

сочетанное (трубно-перитонеальное сочеталось с эндокринным фактором, эндометриозом, миомой и др.). У 17,5 % пациенток была выявлена специфическая инфекция.

Всем женщинам была произведена лапароскопия по бесплодию в комплексе с гистероскопией и проведением трубного лаважа. Лапароскопически было оценено состояние маточных труб, произведено разделение спаек, миомэктомия, удаление кист и кистом яичников, коагуляция очагов эндометриоза. Во время гистероскопии оценено состояние эндометрия, состояние полости матки, произведена биопсия эндометрия, прицельное удаление полипов, инородных тел.

После проведенной лапароскопии, в анализируемой нами группе пациенток, беременность наступила в 21,6 % случаев. Вышеизложенные сведения демонстрируют недостаточно высокий процент наступления беременностей даже после применения новых, прогрессивных технологий.

При отсутствии положительного эффекта от проведенного лечения и сохраняющегося нарушения проходимости маточ-

ных труб у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием повторное эндоскопическое лечение или физиотерапевтическое лечение как правило, бесперспективно. Пациенткам должно быть рекомендовано ЭКО.

Выводы. Таким образом, данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что 74 % пациенток оперированных по поводу перитонита имеют в последствии трубно-перитонеальное бесплодие.

Оперируя девочек по поводу ургентной патологии органов брюшной полости и малого таза целесообразно использовать лапароскопию как метод, который позволяет проводить малотравматичную микрохирургическую коррекцию практически любых изменений органов малого таза без последующего образования спаечного процесса.

В случае произведенной лапаротомии, в целях профилактики нарушений репродуктивной функции, целесообразно проводить программированную лапароскопию с целью адгезиолиза через 1,5-2 месяца после операции.

Тулупова М.С., Морозова И.И., Лещанкина С.Н.

УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства, Дальневосточный филиал ГУНЦ Медэкологии ВСНЦ СО РАМН г. Владивосток

Целью нашего исследования явилось изучение частоты встречаемости урогенитальной и вирусной инфекции у женщин с проблемой невынашивания беременности.

Нами было обследовано 160 женщин, обратившихся в Краевой клинический центр охраны материнства и детства за период 2003 - 2004 года с наличием в анамнезе спорадического прерывания или привычного невынашивания беременности. Все женщины были разделены на 2 подгруппы. Подгруппу А составили женщины со спорадическим прерыванием беременности — 92 человека (57,5%), подгруппу В — женщины с привычным невынашиванием беременности — 68 человек (42,5%). Подгруппы сопоставимы по возрасту, наличию в анамнезе генитальной и экстрагенитальной патологии.

Данной группе пациенток проводилось исследование, согласно разработанного нами алгоритма, включающего исследование гормонального, иммунного статуса, исследование системы гемостаза, обследование на аутоиммунные состояния, на наличие экстрагенитальных заболеваний, медико-генетическое консультирование.

Диагноз урогенитального инфицирования устанавливался на основании клинко-микробиологического исследования, включая соскобы слизистой оболочки цервикального канала, влагалища, уретры. С данной целью использовались: метод прямой иммунофлуоресценции, полимеразно-цепной реакции, культуральное выделение возбудителя. Для выявления антител классов IgG, IgA, IgM к хламидиям, вирусу герпеса I и II типов, цитомегаловирусу использовался метод непрямой иммунофлуоресценции.

По результатам микробиологического и вирусологического исследований достоверных различий по бактериально-вирусному инфицированию в сравниваемых подгруппах не было выявлено. Урогенитальные инфекции имели место практически у 100% женщин, причем в 87,5% случаев отмечались сочетанные варианты. Наиболее часто встречались следующие ассоциации инфекций: в 33,7% случаев - хламидийной и уреоплазменной

инфекции, в 26,4% - трихомониаза, хламидиоза, уреоплазмоза, в 17,2% - микоплазмоз, уреоплазмоз, кандидоз, в 12% - хламидиоз, цитомегаловирусная инфекция, в 9,5% - сочетание цитомегаловирусной инфекции с герпетической инфекцией II — го типа, в 1,2% случаев — другие сочетания. У 30,3% женщин из влагалища высевалась сопутствующая бактериальная аэробная флора в диагностическом титре: Staphylococcus Aureus, Staphylococcus Epidermidis, Escherichia coli, Enterococcus, Streptococcus haemolyticus, Proteus. Гарднерелла была выделена из влагалища у 4,5% пациенток

Кроме того, у женщин с привычным невынашиванием беременности в 82,7% случаев наряду с урогенитальной инфекцией имели место сочетания различных причин потери плода. В подгруппе со спорадическим прерыванием беременности только у 17% пациенток.

Причем гормональные нарушения встречались у каждой третьей женщины.

В терапии урогенитальной инфекции использовались курсы антибактериальной терапии с учетом возбудителя. Препараты вводились системно и местно. Применялись фторхинолоны, производные тетрациклина, макролидов. В комплексе лечения использовались иммуномодуляторы, антимикотическая терапия. С учетом возможных побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта применялись гепатопротекторы, энтеросорбенты. Все пациентки получали фитоадаптогены, поливитамины, системная энзимотерапия.

Выводы. Таким образом, урогенитальная инфекция встречалась практически у 100% женщин как со спорадическим, так и с привычным невынашиванием беременности, причём моноинфицирование отмечалось только у 12,5% пациенток.

В связи с чем проведение обследования на наличие бактериально-вирусного инфицирования необходимо всем женщинам с наличием в анамнезе невынашивания беременности, независимо от кратности самопроизвольных выкидышей

Е.В. Тихонова, Г.И. Бишарова

ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОБНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г. БАЛЕЙ.

ГУЗ Областной Консультативно-диагностический центр для детей (Чита)

Нами обследовано 103 ребенка дошкольного возраста в г. Бале. Частота эндемического зоба составила 51,4%, в предыдущие годы процент заболевших был выше и составил 71%. Снижение числа заболевших связано с проведением в последнее время йодной профилактики в группах риска и с положительным эффектом. Данная группа детей выбрана, для оценки возможных причин увеличения щитовидной железы с исключением влияния гормональной перестройки в период пубертата на функцию щитовидной железы.

Территория г. Бaley характеризуется рядом неблагоприятных факторов, которые могут оказывать негативное влияние на эндокринную систему человека, которой принадлежит ведущая роль в приспособлении организма к действию многообразных экзогенных причин: повышенный радиационный фон техногенного и естественного генеза, повышенное пылевыделение, открытый рудный карьер. На территории города в течении 20 лет функционировало закрытое предприятие Минатома, в результате чего было разрушено широкое строительство и эксплуатация зданий на радоноопасных грунтах, использовался в качестве

строительного материала песок из карьера, содержащий радиоактивные элементы. Уровень радиоактивности на отдельных участках города составлял 400-1000 микрорентген в час, а были точки с уровнем 2,5 тыс. микрорентген в час. За истекший период проведены работы по дезактивации. Размещение карьеров в городской черте привело к накоплению в воздушном бассейне целого ряда химических компонентов, металлов. В настоящее время человек в условиях небольших населенных пунктов находится в постоянном контакте с рядом химических веществ, в том числе и высокотоксичных. Большинство химических веществ вызывает изменения щитовидной железы функционального характера, при длительном воздействии угнетают ее функцию. Уровень пыли в 0,7 раз выше 7,5ПДК (содержание оксида кремния составляет в среднем 12,1%). Примером негативного влияния на тиреоидную систему можно рассмотреть длительное действие вибрации и шума, электро-магнитных волн, радиационных влияний. Было доказано, что ферментные гипоксические яды ослабляют функцию оксидаз, участвующую в окисление йода до элементарного йода и в окислительной кондекса-