2. Давыдов М. И., Стилиди И. С. Рак пищевода. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: изд. группа РОНЦ, Практическая медицина, 2007. – С. 392.

3. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Программное лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в повседневной практике врача // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 6. – С. 18–26.

4. Кашин С. В., Иванников И. О. Пищевод Барретта: принципы эндоскопической диагностики и медикаментозной терапии // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. XVI. № 6. – С. 73–78.

5. Савельев В. С., Исаков Ю. Ф., Лопаткин Н. А. и др. Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. В. С. Савельева, В. М. Буянова, Г. И. Лукомского – М.: Медицина. – 1985. – С. 544.

6. Falk G. W. Gastroesophageal reflux disease and Barrett's esophagus // Endoscopy. – 2001. – Vol. 33. № 2. – P. 109–118.

7. Lagergren J. Adenocarcinoma of oesophagus: what exactly is the size of the problem and who is at risk? // Gut. – 2005. – V. 54. – P. 11–15.

Поступила 15.10.2009

В. А. КРУТОВА, Б. Г. ЕРМОШЕНКО, А. М. ЧУЛКОВА

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

*Кафедра акушерства и гинекологии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: vik-krutova@yandex.ru*

С целью изучения влияния различных причинных факторов на формирование первичного и вторичного бесплодия с последующей выработкой практических рекомендаций было проведено настоящее исследование, основанное на элементах прогностической системы Л. В. Анохина (1992). Сформированные по факторам риска прогностические таблицы способствовали повышению результативности скрининговых обследований женщин, позволили более точно установить группу динамического наблюдения, а также дать индивидуальные рекомендации по медико-социальному консультированию.

Ключевые слова: бесплодие, фактор риска, прогноз, фертильные женщины

V. A. KRUTOVA, B. G. ERMOSHENKO, A. M. CHULKOVA

FORECAST OPPORTUNITIES FOR FEMALE INFERTILITY DEVELOPMENT

*Chair of obstetrics and gynaecology Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, 4 Sedina Street. E-mail: vik-krutova@yandex.ru*

The present research is based on the elements of a forecast system designed by L. V. Anokhin in 1992. The given research has been conducted with the aim of examining the influence of different etiological agents at primary and secondary sterility formation. The research implies a subsequent work out of practical recommendations. As a result, risk factors have been arranged into forecast tables, which promoted female screening examinations' effectiveness and helped to determine a dynamic observation group more precisely. These forecast tables also provided the opportunity to give individual recommendations in medical-and-social consulting.

The key words: Infertility/sterility, risk factor, forecast, fertile women.

Основной задачей врача акушера-гинеколога является сохранение репродуктивной функции женского населения [2, 4, 9]. В связи с этим особую актуальность приобретают методологические подходы к индивидуальному прогнозированию ее нарушений, частым проявлением которых является бесплодие [3, 5, 8, 10, 11]. Несмотря на то что многими авторами разработаны и используются в практике системы прогнозирования бесплодия, количество бесплодных браков остается на весьма высоком уровне [1, 5, 8, 12, 13].

Полученные нами сведения о преобладании гинекологической патологии, в первую очередь воспалительных заболеваний половой сферы и нарушений менструальной функции, в когорте бесплодных женщин позволили обосновать необходимость разработки собственной методики прогнозирования развития бесплодия [6, 7].

С целью изучения влияния различных причинных факторов на формирование первичного и вторичного бесплодия с последующей выработкой практических рекомендаций нами было проведено исследование, основанное на элементах прогностической системы

Л. В. Анохина (1992). Оно включало в себя следующие этапы: выявление и ранжировку по значимости наиболее существенных факторов, влияющих на формирование первичного и вторичного бесплодия; выделение из общей группы неблагоприятных факторов, реально управляемых, с целью уменьшения или нивелирования их воздействия при проведении санитарно-просветительной работы среди женского населения; статистическую обработку частоты неблагоприятных факторов для последующего прогнозирования с обязательным выделением групп риска как первичного, так и вторичного бесплодия; определение прогноза и степени риска: I – благоприятный прогноз, II – внимание или «риск», III – неблагоприятный прогноз; разработку основных положений плана профилактических и лечебных мероприятий по первичному и вторичному бесплодию.

В настоящий анализ вошли 125 женщин (65 с первичным и 60 с вторичным бесплодием), со следующими критериями отбора: детородный возраст; нормальная (абсолютная) фертильность супруга (нормозооспермия); положительная биологическая

совместимость. В группу сравнения (100 человек) были отобраны женщины из супружеских пар с сохраненной репродуктивной функцией, родившие здоровыми не менее одного ребенка. Для разработки системы прогнозирования группа сравнения была разделена на две подгруппы. Первая формировалась из числа женщин, родивших здорового первенца в течение года, предшествовавшего обследованию, – для первичного бесплодия (n=50). Вторая – из числа женщин, имеющих в анамнезе 2 беременности и более, закончившихся родами, – для вторичного бесплодия (n=50).

Клиническая характеристика пациенток

Из 125 пациенток основной группы первичное бесплодие отмечено у 65 (52,0%), вторичное – у 60 (48,0%) обследованных. Все 100 женщин фертильной группы имели детей, в том числе 10 – по два, а четверо – по три ребенка.

Средний возраст пациенток основной группы составил $27,9 \pm 5,1$ года, группы сравнения – $26,8 \pm 4,6$ года. В обеих группах преобладали женщины до 30 лет (60,8% и 68,0%). Однако пропорционально в этом возрасте женщин с первичным бесплодием было больше, чем с вторичным, на 6,5%. Более зрелый возрастной состав пациенток с вторичным бесплодием объясняется поздним обращением за квалифицированной медицинской помощью в надежде на спонтанное возникновение беременности, или в ряде случаев этой группе больных проводилось длительное неадекватное обследование и лечение.

Анализ становления менструальной функции показал, что для бесплодных пациенток по сравнению с фертильными характерным был более поздний возраст менархе. Средний возраст менархе больных основной группы – $14,1 \pm 0,4$ года, группы сравнения – $12,5 \pm 0,4$

года ($p < 0,05$). Длительность менструальных кровотечений колебалась от 3 до 8 дней, в среднем $6,5 \pm 0,7$ дня в основной и $4,2 \pm 0,9$ в группе сравнения ($p < 0,05$). Продолжительность менструального цикла составила $32,0 \pm 1,1$ дня и $28,2 \pm 1,4$ дня соответственно ($p < 0,05$). В основной группе менструальный цикл установился не сразу у 43,2% (54 женщины), в группе сравнения этот показатель – 20,0% (20 человек) ($p < 0,05$). Альгодисменорея наблюдалась в 2,8 раза чаще, чем в группе сравнения (51,2 и 18,0% соответственно, $p < 0,05$); обильные менструации – в 1,5 раза чаще (43,2 и 28,0% соответственно, $p < 0,05$). При этом без достоверной разницы частоты этих нарушений среди пациенток с первичным и вторичным бесплодием.

Возраст начала половой жизни инфертильных женщин колебался от 15 до 22 лет. Средний возраст составил $18,4 \pm 3,5$ года. Обращает на себя внимание довольно высокий (29,6%) удельный вес случаев ранней половой жизни (до 17 лет включительно) в общей когорте пациенток. При первичном бесплодии этот показатель составил 27,6%, при вторичном – 31,7%, в фертильной группе – 18,7%. Средний возраст вступления в половую жизнь в группе сравнения практически совпадал с основной – $19,3 \pm 2,2$ года.

Длительная половая жизнь вне брака (более года) отмечалась у 51 (40,8%) женщины в основной и у 26 (26,0%) в группе сравнения ($p < 0,05$). При обращении в клинику все пациентки состояли в браке, из них в зарегистрированном – 120 (96,0%) и 100 (100,0%) соответственно. В целом в группе женщины с бесплодием в первом браке состояло 94 (75,2%), во втором – 26 (20,8%), в третьем – 4 (3,2%), в четвертом – 1 (0,8%). У женщин, страдающих вторичным бесплодием, удельный вес повторных браков был несколько выше (28,3% при вторичном и 23,6% при

Таблица 1

Число и исходы беременностей у женщин, страдающих вторичным бесплодием (абс., %)

Число и исходы беременностей	Основная группа (n=125)		Группа сравнения (n=100)		P
	Абс.	%	Абс.	%	
Всего женщин, имеющих беременности в анамнезе	60	100,0	100	100,0	–
В том числе несколько беременностей	20	33,3	84	84,0	<0,05
Общее количество беременностей	97	100,0	178	100,0	–
Количество срочных родов	16	16,5	114	64,0	<0,05
Количество преждевременных родов	7	7,2	4	2,2	<0,05
Кесарево сечение	1	1,0	8	4,5	>0,05
Осложнения после родов	5	5,1	4	2,2	>0,05
Количество детей, родившихся живыми	22	95,6	126	100,0	<0,05
Количество мертворожденных детей	1	1,0	–	–	–
Число медицинских аборт	47	48,4	38	21,3	<0,05
Число ранних выкидышей	8	8,3	4	2,2	<0,05
Число поздних выкидышей	3	3,1	–	–	–
Неразвивающаяся беременность	5	5,1	4	2,2	>0,05
Внематочная беременность	10	10,3	6	3,4	<0,05

первичном бесплодии). Ни у одной из женщин с первичным бесплодием перемена партнера (мужа) не привела к беременности. Результаты изучения детородной функции у пациенток с вторичным бесплодием представлены в таблице 1. Обращает на себя внимание высокий (48,4%) удельный вес прерывания беременности в анамнезе у женщин с вторичным бесплодием по сравнению с пациентками фертильной группы (21,3%). Среднее число беременностей на одну обследуемую в основной группе составляло $1,6 \pm 0,2$, родов – $0,3 \pm 0,1$, в контрольной – $1,78 \pm 0,3$ и $1,14 \pm 0,2$ соответственно. Учитывая, что в основной группе с высокой степенью достоверности преобладали такие исходы беременности, как искусственное прерывание (48,4%), самопроизвольный аборт (11,4%), внематочная беременность (10,3%), неразвивающаяся беременность (5,1%).

Нами проведен анализ зависимости частоты искусственного аборта от порядкового номера беременности. Бесплодие после первого аборта наступило у 25 (75,8%), после второго – у 5 (5,1%), после третьего – у 2 (6,0%) и после седьмого – у 1 (3,0%) пациентки. Таким образом, наиболее высокий процент бесплодия наступил после первого аборта как вероятной причины, приведшей к этому осложнению. Из анамнеза 33 женщин основной группы, имевших искусственные аборты, выяснено, что поводом для прерывания беременности были в основном социальные факторы (беременность у несовершеннолетней, беременность вне брака, учеба, неудовлетворительные материальные или бытовые условия, отрицательный психологический климат в семье).

До первичного обращения к гинекологу по поводу отсутствия беременности 79 (63,2%) женщин использовали те или иные способы контрацепции, что отражает общую тенденцию в обществе к откладыванию беременности на более поздний возраст и срок брака. В основном характерно бессистемное и самостоятельное использование предохраняющих от беременности средств без медицинской консультации. Частота применения и виды контрацептивов были примерно одинаковы в группе женщин с первичным и вторичным бесплодием.

В основной группе достоверно чаще использовался *coitus interruptus* (26,6%) и значительно реже гормональная (13,9%) и барьерная контрацепция (17,7%). Так как *coitus interruptus* не является эффективным средством предохранения, длительное отсутствие беременности указывает на давно имеющиеся нарушения репродуктивной сферы.

В структуре гинекологической патологии в основной группе ведущее место занимали воспалительные заболевания женской половой сферы (80,8%), в фертильной группе – 46,0% ($p < 0,05$), нарушения менструального цикла (63,2% и 38,0% соответственно, $p < 0,05$).

В фертильной группе сочетание этих патологических факторов отмечалось у 26 (26,0%) женщин, но степень их клинических проявлений на момент исследования была минимальной. Отсутствие гинекологической патологии имело место у 42 (42,0%) человек.

Анализ экстрагенитальной патологии показал, что все обследованные в течение жизни перенесли детские инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа и др.). Однако частота хронического тонзиллита у инфертильных пациенток (77,6%) достоверно выше, чем у женщин группы сравнения (22,0%) ($p < 0,05$).

Значительное место в структуре экстрагенитальной патологии также занимали хронические воспалительные заболевания. Наиболее часто отмечались хронический пиелонефрит (42,4% в основной и 26,0% в группе сравнения, $p < 0,05$), хронический гастрит (37,6% и 28,0%, $p < 0,05$) и хронический бронхит (35,2% и 18,0% соответственно, $p < 0,05$). Достаточно часто наблюдались сердечно-сосудистые заболевания – артериальная гипертензия (13,6% и 12,0%) и нейроциркуляторная дистония (12,0 и 8,0% соответственно). У 34 (27,2%) бесплодных пациенток было выявлено по два и более экстрагенитальных заболеваний в самых разнообразных сочетаниях. У пациенток с первичным бесплодием частота перенесенных заболеваний была не выше, чем у женщин с вторичным бесплодием.

Таким образом, состояние репродуктивной сферы бесплодных пациенток (основная группа) отличалось достоверным преобладанием гинекологической патологии, в первую очередь воспалительных заболеваний половой сферы и нарушений менструальной функции, которые в основном сопутствуют или способствуют развитию симптомокомплекса бесплодия.

Методология прогнозирования риска возникновения женского бесплодия.

Информационной основой данного исследования стала карта-анкета, которая содержала 17 вопросов для пациенток с первичным бесплодием и 22 – для пациенток с вторичным бесплодием. Вопросы анкеты состояли из двух блоков медико-биологической и социально-гигиенической направленности, что позволило в последующем составить прогностические таблицы с выделением наиболее информативных факторов риска первичного и вторичного бесплодия. При создании прогностической системы мы стремились к тому, чтобы она была проста, доступна для практических врачей и могла быть использована при проведении и обработке данных профилактических осмотров. Учитывая то обстоятельство, что при проведении профосмотров акушеры-гинекологи используют ограниченное количество лабораторных и инструментальных методов, главное внимание уделили детальному изучению анамнеза с учетом возрастных особенностей женского организма.

Воспроизводимость ответов на вопросы анкеты составила 94,9%. Дальнейшая обработка информации для определения групп риска проводилась методом «общего портрета» по результатам многофакторной оценки различных комбинаций факторов риска (ФР).

Для расчета интегрированного влияния различных сочетаний ФР на репродуктивную функцию женского организма использовалась неоднородная последовательная процедура, основанная на вероятностном методе Байеса и вытекающем из него анализе Вальда. Информативность каждого фактора определялась с помощью информационной меры Кульбака, прогностические коэффициенты (ПК) рассчитывались по формуле Гублера (1978).

Первичная статистическая обработка включала в себя подсчет числа анкет по тому или иному признаку и расчет соответствующих частот, которые служили оценками одноименных вероятностей. Выделение существенных признаков осуществлялось путем построения доверительных интервалов и посредством

Прогностическая анкета риска возникновения первичного женского бесплодия

Факторы	Градации факторов
Блок медико-биологических факторов	
1. Характер менструального цикла	– регулярный – опсоменорея – полименорея – меноррагии – метроррагии – дисменорея
2. Наличие метроэндометрита, аднексита	Нет (не было) Есть (были)
3. Урогенитальные инфекции	Нет (не было) Есть (было)
4. Патология яичников: – опухоли	Нет (не было) Есть (были)
– образования	Нет (не было) Есть (были)
5. Хирургические вмешательства в брюшной полости, в анамнезе	Не были Были
6. Абдоминальные гинекологические операции	Не были Были
7. Эндокринная патология	Нет (не было) Есть (была)
8. Патология нервной системы	Нет (не было) Есть (была)
9. Детские инфекции – корь	Не было Была
– эпид. паратит	Не было Был
– скарлатина	Не было Была
10. Ангины и хронический тонзиллит	Не было Была
Блок социально-гигиенических факторов	
11. Возраст начала половой жизни	До 18 лет 18–25 лет Старше 25 лет
12. Начало половой жизни	До брака В браке
13. Уровень образования	Высшее Среднее
14. Профессиональная принадлежность	Рабочие Служащие Прочие
15. Контакт с профессиональными вредностями	Нет (не был) Есть (был)
16. Сочетание обучения и работы в браке	Нет (не было) Есть (было)
17. Вредные привычки: – курение	Нет Да
– алкоголь	Нет Да

Прогностическая анкета риска возникновения вторичного женского бесплодия

Факторы	Градации факторов
Блок медико-биологических факторов	
1. Характер менструального цикла	– регулярный – опсоменорея – полименорея – меноррагии – метроррагии – дисменорея
2. Возраст	До 25 лет 25–35 лет Старше 35 лет
3. Прерывание первой беременности путем аборта	Нет Да
4. Внематочная беременность	Не было Была
5. Самопроизвольный выкидыш	Не был Был
6. Наличие метрита, аднексита	Нет (не было) Есть (было)
7. Урогенитальные инфекции	Нет (не было) Есть (были)
8. Патология яичников: – опухоли	Нет (не было) Есть (были)
– образования	Нет (не было) Есть (были)
9. Доброкачественные опухоли матки	Нет (не было) Есть (были)
10. Хирургические вмешательства в брюшной полости, в анамнезе	Не были Были
11. Абдоминальные гинекологические операции	Не были Были
12. Эндокринная патология	Нет (не было) Есть (была)
13. Патология нервной системы	Нет (не было) Есть (была)
14. Детские инфекции: – корь	Не было Была
– эпид. паратит	Не было Был
– скарлатина	Не было Была
15. Ангины и хронический тонзиллит	Не было Были
Блок социально-гигиенических факторов	
16. Возраст начала половой жизни	До 18 лет 18–25 лет Старше 25 лет
17. Начало половой жизни	Первый Повторный
18. Уровень образования	Высшее Среднее
19. Профессиональная принадлежность	Рабочие Служащие Прочие
20. Контакт с профессиональными вредностями	Нет (не был) Есть (был)
21. Сочетание обучения и работы в браке	Нет (не было) Есть (было)
22. Вредные привычки: – курение	Нет Да
– алкоголь	Нет Да

проверки статистических гипотез о равенстве частот с доверительной вероятностью ($t \geq 2$).

После выделения существенных признаков была осуществлена количественная оценка информативности каждого признака с использованием диагностических коэффициентов. В связи с тем, что данные коэффициенты использовались нами не для диагностики, а для прогноза, мы назвали их прогностическими.

В процессе выполнения работы были проанализированы в общей сложности 225 анкет (125 анкет пациенток основной группы и 100 анкет группы сравнения), исходным материалом которых служили сведения об образе жизни и репродуктивном поведении женщин, сгруппированные в два блока: медико-биологический и социально-гигиенический (табл. 2, 3).

Оказалось, что ведущая роль в развитии как первичного, так и вторичного бесплодия принадлежит первой группе факторов. Это подтверждается, в частности, их более высокой общей информативностью по сравнению с информативностью блока социально-гигиенических факторов. Вместе с тем социально-гигиенические факторы часто либо способствуют возникновению медико-биологических факторов, либо усиливают их действие. Кроме того, между различными ФР бесплодия существует тесная связь. Например, внебрачное зачатие (как социально-гигиенический фактор) приводит к частому прерыванию первой беременности искусственным абортom, распространенным осложнени-

ем которого является аднексит, способствующий (как медико-биологический фактор), в свою очередь, нарушениям менструального цикла и наступлению внематочной беременности.

В прогностических таблицах (табл. 4 и 5) против каждой градации факторов указаны значения их ПК с учетом направленности влияния на репродуктивную функцию («плюс» – благоприятное влияние, «минус» – негативное). Процедура индивидуального прогнозирования степени риска бесплодия заключается в простом арифметическом сложении значений ПК с учетом математического знака.

В случае самого неблагоприятного сочетания ФР первичного бесплодия (нарушение менструального цикла, воспаление матки и придатков, дисменореи, кисты яичника, добрачные половые связи, курение и т. д.) сумма ПК равна -71,5, при самом благоприятном – +10,3. Разность этих величин составляет диапазон возможного риска развития первичного женского бесплодия.

При наиболее неблагоприятном сочетании градаций ФР вторичного бесплодия сумма ПК равна -80,3, а при наиболее благоприятном – +13,7. В диапазоне возможного риска нами было выделено три интервала, соответственно три группы прогноза риска.

При первичном бесплодии: I – благоприятного прогноза (сумма ПК от +8,1 до +0,1); II – группа внимания или «риска» (сумма ПК от -0,1 до -11,2); III – неблагоприятного прогноза (сумма ПК от -11,3 до -71,5).

Таблица 4

Прогностическая таблица риска возникновения первичного женского бесплодия

Факторы	Градации факторов	Прогностические коэффициенты
Блок медико-биологических факторов		
1. Аднексит	Был	-12,9
	Не было	+2,7
2. Нарушения менструального цикла	Было	-11,9
	Не было	+1,6
3. Киста яичника	Да	-15,2
	Нет	+1,8
4. Возраст вступления в брак	До 25 лет	+0,8
	Старше 25 лет	-2,9
5. Доброкачественные опухоли матки	Да	-8,1
	Нет	+0,2
Блок социально-гигиенических факторов		
1. Употребление алкоголя	Да	-6,1
	Нет	+1,8
2. Сочетание обучения и работы в браке	Да	-3,2
	Нет	+1,1
3. Контакт с профессиональными вредностями	Есть (был)	-2,0
	Нет (не было)	+0,7
4. Курение	Да	-6,2
	Нет	+0,4
5. Образование	Высшее	-2,1
	Прочее	+0,1
6. Социально-профессиональная принадлежность	Рабочие с.-х. производства	-0,9
	Прочие	+0,1

**Прогностическая таблица риска возникновения
вторичного женского бесплодия**

Факторы	Градации факторов	Прогностические коэффициенты
Блок медико-биологических факторов		
1. Аднексит	Был	-7,1
	Не было	+4,1
2. Киста яичника	Да	-15,2
	Нет	+1,4
3. Нарушения менструального цикла	Были	-8,2
	Не были	+0,9
4. Прерывание первой беременности путем аборта	Да	-5,1
	Нет	+1,0
5. Возраст	До 25 лет	+0,9
	Старше 25 лет	-3,1
6. Внематочная беременность	Была	-7,1
	Не была	+0,2
7. Доброкачественные опухоли матки	Да	-5,9
	Нет	+0,1
8. Эндометрит	Был	-5,0
	Не было	+0,3
Блок социально-гигиенических факторов		
1. Употребление алкоголя	Да	-6,2
	Нет	+1,7
2. Курение	Да	-5,8
	Нет	+1,1
3. Добрачная половая жизнь в течение года и более	Да	-3,1
	Нет	+1,1
4. Паритет брака	Первый	+0,7
	Повторный	-4,1
5. Контакт с профессиональными вредностями	Есть (был)	-1,9
	Нет (не было)	+0,8
6. Образование	Высшее	-1,7
	Прочее	+0,3
7. Социально-профессиональная принадлежность	Рабочие с.-х. производства	-0,8
	Прочие	+0,1

При вторичном бесплодии: I – благоприятного прогноза (сумма ПК от +12,7 до +0,1); II – группа внимания или «риска» (сумма ПК от -0,1 до -14,2); III – неблагоприятного прогноза (сумма ПК от -14,3 до -80,3).

Таким образом, применявшаяся нами методика прогнозирования развития женского бесплодия проста, доступна для широкого круга врачей и не требует сложных вычислительных манипуляций. Использование данной методики при проведении профилактических осмотров способствует повышению результативности скрининговых обследований женщин, позволяет выделить контингент пациенток с риском возникновения бесплодия в будущем, дифференцированно подойти к динамическому наблюдению за женщинами различных групп риска, а также дать индивидуальные рекомендации по медико-социальному консультированию.

Считаем, что наиболее информативными факторами риска возникновения первичного бесплодия яв-

ляются: аднексит, кисты яичников, нарушение менструального цикла, поздний возраст вступления в брак, доброкачественные опухоли матки, употребление алкоголя, контакт с профессиональными вредностями, курение, социальная принадлежность, профессия; вторичного: кроме вышеперечисленных – прерывание первой беременности (аборт), добрачная половая жизнь в течение года и более.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аннамов М. А.* О выявлении групп риска и профилактике женского бесплодия // *Здравоохранение Туркменистана.* – 1986. – № 12. – С. 7–10.
2. *Анохин Л. В.* Эпидемиология бесплодия в браке // *Рос. мед.-биол. вестн. им. И. П. Павлова.* – 1998. – № 1–2. – С. 19–22.
3. *Анохин Л. В., Коновалов О. Е.* Индивидуальное прогнозирование риска первичного и вторичного женского бесплодия // *Акушерство и гинекология.* – 1992. – № 3–7. – С. 40–43.

4. Гребешева И. И. Социальные аспекты репродуктивного здоровья и ответственного родительства // Планирование семьи. – 1998. – № 3. – С. 6–9.
5. Гуменюк Е. Г. Прогнозирование возникновения первичного бесплодия в зависимости от особенностей течения периода полового созревания // Акушерство и гинекология. – 1985. – № 9. – С. 23–26.
6. Ермошенко Б. Г., Крутова В. А. Причины женского бесплодия (Обзор литературы) // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 11. – С. 16–20.
7. Ермошенко Б. Г., Сигарева М. Е., Симанчева Н. В. Прогнозирование патологии менструальной и репродуктивной функции у девочек и девушек // Куб. науч. мед. вестник. – Краснодар, 2000. – Спецвыпуск. – С. 5–6.
8. Камаев И. А., Петрушенкова О. Н. О факторах риска первичного и вторичного женского бесплодия // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 1. – С. 19–21.

9. Колгушкина Т. Н. Актуальные вопросы гинекологии. – Минск: Вышэйшая школа, 2000. – 331 с.
10. Кулаков В. И., Савельева И. С. Клинико-организационное руководство по оказанию медицинской помощи женщинам после аборта. Изд. второе. доп. – М., 2005. – 56 с.
11. Кулаков В. И., Серов В. Н., Адамьян Л. В. Руководство по охране репродуктивного здоровья. – М.: Триада-Х, 2001. – 565 с.
12. Пономарева Г. А., Коновалов О. Е., Успенская И. В. Об-раз жизни и репродуктивное здоровье женщины: Индивидуальное прогнозирование репродуктивной функции. – Рязань, 1990. – 204 с.
13. Путинцева О. Г., Марущенко В. И., Маслова Л. В., Жарикова З. Н. Возрастные особенности и возможности прогнозирования становления репродуктивной системы у девочек Амурской области // Акушерство и гинекология. – 1991. – № 9. – С. 26–29.

Поступила 30.09.2009

Е. А. КУЛЮШИНА

РОЛЬ МЕТОДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА НАРУШЕНИЙ В БИЛИАРНОМ ТРАКТЕ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Кафедра лучевой диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета,
Россия, 125206, г. Москва, ул. Вучетича, 21, ГКБ № 50, тел. (8495) 611-27-43.
E-mail: Olga.Vidyaeva@nycomed.com

В статье рассматривается место ультразвуковых исследований (УЗИ), спиральной компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в диагностике патологии билиарного тракта у пациентов с циррозом печени. Определены показатели информативности каждого из методов в обнаружении заболеваний желчного пузыря и желчных протоков. Определена зависимость характера патологии от степени выраженности цирроза.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, желчный пузырь, билиарный тракт, диагностическая эффективность.

Е. А. KULYUSHINA

THE ROLE OF METHODS OF MEDICAL VISUALIZATION IN DIAGNOSTICS OF THE SYNDROME OF INFRINGEMENTS IN BILIARYTRACT IN THE CIRRHOSIS OF THE LIVER

Chair of beam diagnostics Moscow state Mediko-stomatologic university,
Russia, 125206, Moscow, street Vucheticha, 21, City Clinical Hospital № 50, tel. (8495) 611-27-43.
E-mail: Olga.Vidyaeva@nycomed.com

In clause is considered a place of ultrasonic researches (ultrasonic), a spiral computer tomography (CT) and a magnetic-resonant imaging (MRI) in diagnostics of a pathology biliar tract at patients with a cirrhosis of a liver. Parameters efficiency each of methods in detection of diseases of a bilious bubble and bilious channels are certain. Dependence of character of a pathology on a degree of expressiveness of a cirrhosis is certain.

Keywords: ultrasonic diagnostics, a spiral computer tomography, a magnetic-resonant tomography, a bilious bubble, biliar tract, diagnostic efficiency.

Введение

Заболевания желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей (ЖВП) представляют важную клиническую проблему [1, 2, 4, 8, 10]. Среди больных терапевтических стационаров пациенты с заболеваниями желчного пузыря составляют около 25%, а среди пациентов гастроэнтерологических отделений – более 70% [1, 3, 4, 7]. При циррозе поражаются многие органы и системы, начиная от пищеварительной, заканчивая иммунной и центральной нервной [1, 4, 10]. Позднее обращение за врачебной

помощью у таких больных регистрируется в 20–50% наблюдений [1, 3, 5, 6]. Цирроз печени в силу своей тяжести воздействия на весь организм оставляет за гранью интереса больного состояние желчного пузыря и желчных протоков. Своевременная диагностика заболеваний органов билиарной зоны может изменить тактику ведения пациента, сохранив приемлемое качество жизни на больший промежуток времени [1, 3, 5, 7, 10].

Целью проведенной работы стал поиск корреляции между наличием и видом нарушений билиарного тракта