

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 трихомониазом и, в качестве контроля, 92 субфертильных пациентов (средний возраст – 28,1±2,5 года), не страдающих хроническим трихомониазом.

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

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

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

Достоверных отличий в частоте встречаемости тератозооспермии при хроническом трихомониазе 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 трихомониаза, 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 трихомониазом составил $1,87 \pm 0,24$, что достоверно выше, чем в группе субфертильных пациентов, не страдающих хроническим трихомониазом $1,31 \pm 0,14$, а, как известно, при значении индекса тератозооспермии превышающем 1,6 оплодотворяющая способность сперматозоидов является не удовлетворительной.

Таким образом, хронический трихомониаз 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-