

Литература

1. Авакян Г.Н. Кавинтон в эксперименте и клинической практике: Методические рекомендации / Г.Н. Авакян, А.А. Никонов, Е.И. Чуканова / Под ред. Е.И.Гусева. - М., 1998. - 55 с.
2. Амитина М.Г. Биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины) у больных с нарушениями мозгового кровообращения, обусловленными атеросклерозом и гипертонической болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Харьков, 1988. - 23 с.
3. Гусев Е.И. Ишемическая болезнь головного мозга / Е.И. Гусев // Вестник Российской Академии медицинских наук. - 1993. - №7. - С.34-39.
4. Сутурина Л.В. Климактерический синдром. Клиника, диагностика, вопросы гормональной терапии: Учебное пособие для врачей. - Иркутск, 1999. - 36 с.
5. Ткаченко Н.М. Некоторые особенности влияния заместительной гормональной терапии у больных с климактерическим синдромом на структуры лимбико-ретикулярного комплекса и механизмы регуляции / Н.М. Ткаченко, Э.М. Ильина, Т.А. Кудрякова // Проблемы репродукции. - 1997. - № 1. - С.75-79.
6. Ярных Е.В. Особенности функционального состояния дофаминергической системы у женщин с артериальной гипертонией климактерического периода / Е.В. Ярных, В.П. Масенко, Г.Г. Арабидзе // Терапевт, архив. - 2000. - №1. - С.35-40.
7. Mc Ewen B.C. Ovarian hormone action in the brain implication for the menopause. In: Climacteric in Perspective. Ruparov P.A. and Notelowichs N. (eds). - 1986. - P.207-211.

© НЕРОНОВА Н.А., НИКИФОРОВА Т.И., КАЛИБЕРДО Т.А., СУТУРИНА Л.В., ЛАБЫГИНА А.В. -

ХЛАМИДИОЗ В СТРУКТУРЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У ЖЕНЩИН С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Н.А. Неронова, Т.И. Никифорова, Т.А. Калибердо, Л.В. Сутурина, А.В. Лабыгина.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, центральная научно-исследовательская лаборатория, директор - д.м.н. О.А. Макаров; факультетские клиники Иркутского государственного медицинского университета, гл. врач - проф., д.м.н. Г.М. Гайдаров; ГУ Научный центр мед. экологии ВСНЦ СО РАМН, директор - член-корр. РАМН, проф., д.м.н. Л.И. Колесникова)

Резюме. Установлена высокая распространенность (31%) *C. trachomatis* у женщин с гипоталамическим синдромом и репродуктивными нарушениями. Отмечено, что при наличии *C. trachomatis* чаще регистрируются хронические воспалительные заболевания женских половых органов (цервицит, уретрит, сальпингоофорит) которые, наряду с эндокринными факторами, определяют снижение фертильности у больных ГС.

Ключевые слова: хламидиоз урогенитальный, гипоталамический синдром, репродукция.

Урогенитальный хламидиоз является одним из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем, и встречается в 30-60% случаев у женщин репродуктивного возраста [3]. Данные обязательной статистической отчетности по хламидиозу свидетельствуют об увеличении заболеваемости за период с 1993 по 1998 годы в 3,1 раза. По данным ВОЗ [5,6] частота хламидиоза в общей популяции составляет 1,5-2%, но результаты ряда целенаправленных исследований [12, 13] позволяют говорить о более высоком уровне заболеваемости - инфицированность в популяции достигает 5% [16].

Согласно результатам отечественных и зарубежных исследований, заболеваемость особенно высока в группе людей активного трудоспособного и репродуктивного возраста [15,16]. Среди инфицированных женщин часто развивается трубное бесплодие [4,7]. Современные методы диагностики позволяют выявить хламидии у каждой второй женщины с хроническим воспалением урогенитальных органов, в 30-57% случаев - страдающих бесплодием, и в 25-87% - с невынашиванием бе-

ременности [1,2]. По данным А.М. Савичевой и М.А. Башмаковой (1998 г.) в случае непроходимости обеих труб наблюдается самый высокий процент выделения хламидий (80,25%), что служит дополнительным подтверждением значительной роли *C. trachomatis* в возникновении поражения обеих труб и в формировании их непроходимости [10]. При сальпингоофоритах хламидиоз диагностируется в 60-70% случаев у женщин, при цервицитах - в 15-40%, при уретритах - в 20-30% [8,9]. Установлена роль хламидий в развитии патологии беременности и родов, в том числе и при мертворождении [14]. Частой причиной развития бесплодия у женщин репродуктивного возраста являются эндокринопатии, в том числе - гипоталамический (нейро-обменно-эндокринный) синдром, который в популяции женщин выявляется в 7.1% случаев. Бесплодие при гипоталамическом синдроме чаще всего имеет смешанное происхождение: наряду с нарушениями овуляторной функции в 13-17% случаев больных выявляется трубный фактор, а в 24-28% - сочетание трубного и эндокринного факторов бесплодия [11].

Целью настоящего исследования явилось выявление распространенности *C. trachomatis* у женщин с нейро-эндокринной формой гипоталамического синдрома и репродуктивными нарушениями.

Материалы и методы

Нами было проведено комплексное обследование 155 женщин с гипоталамическим синдромом (ГС) в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст составил $26 \pm 0,5$). Обследование проводилось на базах гинекологического отделения Иркутской областной клинической больницы и анонимного венерологического кабинета хозрасчетного центра факультетских клиник Иркутского Государственного медицинского университета. Критериями диагностики ГС явились: наличие нейро-эндокринных нарушений (ожирение с индексом массы тела (ИМТ) более 26), трофические нарушения (стрии, фолликулит, гиперпигментация, гиперкератоз), нарушения водно-солевого обмена (отеки), нарушения углеводного обмена, лакторрея, нарушения менструального цикла, предменструальный синдром, мотивационные расстройства (гиперфагия, гиперфагическая реакция на стресс, нарушения либидо), вегетативно-сосудистые и терморегуляторные нарушения (субфебрилитет с термоинверсией и термоасимметрией, гипертермические кризы), нарушения сна, неврологические и психоэмоциональные расстройства. ИМТ обследуемых в среднем составил $31,25 \pm 0,4$. Регулярный менструальный цикл имел место в 9% (14) случаев больных с гипоталамическим синдромом (ГС), а нерегулярный - в 92% (141); из них опсоменорея диагностирована в 69% (107), первичная аменорея - в 6,5% (10), альгодисменорея - 9,7% (15), гиперполименорея - у 5,8% (9). Поликистоз яичников (ПКЯ) был диагностирован в 59,4% (92) случаев. Среди всех обследованных женщин первичное бесплодие было в 37,4% (58), вторичное бесплодие - в 21,9% (34). Остальные женщины или не жили половой жизнью (7,1%), или не планировали беременность (25,2%). Однако, с учетом наличия у них ановуляторной дисфункции яичников или поликистоза яичников, рассматривались нами как потенциально бесплодные. Обследование на ИППП проводилось комплексно с комбинированной провокацией (внутримышечное введение 500 000 000 микробных тел гонококковой вакцины, местное применение 0,25% раствора нитрата серебра) и включало: исследование осадка свежевыпущенной мочи, бактериоскопию мазков из уретры, влагалища, шеечного канала (препараты окрашивали по методам Романовского-Гимзы и Граму); бактериологические посевы на *Tr. vaginalis*, *Ur. Urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium*; прямой иммунофлюоресцентный метод диагностики *C. Trachomatis*, у некоторых обследованных использовали дополнительно полимеразную цепную реакцию и иммуноферментный метод.

Результаты и обсуждение

В результате проведенных нами исследований ИППП были выявлены в 72% (112) случаев среди

обследованных женщин с гипоталамическим синдромом. При анализе структуры ИППП у женщин с ГС урогенитальный хламидиоз был диагностирован в 31%. Как моноинфекция хламидиоз был обнаружен в 1,8% случаев среди страдающих ИППП. В 3,6% случаев инфицированных женщин *C. trachomatis* сочеталась с *Tr. vaginalis*, в 2,7% - с *G. vaginalis*, в 2,7% - с *Ur. urealyticum*, в 1,8% - с *C. albicans*. В 5,4% случаев *C. trachomatis* сочеталась с *Tr. vaginalis* и с *C. albicans*, в 0,9% - с *Tr. vaginalis* и с *G. vaginalis*, в 0,9% - с *Ur. urealyticum* и с *C. albicans*. В 2,7% случаев *C. trachomatis* сочеталась с *Tr. vaginalis*, с *G. vaginalis* и с *Ur. Urealyticum*: в 0,9% - с *Ur. urealyticum*, с *Tr. vaginalis* и с *M. hominis*; в 1,8% - с *C. albicans*, с *Tr. vaginalis* и с *G. vaginalis*; в 0,9% - с *Tr. vaginalis*, с *G. vaginalis* и с *M. hominis*. В 4,5% случаев *C. trachomatis* встречалась в сочетании с *Tr. vaginalis*, с *G. Vaginalis*, с *M. hominis* и с *Ur. urealyticum*: в 0,9% - с *Tr. vaginalis*, с *M. hominis*, с *C. albicans* и с *Ur. urealyticum*.

Для оценки особенностей клинических проявлений в зависимости от наличия и отсутствия хламидийной инфекции все больные с ГС и репродуктивными нарушениями были разделены на 2 группы: в 1-ю вошли 35 женщин, у которых была выявлена *C. trachomatis* как моноинфекция, так и в составе микробных ассоциаций. Вторую составили 77 женщин, не имеющие *C. trachomatis*. По частоте выявления остальных инфекций, передающихся половым путем, больные обеих групп были сопоставимы. Данные о распространенности воспалительных заболеваний женских половых органов у женщин с ГС при наличии и отсутствии хламидийной инфекции представлены в таблице.

Таблица 1.
Клиническая характеристика больных гипоталамическим синдромом с репродуктивными нарушениями при наличии хламидийной инфекции

Воспалительные заболевания женских половых органов	Частота встречаемости патологии	
	Группа 1 '(%)	Группа 2 (%)
Уретрит	65,0*	45,0
Бартолинит	15,0	14,0
Цервицит	75,0*	56,0
Эндометриит	15,0	5,0
Сальпингит	20,0	15,0
Сальпингоофорит	55,0*	35,0
Кольпит	35,0	45,0

Примечание: * - $p < 0,05$.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлена высокая распространенность *C. trachomatis* у женщин с гипоталамическим синдромом и репродуктивными нарушениями. У инфицированных женщин *C. trachomatis* значимо чаще развиваются такие хронические воспалительные заболевания половых органов, как цервицит, уретрит, а также - сальпингоофо-

рит, который может рассматриваться как возможная причина формирования непроходимости маточных труб. При лечении бесплодия данные

больные в первую очередь нуждаются в санации очагов ИППП с последующим лечением гормональных дисфункций.

CHLAMYDIOSIS IN SEX-TRANSMITTED INFECTION STRUCTURE IN WOMEN WITH HYPOTHALAMIC SYNDROME AND REPRODUCTIVE DISORDERS

N. A. Neronova, T. I. Nikiforova, T. A. Kaliberdo, L. V. Suturina, A. V. Labigina.

(Irkutsk State Medical University, Central scientific laboratory, Faculty clinics of Irkutsk medical university, Research center of medical ecology East-Siberian scientific center of Russian Academy of medical sciences)

The significant prevalence (31% of infected women) of *C. Trachomatis* was detected in women with neuroendocrine syndrome and reproductive disorders. It was shown that the frequency of inflammatory diseases (cervicitis, urethritis, salpingoophoritis) is higher in patients with this infection and it cause the infertility in women with hypothalamic syndrome equally with endocrine factors.

Литература

1. Аракелова О.В., Воропаева С.Д., Данилов А.Ю. // Акуш. и гин. - 1989. - №10. - С.62-63.
2. Воропаева С.Д. // Акуш. и гин. - 1997. - №5. - С.60-65.
3. Гранитов В.М. Хламидиозы. - М.: Н.Новгород, 2000. - 120 с.
4. Долго-Сабунова Ю.В., Мирзабалаева А.К. // Акуш. и гинек. - 2002. - №1. - С.46-48.
5. Заболевания, передаваемые половым путем. Пресс-релиз. ВОЗ. - 25.08.95.
6. Заболевания, передаваемые половым путем. - М., 1995. - №5. - С.81-82.
7. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. - М., 1995. - С.37-38, 174-224.
8. Неармедик (НИИ ЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Руководство для врачей. - М., 1996. - С.4-6.
9. Ориел Дж.Д., Риджуэй Д.А. Хламидиоз // Пер. с англ.-М., 1984.-240 с.
10. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия // Под ред. Э.К.Айламазяна - Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1998. - 182 с.
11. Сутурина Л.В. Гипоталамический синдром: основные звенья патогенеза, диагностика, патогенетическая терапия и прогноз.: Дис. ... докт. мед. наук. - Иркутск., 2002. - 260 с.
12. III Европейское совещание по хламидиям // Вестник дерматологии и венерологии. - 1997. - №1. - С.75.
13. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. // Заболевания, передаваемые половым путем. - М., 1998. - №2. - С.9-11.
14. Шинский Г.Э., Мерзляков В.А., Тимофеева С.Б. // Вестник дерматологии и венерологии. - 1999. - №1. - С.11-13.
15. Davies H.D., Wang E.E. Periodic health examination. 1996 update: Screening for Chlamydial infections. Can Med Ass J. - 1996. - Vol.154. - P.1631-1644.
16. Douvier S., Sainte-Barbe C., Oudot C. et al. Department de Gynecologie et d'Obstetrique, CHRU, Dijon. Contracept Fertile Sex. - 1996. - N.24. - P.391-398.

© МОЛЧАНОВ А.Н., ВАСИЛЬЕВА Л.С., МОЛОКОВ В.Д. -

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТА С ПОМОЩЬЮ КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И ДИАЛИЗА ГЛИЦИНА

А.Н. Молчанов, Л.С. Васильева, В.Д. Молоков.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии, зав. - д.б.н., проф. Л.С. Васильева, кафедра терапевтической стоматологии, зав. - д.м.н., проф. В.Д. Молоков)

Резюме. В эксперименте на крысах установлено, что лечение пародонтита с помощью диализа глицина и лазерного излучения эффективно купирует деструкцию тканей и воспалительный отек, стимулирует фагоцитоз и коллагеногенез, ускоряет репаративные процессы в тканях пародонта.

Ключевые слова: экспериментальный пародонтит, лазерное облучение, диализ глицина.

Актуальность: До сих пор недостаточно высока эффективность лечения хронического пародонтита [2,3,5], что диктует необходимость совершенствования методов лечения заболеваний пародонта. Перспективным является применение лазеротерапии для купирования воспаления в тканях пародонта [7,8]. Это связано с нормализацией системы антиоксидантной защиты, улучшением

центральной и периферической гемодинамики, обезболивающим и стресс-лимитирующим действием лазерного света [6,9]. Кроме того, появились работы, в которых показано улучшение результатов медикаментозного лечения, в сочетании с лазеротерапией [1].

Возможности медикаментозных методов лечения болезней пародонта в настоящее время ис-