генетически запрограммированными и имеют строгую закономерность, которая находится в зависимости от стадий внутриутробного развития.

К вопросу о развитии женского бесплодия по данным центра планирования семьи и репродукции Астраханской области

А.А. Молдавская, Д.С. Бондаренко
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Одной из главных задач нашего исследования явилось выявление больных с бесплодием за 2002 год. Число женщин, взятых на учет, первично составило 233. После проведенного лечения диагностировано 96 беременностей от числа женщин всей диспансерной группы. Таким образом, эффективность лечения, как соотношение числа первично обратившихся к числу наступивших беременностей, составила 41%. По данным отечественных и зарубежных авторов, различают первичное, вторичное бесплодие, абсолютное и относительное. Первичное бесплодие имеет место у женщин, у которых ни разу не было беременности при браке, продолжительность которого – более 2 лет. Вторичное бесплодие возникает после родов, абортов, внематочной беременности. Под абсолютным бесплодием подразумевают такое состояние, при котором в организме мужчины или женщины имеются нарушения, исключающие возможность зачатия (отсутствие половых желез, матки и т.д.).

Бесплодие считают относительным, если причина, вызвавшая его, может быть устранена при соответствующем лечении. К наиболее частым причинам бесплодия у женщин относятся воспалительные заболевания половых органов, непроходимость труб при гонорейном сальпингите. Бесплодие часто возникает после аборта или патологических родов. Туберкулезное поражение придатков матки имеет меньший удельный вес среди других инфекций. При сальпингитах бесплодие связано с образованием рубцов и спаек, нарушающих проходимость труб. Бесплодие эндокринного происхождения обычно сопутствует тяжелым формам заболеваний желез внутренней секреции. Причиной могут быть также так называемые первичные патологические процессы в яичниках. К первичному поражению яичников, ведущему к бесплодию, можно отнести такие патологические процессы, как дисгенезия гонад, аплазия и выраженное недоразвитие (гиплоплазия) яичников, некоторые формы склерокистоза яичников, поражение фолликулярного аппарата в результате перенесенных инфекционных заболеваний и интоксикаций, особенно в детском возрасте.

Механизм возникновения бесплодия при поражении яичников сводится к отсутствию овуляции и снижению синтеза гормонов яичника, необходимых для нормального созревания яйцеклетки.

Изменения, вызывающие бесплодие, могут возникнуть вторично в связи с заболеваниями гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, гипоталамуса. Акромегалия, микседема, выраженный гипертиреоз, тяжелая форма сахарного диабета, нарушения оплодотворения являются факторами риска, ведущими к возникновению бесплодия.

Травмы и аномалии развития половых органов, нарушения иммунологического статуса могут служить причиной бесплодия.

Таким образом, изучение различных факторов риска, приводящих к возникновению бесплодия, необходимо в плане актуальности поставленных задач по эффективности лечения женщин, страдающих бесплодием. Поэтому эта проблема является не только медицинской, но и социальной.

Пародонтологический статус больных с системным остеопорозом, развившемся на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта

Мухамеджанова Л.Р., Галеев И.М.
Казанский государственный медицинский университет, Казань

В последние годы внимание клиницистов - стоматологов привлекают вопросы влияния системного остеопороза на течение хронических воспалительных заболеваний пародонта, в частности хронического генерализованного пародонтита (ХГП). Известно, что системный (вторичный) остеопороз может быть вызван многими причинами (гормональные нарушения, заболевания почек, костного мозга), в том числе и заболеваниями желудочно – кишечного тракта (Б. Лоренс, Л. Джозеф Мелтон, 2000). Литературные данные свидетельствуют о влиянии мальабсорбции на костный метаболизм (Herber E. 1994). Риск развития остеопороза велик у пациентов, длительно страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (Shiomi K., 1992). Хроническое воспаление слизистой оболочки желудочно – кишечного тракта способствует снижению всасывание кальция и пищевого витамина Д с развитием стеатореи или без нее (Frame G., Parfitt A., 1978). Гипокальциемия ведет к активизации паращитовидных желез (Averette H.E., 1990). Результатом этих комплексных нарушений является остеомаляция или остеопороз.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей пародонтологического статуса больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

Было обследовано 78 больных (40 мужчин и 38 женщин) в возрасте от 28 до 52 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение городской клинической больницы № 1 г. Казани с диагнозом язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Все обследуемые разделены на 3 группы в зависимости от длительности течения заболевания: 1 гр. (26 чел) –от 10 до 15 лет; 2 гр.(24 чел) – от 5 до 10 лет, 3 гр. (28 чел) - до 5 лет. Диагноз был верифицирован эндоскопически. Диагностику системного остеопороза проводили методом ультразвуковой эхоостеометрии на аппарате Sunlight Omnisenge TM 7000 S. О состоянии костной ткани челюстей судили по данным спиральной компьютерной томографии (Somatom spiral HP).

Результаты исследования плотности костной ткани середины тела большеберцовой кости выявили