

ным далеко не во всех случаях, так как по нашим данным у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза без признаков пельвиоперитонита уровень СМП в сыворотке крови близок к норме.

С целью расширения клинико-лабораторных исследований биологических жидкостей человека для получения более объективных данных о физиологических и патофизиологических процессах нами предложен способ биохимического исследования влагалищного отделяемого (приоритетная справка на изобретение № 99110778 и № 99110829 от 01.06.1999 г.).

Задачей исследования являлась разработка способа неинвазивной диагностики воспаления у гинекологических больных.

Обследовано 58 больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза, находившихся на лечении в клинике острых гинекологических заболеваний и 42 женщины без признаков воспалительного процесса. Диагностику воспаления проводили по значениям показателя СМП в отделяемом влагалища после специальной подготовки спектрофотометрическим методом при длине волны 254 нм. (исследования проведены научным сотрудником кли-

нико-биохимической лаборатории Сыромятниковой Е.Д.).

В результате проведенных исследований получены данные о среднемoleкулярном статусе влагалищного отделяемого здоровых женщин, эти значения не превышали величины 0,200 ед. оптической плотности. У больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза уровень СМП влагалищного отделяемого находился выше величины 0,300 ед. оптической плотности.

Таким образом, предложенный метод может быть использован для быстрой неинвазивной диагностики воспалительных заболеваний

ХАЙДАРИВА М.К.

Кафедра акушерства и гинекологии
имени акад. И.З. Закирова
СамМИ, Самарканд, Узбекистан

РОЛЬ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В РАЗВИТИИ БЕСПЛОДИЯ

Инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы являются одной из частых причин женского бесплодия. Данные многих авторов свидетельствуют о тесной связи частоты бесплодия и количества перенесенных в прошлом воспалительных процессов органов малого таза. По данным Ж.Кейт (1988), L. Westrem (1988) при одном обострении острого воспалительного процесса репродуктивная функция остается intactной у 97% больных, а при повторных агаках частота бесплодия прогрессивно увеличивается и достигает 75%. В этой связи мы изучили роль воспалительных заболеваний мочеполовой системы в развитии бесплодия у 122 женщин, поступивших в акушерский комплекс клиники СамМИ и имевших до наступления настоящей беременности бесплодие. Возраст женщин колебался от 20 до 42 лет, в среднем $27,3 \pm 0,4$. Средняя длительность бесплодия составила $5,1 \pm 0,7$ года.

Бесплодие уходит своими корнями о глубокое детство. Среди изученных женщин 40 (23,8%) перенесли детские инфекционные заболевания (корь, скарлатина, паротит), что могло быть предрасполагающим фактором к развитию в дальнейшем инфантилизма, снижению реактивности организма.

В анамнезе воспалительные заболевания гениталий имели 82 (67,2%) женщин, среди которых хронические сальпингоофариты были у 65 (53,3%), метроэндометриты у 10 (8,2%), эндоцервициты и эрозия шейки матки у 7 (5,7%) женщин. Недоразвитие половых органов имело место 34 (27,8%), у 12 (9,8%) женщин вторичное бесплодие возникло после искусственных абортов и самопроизвольных выкидышей, у 3 (2,4%) - после цистэктомии яичника. У 2 (2,6%) женщин вторичное бесплодие наступило после односторонней сальпинго-

эктомии по поводу внематочной беременности. Неразвивающуюся беременность в I триместре беременности имели 2 (1,6%) женщин.

Выявлена значительная частота экстрагенитальных заболеваний. Так, у 46 (37,7%) отмечались простудные заболевания, у 12 (9,8%) имелся хронический тонзиллит, у 12 (9,8%) - хронический пиелонефрит, 12 (9,8%) перенесли аппендэктомию и 14 (11,5%) человек страдали ожирением.

Необходимо подчеркнуть, что нередко все перечисленные патологические состояния чаще сочетались у одних и тех же женщин и обуславливали преморбидный фон, который явился причиной бесплодия.

Таким образом, представленные данные указывают, что перенесенные воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, отклонения развития и функции половых органов могут явиться причиной бесплодия.

ЩУКИН Д.В., МЕГЕРА В.В.

Медицинская академия
последипломного образования,
Харьков, Украина

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ЦИСТИТА

Цель: Интерстициальный цистит (ИЦ) является одной из причин синдрома нижних мочевых путей с неясной этиологией, патогенезом и лечебными подходами. Целью исследования явилось изучение

диагностических критериев и эффективность различных лечебных методик в отношении ИЦ.

Материал и методы: В исследование было включено 47 пациенток с жалобами на боли в надлобковой об-

ласти и промежности (95%), дизурию (100%) и никтурию (72%) при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе мочи и отрицательных результатах бак. посева мочи. Средний возраст пациенток

составил 42,4 года (от 37 до 62 лет). В качестве диагностического критерия использовали шкалу NIDDK и гидравлическое растяжение мочевого пузыря под анестезией с проведением биопсии мочевого пузыря. Стандартная лечебная схема включала внутривезикулярные инстилляции димексидом и гепарином, с дальнейшим пероральным применением амитриптилина и ранитидина.

Результаты: При гидравлическом растяжении мочевого пузыря петехиальные кровоизлияния, характерные для ИЦ выявлены у 32 (68,1%) из 47 пациенток. Объем мо-

чевого пузыря в среднем составил 680 мл (от 120 до 1300 мл). Язва Ниппер'а не обнаружена ни в одном из наблюдений. Биопсийные данные в основном свидетельствовали о неспецифических воспалительных изменениях слизистой и различной степени неспецифической миопатии. Симптоматическое улучшение после данной процедуры отмечали 42 (89,4%) пациентки при наблюдении в среднем 3-6 месяцев. Стандартная лечебная схема позволяла купировать симптомы заболевания в среднем на протяжении 5-6 месяцев (от 4 до 12 месяцев). В дальней-

шем всем пациенткам проводились повторные терапевтические курсы.

Выводы: Данные нашей работы позволяют заключить, что ИЦ имеет достаточно высокий процент среди пациенток с синдромом нижних мочевых путей. Основными критериями диагноза данного заболевания являются цистоскопические находки, данные общего и бактериологического анализа мочи. Биопсийные исследования не обладают абсолютными параметрами в диагностике заболевания. Имеющиеся лечебные подходы приводят лишь к симптоматическому улучшению.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.,
РОССИХИН В.В.

ХМАПО,
Харьков, Украина

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ И ЕГО АССОЦИАЦИЯМИ

Особенностью хронической урогенитальной патологии хламидийной этиологии является преимущественно малосимптомное и бессимптомное течение. При этом у женщин нередко возникает дизурический синдром при неизменном клиническом анализе мочи и отсутствии бактериальной флоры в посевах.

Нами проведено обследование 46 женщин с уретральным синдромом (чаще всего фигурировал диагноз - "цисталгия") и сопутствующим вагизитом, цервицитом. С целью выявления этиологического фактора определяли полимеразную цепную реакцию, иммуноферментный и иммуофлюоресцентный методы.

Выявлена значительная распространенность *C. trachomatis* в ассоциации с *T. vaginalis* (31,8%),

вирусом простого герпеса (19,2%), *U. urealyticum* (13,9%), *M. hominis* (8,8%), цитомегаловирусом (2,1%). Моноинфекция обнаружена в 1,4% случаев. Результаты исследований позволяют сделать вывод о том, что при обнаружении *C. trachomatis* необходимы углубленные лабораторные исследования с целью верификации других урологических инфекций.

Клиническая картина при вышеуказанной патологии с обнаружением микст-инфекции характеризовалась широким спектром клинических проявлений и осложнений не только со стороны гениталий, но и экстрагенитальной локализации. При моноинфекции чаще всего отмечалась микросимптоматика местного дискомфорта типа приходящей дизурии.

Всем пациенткам проводилась

терапия фромилдом (после санации сопутствующего трихомониаза) в комбинации с иммуномодулятором - ликолидом. Фромилид назначался по 500 мг в два приема в течение 3 недель. Препарат переносился хорошо. Положительный клинический эффект был достигнут после первого курса лечения в 89,8%. Стойкая этиологическая излеченность после первого курса лечения достигнута в 86,2% случаев. Полученные данные позволяют рекомендовать в терапии инфекционного уретрального синдрома фромилд, как эффективное противохламидийное средство, причем как при моно-, так и микстинфекции. Фармацевтический эффект фромилда целесообразно потенцировать иммуномодулятором ликолидом.

ЯРОСЛАВСКИЙ В.К.

Кафедра акушерства и гинекологии
СПбГПМА, Санкт-Петербург

СОЧЕТАННАЯ МОЧЕПОЛОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕВОЧЕК ПРЕПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

У девочек препубертатного периода до настоящего времени остается высокой частота как генитальной, так и экстрагенитальной инфекции, и в первую очередь, это

касается мочевыводящих путей. Тесная анатомо-физиологическая связь мочевого тракта, частое выделение идентичной микрофлоры из мочи и половых органов косвенно

подтверждают этиопатогенетическую связь пиелонефрита, цистита и вульвовагинита. Под наблюдением находились 314 девочек с воспалительными мочеполювыми за-