

30. Sandor J. Gallstone surgery—yesterday, today, tomorrow // Acta Biomed. Ateneo. Parmense. 1992. 63(1-2). P. 51-57.
31. Sauerbruch T., Paumgartner G. Therapie der Cholelithiasis // Internist. 1986. Bd. 27. P. 643.
32. Shaver R.W., Hawkins J.F., Soong J. Percutaneous cholecystostomy // Amer. J. Roentgenol. 1982. Vol. 138. P. 1133-1136.
33. Traverso L. Carl Langebuch and the first Cholecystectomy // Amer. J. Surg. 1976. V. 132. №1. P.81-82.
34. van Overhagen H; Meyers H; Tilanus H.W; Jeekel J; Lameris J.S - Percutaneous cholecystectomy for patients with acute cholecystitis and an increased surgical risk. // Cardiovasc-Intervent-Radiol. 1996. 19(2). P. 72-76.
35. Van Steenberg W; Rigauts H; Ponette E; Peetermans W; Pelemans W; Fevery J. Percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute complicated calculous cholecystitis in elderly patients // J. Am. Geriatr. Soc. 1993. 41(2). P.157-162.
36. Vauthey J.N; Lerut J; Martini M; Becker C; Gertsch P; Blumgart L.H. Indications and limitations of percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis. // Surg. Gynecol. Obstet. 1993. 176(1). P.49-54.
37. Wietholz H., Matern S. Medikamentöse Steinauflösung und endoskopische Therapie. // Therapiewoche. 1986. Bd. 36. P. 3185 - 3193.
38. Wurbs D. Endoscopic papillotomy // Scand. J. Gastroent. 1982. Vol. 77. P. 107-117.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК: 618.173-07.477.

**И.И.Бенедиктов, М.А.Звэгчайный,
А.В.Воронцова, А.Б.Тарасюк, А.А.Ковалева**

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Уральская государственная медицинская академия

Частота и тяжесть климактерических расстройств в последние годы нарастает, что проявляется утратой трудоспособности, снижением социальной активности женщин переходного возраста и приводит к преждевременному старению организма [4,5].

Климактерический период служит проявлением общего механизма старения. К тому возрасту, когда наступает климакс, уже позади наиболее активный и сложный период жизни женщины - репродуктивный, течение которого определяют менструальная функция, половая жизнь, беременности, аборт, гинекологические заболевания и т.д. Все это может обусловить возникновение разнообразных осложнений в период старения организма [2-5].

Если объяснять возникновение патологического климактерия с позиции теории регулирующих систем, разработанной И.И. Бенедиктовым, то у всех женщин, которые имели до климактерия нарушения отдельных звеньев в системе регуляции половой функции, должен развиваться кли-

мактерический синдром. Его можно ожидать и там, где присутствовало нарушение смежных регулирующих систем [1].

Несмотря на многочисленность работ по изучению этиологии климактерического синдрома (КС), индивидуальный прогноз особенностей течения климакса у женщин затруднен в силу отсутствия полноценного анализа основных факторов риска в различные возрастные периоды и вклада каждого из них в формирование патологического климактерия.

С целью ретроспективной характеристики состояния репродуктивной системы у больных с КС были изучены особенности акушерско-гинекологического анамнеза 156 женщин в возрасте 45-55 лет, из них: у 52 - диагностировано легкое течение патологического климактерия (I группа), у 40 - средняя степень его тяжести (II группа), у 22 - тяжелый КС (III группа); у 22 чел. - в анамнезе, а также в период обследования клинические проявления КС отсутствовали, что послужило основанием для выделения их как контрольной группы, т.е. группы женщин с физиологически протекающим климактерическим периодом. Анамнестические данные регистрировались в статистической карте, разработанной для компьютерной обработки полученной информации и включающей в себя 154 пункта.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза выяснено, что у большинства женщин контрольной группы первая менструация появилась в возрасте от 11 до 14 лет и менструальный цикл установился в течение года. В репродуктивном периоде средняя продолжительность менструаль-

Таблица 1

Распределение обследованных женщин по группам, %

Данные анамнеза: Менструальная функция	Контрольная группа (22 женщины)	I гр. - легкое течение КС (52 женщины)	II гр. - средняя степень тяжести КС (40 женщины)	III гр. - тяжелое течение КС (42 женщины)
Поздний возраст менархе (15 лет и старше)	4,5	23,1	42,5	54,8
Длительное (более 1 года) становление менструальной функции	13,6	53,8	62,5	73,8
Альгоменорея	18,2	59,6	70,0	71,4
Нарушение менструальной функции в репродуктивный период:				
- всего:	27,3	80,8	87,5	97,6
- длительные и частые	0	26,9	55,0	80,9

ного цикла составляла $28,82 \pm 3,38$ дня, длительность менструации - $4,04 \pm 0,96$ дня. Нарушение менструальной функции отмечают лишь 27,3% обследованных данной группы, альгоменорею - 18,2% (табл. 1).

В группе с физиологическим течением климактерия первичным и вторичным бесплодием страдало по одной женщине (табл. 2). Первая беременность, в основном (72,7%), наступила в возрасте от 18 до 26 лет и лишь у 9,1 и 13,6% соответственно раньше 18 и позже 26 лет. Исходами данной беременности явились: у 68,2% - роды, у 22,7% - медицинские аборт и у одной женщины - ранний выкидыш

На одну обследуемую контрольной группы в среднем приходилось 3,14 беременностей, 1,73 родов и 1,18 абортов. От 5 до 8 беременностей имели только две (9,1%) женщины. На патологическое течение беременности (хотя бы одной) указали 54,5; 36,4 и 9,1% соответственно - на ранние и поздние токсикозы, 9,1% - на угрозу прерывания, закончившуюся самопроизвольным выкидышем. Преждевременные роды отметила одна женщина, осложнения в родах - 27,3%, оперативное родоразрешение - 13,6%. Послеродовый период у большинства протекал без особенностей, а осложнился лишь у 22,7%, в том числе гнойно-септическими заболеваниями (у 9,1%) и кровотечениями (у 9,1%). Осложнения после абортов возникли у 18,2%: гнойно-септические - у 13,6%, кровотечения - у одной женщины. Воспалительные заболевания половой сферы (табл. 3) всего отметили 36,4% из группы с физиологическим климактерием, наиболее частыми являлись: кольпит - у 31,8%, аднексит - у 18,2%, эндометрит - у 9,1%. Однако большинству (за исключением 13,6%) проводилась эффективная терапия и обострения возникали редко.

Из общего числа 76,1% женщин контрольной группы (табл. 4) применяли контрацепцию: у

40,1% преобладающим методом являлась внутриматочная контрацепция, у 18,2% - оральные контрацептивы, у 13,6% - ритм-метод, у 9,1% - механическая контрацепция и у 4,5% - прерванный половой акт.

Среди обследованных с физиологическим течением климактерия только у 18,2% (табл. 5) в молодости наблюдались проявления предменструального синдрома легкой степени тяжести (появление трех-четырех симптомов за 2 - 10 дней до менструации при значительной выраженности одного - двух из них). Всем женщинам своевременно проведено лечение, результатом которого явилось полное выздоровление или существенное улучшение состояния. У больных с патологическим климактерием (I, II и III группы) выявлены следующие особенности становления менструальной функции (табл. 1): старше 14 лет начали менструировать 38,8%, причем среди женщин с легким течением КС - 23,1%, со средней степенью тяжести - 42,5% и с тяжелым течением - 54,8%. У большинства (62,7%, а при тяжелом КС - у 73,8%) установление менструального цикла происходило длительно (более 1 года).

Менструация в репродуктивном возрасте продолжалась в среднем $4,15 \pm 0,86$ дня (в I группе - $4,37 \pm 1,14$, во II - $4,15 \pm 1,08$ и в III - $3,95 \pm 0,28$), цикл длился - $29,06 \pm 3,05$ дня ($29,15 \pm 3,02$; $28,68 \pm 2,89$ и $29,36 \pm 3,26$ - соответственно в I, II и III группах). Среди пациенток с патологическим климаксом альгодисменорея различной выраженности наблюдалась у 66,4%, нарушения менструальной функции (основные причины во всех группах - начало половой жизни, роды, аборт, воспалительные гинекологические заболевания и стрессовые ситуации) - у 88,1% (при тяжелом течении - у 97,6%), причем у 52,2% (при тяжелом КС - у 80,9%) они возникали чаще двух раз и длились более трех недель.

Особенности репродуктивной функции у обследованных женщин, %

Данные анамнеза: Репродуктивная функция	Контрольная группа (22 женщины)	I гр. - легкое течение КС (52 женщины)	II гр. - средняя степень тяжести КС (40 женщин)	III гр. - тяжелое течение КС (42 женщины)
I. Бесплодие первичное	4,5	0	5,0	2,4
вторичное	4,5	13,5	12,5	19,0
II. Возраст при первой беременности: до 18 лет	9,1	11,5	10,0	7,1
от 18 лет до 26 лет	72,7	71,2	75,0	73,8
старше 26 лет	13,6	17,3	10,0	16,7
III. Исход первой беременности: роды	68,2	51,9	32,5	23,8
медицинский аборт	22,7	42,3	57,5	64,3
выкидыш	4,5	5,7	5,0	9,5
IV. Количество беременностей: от 1 до 5	9,1	21,2	65,0	52,4
более 5	0	9,6	12,5	24,8
V. Количество патологических беременностей: Всего,	54,5	73,2	82,5	78,6
В том числе: ранний токсикоз	36,4	48,1	57,5	52,4
поздний токсикоз	9,1	26,9	35,0	40,5
угроза прерывания	9,1	23,1	25,0	54,8
VI. Родм. в том числе: преждевременные	4,5	13,5	12,5	19,0
осложненные	27,3	40,4	40,0	45,2
оперативные	13,6	17,3	20,0	21,4
VII. Осложненный послеродовой период: Всего	22,7	38,5	47,5	47,6
В том числе: гнойно-септическими заболеваниями кровотечением	9,1 9,1	17,3 17,3	17,5 30,0	21,4 19,0
VIII. Аборты, осложненные: Всего	18,2	46,2	65,0	66,7
В том числе: гнойно-септическими заболеваниями кровотечением	13,6 4,5	36,5 17,3	32,5 50,0	31,0 52,4

Таблица 3

Воспалительные заболевания у обследованных женщин, %

Данные анамнеза: воспалительные заболевания половой сферы	Контрольная группа (22 женщины)	I гр. - легкое течение КС (52 женщины)	II гр. - средняя степень тяжести КС (40 женщин)	III гр. - тяжелое течение КС (42 женщины)
I. Воспалительные заболевания половой сферы, всего	36,4	73,1	90,0	95,2
в том числе:				
- кольпит	31,8	63,5	72,5	81,0
- аднексит	18,2	38,5	37,5	42,9
- метроэндометрит	9,1	34,6	21,2	31,0
2. Частые обострения (1 раз в год и более)	0	32,7	47,5	47,6
3. Лечение не проводилось или было неэффективным	13,6	38,5	42,5	59,5

Таблица 4

Применяемый метод контрацепции женщинами из обследованных групп, %

Данные анамнеза: контрацепция	Контрольная группа (22 женщины)	I гр. - легкое течение КС (52 женщины)	II гр. - средняя степень тяжести КС (40 женщин)	III гр. - тяжелое течение КС (42 женщины)
1. Применяли, всего:	76,1	75,0	72,5	76,2
2. Преобладающий метод:				
- ритм-метод	13,6	21,2	37,5	33,3
- прерванный половой акт	4,5	17,3	17,5	21,4
- химический метод	0	5,8	2,5	0
- механический	9,1	17,7	12,5	14,3
- ВМС	40,1	7,7	5,0	2,4
-гормональные препараты	18,2	5,8	2,5	4,8

Таблица 5

Особенности в течении предменструального синдрома у обследованных женщин, %

Данные анамнеза: предменструальный синдром	Контрольная группа (22 женщины)	I гр. - легкое течение КС (52 женщины)	II гр. - средняя степень тяжести КС (40 женщин)	III гр. - тяжелое течение КС (42 женщины)
Всего	18,2	53,8	77,5	83,3
в том числе:				
- тяжелое течение	0	7,7	15,0	38,1
- лечение не проводилось или было неэффективным	0	48,1	70,0	80,9

Среди больных с патологическим течением климактерия на бесплодие указали 17,2% (табл. 2), из которых первично бесплодны были 3 пациентки, а у 14,9% бесплодие развилось вторично. До 18 лет первая беременность наступила у 9,7%, от 18 до 26 лет - у 73,1%, старше 26 лет - у 14,9%; однако лишь у 37,7% она закончилась родами (в III группе только у 23,8%), у 53,7% ее исходом был медицинский аборт и у 6,7% - спонтанный выкидыш. Среднее количество беременностей, происходящее на одну пациентку с патологическим климактерием, оказалось 5,12 (в группе с тяжелым КС - 5,31), родов - 1,72, медицинских аборт 2,91 (3,31 - у женщин с тяжелым течением). У 44% было 5 - 8 беременностей, более 8 - у 14,9% (в III группе - у 24,8%). Патологически беременность протекала у 77,6%; у 52,2% - с ранним токсикозом, у 33,6% - с ОПГ-гестозом и у 33,6% - с угрозой прерывания. Выкидыши (в различные сроки беременности) отметили 15,7%, досрочные роды - 14,9%. У 41,8% роды осложнились аномалиями родовой деятельности, кровотечениями, угрозой асфиксии плода и пр., 19,4% родоразрешились путем кесарева сечения. Послеродовые осложнения возникли у 44,0%, наиболее частыми из них были гнойно-септические (у 21,6%) и кровотечения (у 18,7%). На осложненные медицинские аборт

ты указали 58,2% обследуемых с патологическим климактерием (66,7% - из III группы): на кровотечение - 33,6% и 38,1% - на гнойно-септические заболевания.

Большинство (85,1%) пациенток с КС (73,1, 90,0 и 95,2% - соответственно из I, II и III групп) перенесли воспалительные гинекологические заболевания (табл. 3): кольпиты, аднекситы и метроэндометриты - соответственно 71,6, 39,6 и 31,3%, причем частые обострения (1 раз в год и чаще) возникали у 41,8%, а у 46,3% (при тяжелом КС - у 59,5%) лечение не проводилось или было неэффективно.

Из обследуемых I-III групп контрацепцию не использовали 23,9% (табл. 4), а у остальных женщин преобладал один из следующих методов: ритм-метод - у 29,8%, прерванное половое сношение - у 18,7%, механический метод - у 14,9%, использование внутриматочной спирали - у 5,2%, оральная контрацепция - у 4,5% и химический метод - у 3,0%.

На существование предменструального синдрома указали 70,2% больных (в I, II и III группах соответственно - 53,8, 77,5 и 83,3%), причем у 19,4% (а в группе с тяжелым КС - у 38,1%) имелось тяжелое течение (появление 5 - 12 резко выраженных симптомов за 3 - 14 дней до менст-

руации). У большинства (87 из 94 женщины) лечение было мало эффективным или не проводилось (табл. 5).

Таким образом, проанализировав анамнестические особенности, выявленные у больных с патологическим климаксом по сравнению с женщинами, имеющими физиологическое течение климактерия, можно выделить следующие неблагоприятные факторы акушерско-гинекологического анамнеза, которые, обуславливая нарушения функций или поражения различных звеньев репродуктивной системы способствуют возникновению и прогрессированию КС: исходно "неблагополучное" состояние репродуктивной системы к моменту становления менструальной функции (позднее менархе, длительное установление менструального цикла); частые и продолжительные нарушения менструальной функции в репродуктивном периоде: длительно существующий предменструальный синдром; частые беременности, превалирование медицинских абортотерапий над родами (в том числе как исхода первой беременности), в результате недостаточности использования эффективных методов контрацепции; патологическое течение беременности и родов; кровотечения и гнойно-септические осложнения в послеродовом и послеабортном периодах; воспалительные заболевания генитального аппарата, протекающие хронически и часто обостряющиеся.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов И.И. Клиническое значение регулирующих систем. Актовая речь. Свердловск: Изд. УГМА. 1976. С.17-21.
2. Вихляева Е.М. Климактерический синдром: Гинекологическая эндокринология/ Под ред. К.Н.Жмакина. М.: Медицина, 1980. С.105-134.
3. Крымская М.Л. Климактерический период. М.: Медицина, 1989. С.154-170.
4. Менопаузальный синдром. Клиника, диагностика, профилактика и заместительная гормональная терапия./Под ред. В.И.Кулакова, Е.М.Вихляевой. М.: Медицина, 1996. С.2-16.
5. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А. и др. Климактерический синдром. М.: Медицина, 1988. 288 с.

УДК 618.31-06:618.177]-071

И.И. Бенедиктов, М.К. Киселёва,
С.Е. Иощенко

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СЕМЕННОЙ ЖИДКОСТИ МУЖЧИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ В БРАКЕ

Уральская государственная медицинская академия и лаборатория проточной цитометрии ОПАБ, г. Екатеринбург

Известно, что генеративная функция в супружеской паре определяется как женскими, так и мужскими факторами. Последние, при разных видах нарушения репродукции, выявляются реже женских. В связи с этим решение проблемы фертильности имеет преимущественно одностороннюю направленность на женщин, что не способствует снижению частоты патологии репродукции. Поэтому поиск новых факторов, участвующих в генеративном процессе человека и обеспечивающих рождение здорового потомства является важным и необходимым [3,6].

Лабораторное обследование является основным в определении фертильности мужчин. Анализ спермы, как способ оценки функции гаметогенеза в яичках, изучения физиологии сперматогенеза, транспорта сперматозоидов, а также влияния различных неблагоприятных факторов на эти процессы, остаётся одним из первостепенных методов. Особые затруднения возникают при диагностике у мужчин с незначительными изменениями в спермограмме. Необходимо иметь в распоряжении практические тесты для клинической оценки способности мужчин к полноценному зачатию, особенно, когда в эякуляте обнаруживается достаточная подвижность сперматозоидов и преобладание морфологически нормальных форм [2,4,5,10].

С применением метода проточной цитометрии были изучены пробы эякулятов 68 мужчин, обследовавшихся в связи с бесплодием, невынашиванием, эктопическими беременностями в браке. Кроме того, семенная жидкость исследовалась общепринятыми методами: определялись объём, рН, концентрация сперматозоидов, проводилась микроскопия пробы. Показатели рутинных спермограмм колебались у обследованных в пределах от 1 до 4 баллов по Дубиничу [1].

Используемая методика с применением проточного цитометра основана на свойствах флуорохрома акридина оранжевого (АО) давать зелёную флуоресценцию при связывании с