

только течение демографических процессов влияет на здравоохранение и во многом определяет его политику, но и сама тактика и стратегия здравоохранения, в свою очередь, оказывают значительное влияние на структуру и темпы демографических процессов. В силу этого обстоятельства усилия медиков, направленные на укрепление здоровья женщин, могут и должны стать существенным фактором социального управления демографическими процессами, важным моментом в проведении комплексной активной демографической политики.

Учитывая все вышесказанное, мы сочли необходимым провести анализ гинекологической заболеваемости в районах Астраханской области за 1998-2002 гг.

По районам Астраханской области гинекологическая заболеваемость была достаточно вариабельна. Так, аднексит встречался чаще всего в Наримановском (26,2%), и Камызякском (21,3%) районах. Особенно высокой была заболеваемость аднекситом в Харабалинском районе (37,9%). При этом в Наримановском, Красноярском (20,2%) и Харабалинском районах также наблюдалась высокая заболеваемость эндометритом (от 15,1% до 26,5%), тогда как в Камызякском районе заболеваемость эндометритом была сравнительно низкой (7,5%).

Самая низкая заболеваемость аднекситом наблюдалась в Черноярском (7,4%) и Енотаевском (5,8%) районах. При этом эндометрит в Черноярском районе встречался гораздо реже (7,0%), чем в Енотаевском, где наблюдалась самая высокая заболеваемость по данной нозологической форме (17,9%).

В Лиманском, Володарском, Ахтубинском, Икрянинском районах заболеваемость аднекситом варьировала от 17,1% до 12,2%. Эндометрит в данных районах встречался от 15,1% до 10,5%. Исключение составлял Володарский район, где заболеваемость эндометритом была соответственно 6,1% и 6,2%.

По частоте встречаемости эндометриоза все районы области можно условно разделить на четыре группы. В первую группу входят районы, где заболеваемость эндометриозом составляла меньше одного процента. Это Наримановский (0,8%) район. Ко второй группе относятся районы, где заболеваемость данной патологией не превышала 3%. Это Ахтубинский (2,8%), Икрянинский (2,6%) и Черноярский (2,1%) районы. Третью группу составили районы, где эндометриоз составлял до 4% всей гинекологической патологии. Сюда вошли Камызякский (3,8%) и Енотаевский районы. В последнюю – группу вошли районы, где заболеваемость эндометриозом была выше 4%. Это Харабалинский (4,2%), Лиманский (4,6%), Приволжский (5,6%) и Красноярский (7,2%) районы.

Таким образом, можно сказать, что гинекологическая заболеваемости имеет свою специфику в зависимости от региона области.

АНАЛИЗ ОТНОШЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К СОСТОЯНИЮ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

Лобжанидзе Н.В.

Астрахань

Здоровье людей вообще и женщин в частности не только объект системы здравоохранения, это и важная социально-демографическая характеристика. Поскольку здоровье (жизнеспособность) не застывшее состояние, а динамичный процесс, который зависит от связи и отношений между отдельными поколениями, а также испытывает непосредственное воздействие условий и образа жизни, постольку его следует рассматривать в развитии, т. е. в ходе изменения его вследствие воздействия различных медико - биологических и социальных факторов.

Мы провели анкетирование пациенток с гинекологическими заболеваниями, направленных на обследование в областной перинатальный центр и госпитализированных в гинекологическое отделение областной клинической больницы №1 г.Астрахани за изучаемый период с 1999г по 2004г. с целью анализа их отношения к состоянию собственного здоровья. При составлении анкеты мы учитывали частоту обращения к гинекологу, причины редкого обращения к специалисту, качество прохождения обследования, санаторно-курортное лечение, нагрузки во время менструаций, отношение к одежде и контрацепции. Все анкетируемые были разбиты на две группы: городские и сельские пациентки.

При анализе отношения гинекологических больных к состоянию собственного здоровья, можно сказать, что большинство городских и сельских пациенток не проходит профилактических осмотров у гинеколога и обращается к специалисту только в случае заболевания. Среди причин редкого обращения к гинекологу 43% городских женщин отметили «не читаю нужным», большинство сельских пациенток (72%) не доверяли местному врачу, около 50% как городских, так и сельских пациенток указали как причину редких визитов к гинекологу стеснение. Среди других причин редкого обращения 2% указали нехватку времени.

46,7% городских и 68,5% сельских пациенток не пользуются больничным листом во время гинекологических заболеваний, подавляющее большинство женщин не проходит санаторно-курортного лечения из-за отсутствия средств и времени.

Большинство городских пациенток старались ограничивать физические нагрузки во время менструаций, тогда как среди сельских женщин такой практики не наблюдалось. Среди сельских пациенток 36,8% женщин не знали, что физические нагрузки во время менструаций необходимо ограничивать, 10% не считали нужным, а 23% не имели такой возможности. Обе группы больных предпочитают хлопчатобумажное белье синтетическому, причем, большинство сельских пациенток в холодное время года в отличие от горожанок, носит теплое белье.

Многие обследуемые нами городские и сельские пациентки использовали сразу несколько видов контрацепции. Так, больше половины городских пациен-

ток использовали различные таблетированные средства контрацепции (65,2%-68,9%). Среди сельских пациенток этот вид контрацепции пользовался гораздо меньшей популярностью (22,3%), зато эта группа пациенток часто использовала перерыв в половой жизни во время «опасных дней» (65,7%-77,8%). Спирально, как средством контрацепции пользовалось 15,5% городских и 9% сельских пациенток. Презервативы используют 46% городских и вдвое меньше сельских пациенток (24%). В 1999г. 17,2% городских и 21,1% сельских пациенток не применяли никаких средств контрацепции. К 2003г. это число уменьшилось у городских женщин до 12,7%, а у сельских до 19,9%.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СПЕРМАТОЗОИДОВ ПРИ ТРИХОМОНИАЗЕ

Луцкий Д.Л., Николаев А.А.,
Луцкая А.М., Николаев А.А.
*Астраханская государственная
медицинская академия,*

*Областной кожно-венерологический диспансер,
Научно-диагностическая
лаборатория ООО «Техномед»,
Астрахань*

Проведен морфологический анализ эякулятов 89 субфертильных пациентов (средний возраст – 28,6±2,4 года), страдающих хроническим трихомониозом и, в качестве контроля, 92 субфертильных пациентов (средний возраст – 28,1±2,5 года), не страдающих хроническим трихомониозом.

Диагностика трихомониоза проводилась методом непрямой иммуофлуоресценции (люминесцентный микроскоп «Микмед-2 вар.12», ЛОМО, Санкт-Петербург, Россия), с использованием коммерческих диагностических наборов (диагностические наборы «ТрихоСкан», ООО «ЛАБдиагностика», Москва, Россия). Для верификации диагноза использовали культуральный метод (питательные среды для выделения трихомонад фирмы «Bio-Rad», Франция). Для исключения микст-инфекций использовали разработанные нами методики (Луцкий Д. Л., Николаев А. А. и совт. патент №2196991 от 20 января 2003 г., патент №2237899, от 10 октября 2004 г., патент №2242000, от 10 декабря 2004 г.). Для морфологического исследования сперматозоидов применялся микроскоп «Микмед-2 вар.2» (ЛОМО, Санкт-Петербург, Россия).

Исследования проводились на базе научно-диагностической лаборатории ООО «Техномед» (Астрахань, Россия).

В группе субфертильных пациентов, страдающих хроническим трихомониозом тератозооспермия выявлена в 16,85 % случаев, а в группе субфертильных пациентов, не страдающих хроническим трихомониозом (контроль) в 17,39 % случаев.

Сочетание морфологических изменений сперматозоидов с другими формами патоспермии (олигоастенозооспермия) в группе субфертильных пациентов, страдающих хроническим трихомониозом, выявлено в 19,1 % случаев, а в группе субфертильных па-

циентов, не страдающих хроническим трихомониозом (контроль), выявлено в 16,3 % случаев.

Достоверных отличий в частоте встречаемости тератозооспермии при хроническом трихомониозе нами выявлено не было.

Для более детального анализа проведено исследование частоты встречаемости различных дефектов головки, шейки и хвоста сперматозоидов. Выявлены следующие варианты дефектов: головки – микро-, макро-, вытянутая, круглая, аморфная, гиперхромная, двухголовые; шейки – вытянутая, углом; хвоста – короткий, удвоенный. Преобладающих дефектов сперматозоидов, характерных для хронического трихомониоза, выявлено не было.

Далее нами был произведен расчет индекса тератозооспермии по формуле, рекомендованной экспертной группой ВОЗ лабораторному исследованию эякулята человека.

Расчет показал, что индекс тератозооспермии в группе субфертильных мужчин, страдающих хроническим трихомониозом составил $1,87 \pm 0,24$, что достоверно выше, чем в группе субфертильных пациентов, не страдающих хроническим трихомониозом $1,31 \pm 0,14$, а, как известно, при значении индекса тератозооспермии превышающем 1,6 оплодотворяющая способность сперматозоидов является не удовлетворительной.

Таким образом, хронический трихомониоз приводит к увеличению индекса тератозооспермии, что снижает фертильность сперматозоидов, что в свою очередь может являться причиной бесплодия у мужчин.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НЕФИКСИРОВАННЫМИ КОМБИНАЦИЯМИ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Маль Г.С., Шанин П.В., Павленко Е.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

Программу лечения больных гипертонией составляет максимальное сокращение риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. В зависимости от уровня артериального давления ли отсутствия осложнений лечение нужно начинать или с низких доз одного препарата или с низких доз комбинаций двух лекарств. В большинстве случаев необходимо проводить комбинированное лечение с применением целого ряда препаратов.

На выбор врача влияет много факторов: предыдущий опыт приема больным гипотензивных средств, цена лекарства, характер риска, наличие или отсутствие повреждения органа - мишени, наличие других заболеваний, которые могут поддерживать или ограничивать применение гипотензивных препаратов.

Преимуществами комбинированной гипотензивной терапии является то, что оба препарата можно применять в малых дозах, что не даст побочного действия, из-за различных механизмов действия увеличивается вероятность того, что осложнения повыше-