

(1977 г.) до 42% (1980 г.). Выявляется значительный рост эшерихий гемолитических с 13,53% (1977 г.) до 27% (1980 г.), причем более всего не чувствительных к антибиотикам, а в 18,9% случаях бактериальная флора мало или вовсе не чувствительна к антибиотикам.

Таким образом, в бесплодном браке немаловажную роль имеет хронический неспецифический эндометрит, морфогенез которого выражается преимущественно коллагеновым превращением эндометрия. Нарастающая частота хронического бактериального маточного носительства, увеличение бактериальной флоры мало или вовсе не чувствительной к антибиотикам, определяет проблему патогенетического лечения бесплодного брака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. М., 1978.
2. Бодяжина В. И., Железнов Б. И. Акуш. и гин., 1979, № 7, с. 3—8.
3. Бодяжина В. И. и соавт. Акуш. и гин., 1976, № 4, с. 12—16.
4. Гармашева Н. Л., Константинова Н. Л. Введение в перинатальную медицину. М., 1978.
5. Красовский Е. Б., Махова Е. Д. Акуш. и гин., 1980, № 10, с. 53—55.
6. Розовский И. С. Диагностика бесплодия, М., 1961.

*Н. А. ТРОНЬ, Т. П. ЕВДОКИМОВА, Г. И. ОШКИНА,
С. В. БАТЫРШИНА, Г. И. БАРДЫЧЕВА*

К ПАТОГЕНЕЗУ БЕСПЛОДИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГОНОРЕИ

Многочисленные исследования посвящены роли гонорейной инфекции в развитии трубного бесплодия. В настоящее время указывается на уменьшение случаев бесплодия у женщин, перенесших гонорею, с 80—93% до 45,7—48,7% [1, 2, 6, 7]. Эти данные в основном касаются трубного генеза бесплодия при гонорее. Внедрение диспансерных методов обслуживания больных, обеспечивающих своевременность терапии, широкое использование активных противогонорейных препаратов, иммунотерапии — создали условия для более эффективного лечения гонорей, уменьшения числа восходящих воспалительных заболеваний и их осложнений, а потому и снижения частоты трубного бесплодия.

Относительно же изменения гормональной функции яичников при восходящей гонорее и после нее имеются немногочисленные исследования. Так, Е. В. Молжанинова и Б. В. Ентин [3] диагностировали нарушения полового цикла у 48,8% обследованных женщин, перенесших восходящую гонорею. В этом же плане заслуживает внимания и работа Л. В. Ситарской [9], которая пишет не только о последствиях гонорей — гормональным тене-зе бесплодия, но и связывает бывшую до заболевания гормональную активность яичников с последующим клиническим проявлением гонорейного процесса. Получены интересные данные: гипогормональный фон, видимо, снижая рецептивность тканей и иммунологическую сопротивляемость их к инфекции, тем самым обуславливал торпидные свежие формы и хроническое течение заболевания. Об изменении гормональной активности яичников до заболевания судили по анамнестическим данным о менструальной и чадородной функциях.

Что касается гонорей нижнего отдела мочеполового тракта, мы не встретили работ относительно изменения репродуктивной функции у этих больных.

Исследовано всего 76 женщин в возрасте от 17 до 42 лет, из них у 52 была гонорея нижнего отдела, у 24 в анамнезе — восходящая гонорея. Большинство из них имели этиологическую излеченность, лишь у четырех в процессе обследования выделен гонококк. Все больные жили регулярной половой жизнью в браке или вне его. Радикальных мер по предохранению от беременности не применяли.

Для выяснения патогенеза бесплодия у женщин, перенесших различные клинические формы специфической гонорейной инфекции, проводилось следующее обследование: 1) тщательный анализ данных о менструальной и чадородной функциях до и после болезни; 2) для констатации трубной непроходимости или наличия спаечного процесса в малом тазу, что также свидетельствует и о восходящей форме гонорей, мы проводили гистеросальпингографию; 3) для уточнения гормональной функции яичников обследовали больных с применением тестов функциональной диагностики: гормональной кольпоцитологии с подсчетом КПИ, теста арборизации, теста Голубевой, ректальной температуры; 4) для уточнения состояния эндометрия после перенесенной гонорей параллельно с вышеуказанными тестами гормональной диагностики проводили гистологическое исследование его; получали эндометрий для исследования аспирационным методом.

Анализируя анамнез женщин первой группы, т. е. имевших гонорею нижнего отдела, удалось выяснить, что период становления менструаций и дальнейший их характер до заболевания был изменен у 19 из 52 женщин; как патологию мы рассматривали не только аномалию менструальной функции, но и возраст менархе. По такому анализу трудно предположить, в каких случаях был гипогормональный фон, в каких гипергормональный, можно лишь констатировать аномалию функции яичников, не связывая ее с определенной клинической картиной. У них имелся острый или торпидный процесс гонореи нижнего отдела.

После заболевания гонореей в этой локализации у четырех женщин (8%) отмечено изменение менструальной функции и у трех из них — с наклоном к гипоменструальному синдрому.

Репродуктивная функция у женщин, перенесших гонорею нижнего отдела, страдала также наглядно. Так, в этой группе (52 женщины) до заболевания имели беременность 28 человек, после болезни лишь 10 женщин.

Проведенная гистеросальпингография показала, что у 12 женщин из 52, перенесших гонорею нижнего отдела, трубы были непроходимы, частично проходимы у 7; наличие спаечного процесса в малом тазу при проходимых трубах констатировано у 16 женщин.

Функция яичников у больных этой группы также довольно часто была патологической: овуляторные неполноценные циклы определялись у 27 женщин, из них у 21 был гипогормональный овуляторный цикл, а у 6 с недостаточностью II фазы, ановуляторные гипогормональные циклы диагностированы у 9 женщин.

Эти данные, полученные нами при обследовании больных после перенесенной клинической формы гонореи, как гонореи нижнего отдела, не только констатируют смешанный генез бесплодия у этой группы женщин, но и дают определенную информацию для размышления о корреляции клинической картины гонореи и данных патоморфогенеза. Наличие спаечного процесса в малом тазу, непроходимых труб после заболевания, изменение функции яичников — эти патологические морфо- и функциональные изменения свидетельствуют о том, что наблюдалась ошибка в диагностике формы гонореи по клинической картине почти в половине случаев. Последнее, видимо, объясняется сниженной реактивностью полового аппарата вследствие ряда причин — гипогормональный фон, врожденная индивидуальная особенность рецепторного аппарата, дефект иммунной системы,

а также изменение биологических свойств и самого гонокоска и т. д.

Это — новая проблема, мы в своем исследовании лишь констатируем факт несовпадения патоморфогенеза и клинической картины заболевания. Именно этим объясняется столь значительное изменение и менструальной, и детородной функций после перенесенной клинической гонорей нижнего отдела, когда, казалось бы, и не должно наблюдаться осложненных форм с вовлечением в процесс внутренних гениталий.

В группе 24 женщин, в анамнезе с восходящей гонореей, аномалия менструальной функции до заболевания имела место у 8 женщин, из них отмечены гипоменструации у двух больных, у трех наблюдались гиперполименореи, три женщины имели болезненные менструации. После перенесенного заболевания у 9 женщин изменился характер месячных, причем у 7 возникли проявления гипоменструального синдрома, а у двух — явления меноррагии. В группе восходящей гонорей до заболевания беременности имели 16 женщин, после болезни беременности были лишь у трех женщин, одна из которых имела нормальные роды, одна преждевременные роды мертвым плодом и еще у одной женщины беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. Генез бесплодия при восходящей гонорее бесспорно смешанный и связан с поражением внутренних половых органов. Об этом говорят данные обследования. В этой группе из 24 человек у 9 женщин трубы были полностью непроходимыми, частично проходимыми были у трех, проходимыми с наличием спаечного процесса в малом тазу у трех женщин. У 9 женщин спаечной патологии труб и малого таза не выявлено.

Полученные нами данные позволяют согласиться с мнением некоторых авторов [4, 5], что восходящая гонорея не всегда заканчивается двусторонней полной облитерацией труб, бывают односторонние аднекситы; более того, правильно и вовремя проведенное лечение почти полностью может реабилитировать эту группу больных — сохранить полноценной морфологию и функцию половой системы. Говоря о последней, мы констатировали факт частого нарушения функции пораженных яичников у 18 женщин из 24 обследуемых, из них 12 имели овulatoryные гипогормональные и 6 — ановуляторные гипогормональные циклы. Вместе с тем, отмечаем, что у 6 женщин был нормальный половой цикл после своевременного и полноценного лечения восходящей гонорей.

Таким образом, гонорейный процесс, особенно в тазовой локализации, поражая трубы, яичники и эндометрий, осложняет или усугубляет специфические биологические женские функции — менструальную и зачаточную. В большинстве своем нарушения менструальной функции проявляются в виде гипоменструального синдрома, а имеющееся бесплодие носит смешанный характер — трубный или гормональный, или сочетание обоих патологий. Однако случаи диагностирования нормального морфологического и функционального состояния внутренних гениталий, даже после восходящей гонореи, должны стимулировать специалистов венерологов и гинекологов к разработке мер полноценной реабилитации этой группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куцевич Л. Д. Частота бесплодия при разных формах хронической гонореи у женщин. Научн. записки. Вып. 28, 1969, с. 215—218.
2. Майзель Е. П. Клиника и терапия бесплодия женщин. Л., 1965.
3. Молжанинов Е. В., Ентин Б. В. Тезисы докладов IV республиканского съезда дермато-венерологов УССР, Харьков, 1980, с. 87—89.
4. Овсянникова Р. Д. В кн.: Патогенез и терапия кожных и венерических болезней. Вып. 32, Горький, 1974, с. 129—132.
5. Ситарская Л. В. В кн.: Дерматология и венерология. Киев, 1973, вып. 8, с. 155—159.
6. Туранова Б. Н. Вестник дерматологии и венерологии, 1964, № 10, с. 69—71.
7. Частикова А. В. Восходящая гонорея. Метод реком., Горький, 1973.
8. Частикова А. В. Сб. трудов института. Вып. 3, Горький, 1974, с. 124—129.
9. Частикова А. В. Акуш. и гинеко., 1971, № 11, с. 73—75.

О. А. КАСЮКОВА

ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВОЧЕК, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ, В ПРОГНОЗЕ ИХ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Полноценность генеративной функции женщины определяется целым рядом врожденных и приобретенных на протяжении жизни особенностей, главными из которых являются состояние здоровья матерей, антенатальное развитие, срок и течение родов, состояние здоровья в детстве, препубертатном и пубертатном периодах [2, 3, 4, 5, 6, 8]. Особого внимания в прогнозе генеративной функции женщины заслуживает пубертатный период, характеризующийся выраженной функциональной напря-