3 супружеским парам проведено электролазерное лечение после отрицательных контрольных анализов на скрытую урогенитальную инфекцию. В результате проведенного лечения у 18 пациентов увеличилась концентрация сперматозоидов, улучшилась их подвижность и уменьшилось количество дегенеративных форм. У 9 этих пациентов наступила беременность. Двум пациентам с аспермией произведен эпидидимовазоанасто-

моз и они в послеоперационный период принимали Вобэнзима. У одного пациента произведена биопсия яичка, в канальцах его обнаружены только сперматоциты II порядка, и его жене выполнено экстракорпоральное оплодотворение спермой донора (ЭКОСД). Роды в срок наступили у 4 наших пациентов. Семь пациентов получали Вобэнзим из-за выявленных в эякуляте антиспермальных антител.

Таким образом применение энзимопрепарата Вобэнзим в комплексной терапии у бесплодных пар, вторых половых партнеров, значительно быстрее приводит к элиминации микроорганизмов, улучшает качество эякулята, приводит к исчезновению в нем антиспермальных антител, улучшает экстрасексуальную структуру добавочных половых желез.

КОРСУНСКАЯ И.Л.,
ПУШКАРЬ Д.Ю., ТЕВЛИН К.П.

МГМСУ,
Москва, Россия

ЭНДОВЕЗИКАЛЬНЫЙ ИОНОФОРЕЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ЦИСТИТОМ

Цель. Сравнение результатов лечения больных, страдающих хроническим рецидивирующим циститом с сохраненной емкостью мочевого пузыря, методом эндовезикального лекарственного ионофореза (ЭЛИ) с результатами традиционного лечения.

Методы. 69 больным хроническим интерстициальным циститом проведено лечение методом эндовезикального ионофореза лекарственных препаратов (I группа), 30 пациенток контрольной группы (II группа) получали только традиционную терапию.

Эффективность лечения оценивали по субъективным (динамика течения болезни, выраженность болевого симптома, частота мочеиспусканий, эффективный объем мочеиспускания, боли при половом акте) и объективным (изменение уродинамических параметров, емкости мо-