Таким образом, гонорейный процесс, особенно в тазовой локализации, поражая трубы, яичники и эндометрий, осложняет или усугубляет специфические биологические женские функции — менструальную и чадородную. В большинстве своем нарушения менструальной функции проявляются в виде гипоменструального синдрома, а имеющееся бесплодие носит смешанный характер — трубный или гормональный, или сочетание обеих 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. Кунцевич 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 гинек., 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-

женностью и повышенной лабильностью еще не созревшей системы регуляции половой функции [1, 7].

Известно также, что преждевременные роды и недонашивание осложняют течение препубертатного периода, а осложнения последнего становятся причиной акушерско-гинекологической патологии в дальнейшем.

На основании сказанного, мы решили изучить особенности пубертатного развития девочек, родившихся недоношенными, и оценить их прогностическую роль в состоянии генеративной функции женщины в будущем.

В исследуемую группу вошли 108 девочек в возрасте от 8 до 19 лет, родившихся недоношенными. У 52 из них матери страдали различными эндокринопатиями, ставшими причиной преждевременных родов. Недоношенность остальных 56 девочек была связана с негормональными факторами (различными заболеваниями матери во время беременности, изосерологической несовместимостью крови матери и плода, хромосомными аномалиями плода и др.).

Родились с легкой степенью недоношенности 76,8% девочек; со средней—16,6% и 6,6%—с глубокой степенью недоношенности. Их средняя масса была соответственно равна 2280±20 г, 1790±56 и 1310±61 г.

При обследовании в пубертатном периоде изучены анамнестические данные матерей и рожденных ими девочек, проанализированы данные антропометрии, полового развития, становления менструальной функции. Состояние гипоталамо-гипофизарной системы оценивалось по содержанию лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ) гормонов в плазме крови и по результатам краниорентгенограмм. Гормональная функция яичников определялась по тестам функциональной диагностики, экскреции прегнандиола и основных фракций эстрогенов с суточной мочой; о глюкокортикоидной функции надпочечников судили по выделению 17-оксикортикостероидов (17-ОКС), об андрогенной функции — по экскреции 17-кетостероидов (17-КС). Учитывая проживание обследованных нами девочек в районе зобной эндемии, все они консультированы эндокринологом, и у них исключены нарушения функции щитовидной железы.

В результате обследования установлено, что физическое и психическое развитие недоношенных девочек имело некоторые особенности, обусловленные их преждевременным рождением,

однако в анамнезе у них не было указаний на тяжелую асфиксию или черепно-мозговую травму, которые, вызывая грубые повреждения центральной нервной системы, могли бы повлиять на процессы физического и полового развития в дальнейшем. Заболеваемость острыми инфекциями также практически не отличалась от таковой у доношенных сверстниц.

Установлено, что у половины девочек препубертатного возраста физическое и половое развитие отстает, часто формируется астенический и инфантильный морфотипы, тестами функциональной диагностики не выявляется циклическая деятельность яичников, выделение эстрогенов ниже возрастных норм, а уровень и динамика секреции ЛГ и ФСГ не соответствует стадии полового созревания.

Однако с возрастом темпы физического и полового развития несколько ускоряются, но не исчезает их асинхронность. Хотя средний возраст менархе недоношенных девочек достоверно выше, чем доношенных сверстниц, (13,0 по сравнению с 12,3 годами), темп полового созревания остается только средним [2]. Из 42 девочек, менструирующих не более двух лет, 7 страдали ювенильными кровотечениями, у 8 менструации постоянно были редкими и скудными, у 3 наблюдалась альгодисменорея.

По мере увеличения менструального возраста обследованных не происходит нормализации менструальной функции, напротив, частота ее нарушений возрастает: из 45 девочек, менструирующих более двух лет, 8 менструируют нерегулярно, а у 6 наблюдаются ювенильные кровотечения, у 14 девочек — гипоменструальный синдром. Существенно, что патология менструальной функции чаще наблюдается у девочек, имеющих астенический, инфантильный морфотипы или значительное отставание размеров костного таза. Кроме того, у 3 девочек с клинически нормальным течением пубертатного периода специальными методами исследования установлена дисфункция гипоталамо-гипофизарной системы, а у 5 девочек — стойкие ановуляции и снижение эстрогенной насыщенности организма. Эти изменения расценены нами как эндокринопатии, могущие в дальнейшей жизни проявиться клинически под воздействием каких-либо отрицательных факторов.

Эстрогенная функция яичников и андрогенная функция надпочечников у девочек, менструирующих более двух лет, снижена и не нарастает с возрастом. Напротив, по мере увеличения менструального возраста недоношенных девочек экскреция эстрогенов с суточной мочой снижается, что может свидетельство-

вать о формирующейся стойкой гипофункции яичников. Нарушена также и динамика содержания ЛГ и ФСГ в периферической крови: отсутствует цикличность, снижен уровень базальной секреции, отдельные пики носят хаотический характер.

Полученные лабораторные и клинические данные позволяют думать о преимущественно гипоталамо-гипофизарном генезе выявленной гипофункции яичников девочек, родившихся недоношенными. Надо отметить, что нарушения менструальной функции у девочек, родившихся недоношенными, не были спровоцированы острыми инфекционными заболеваниями, обострением соматических болезней, физическим или психическим перенапряжением. Роль «разрешающего» фактора, по-видимому, сыграл пубертатный период, то есть именно момент включения и начала формирования регулирующей системы. Согласно нашим исследованиям, патогенез выявленных отклонений полового созревания и менструальной функции у этих девочек связан с их преждевременным рождением и во многом зависит от незрелости центральных звеньев регулирующей половую функцию системы.

Следовательно, девочки, родившиеся недоношенными, представляют группу риска в плане формирования у них гипофункции яичников уже с самых ранних этапов полового созревания, что может стать одной из причин нарушений генеративной функции в зрелом возрасте. Скрыто протекающие эндокринопатии у части девочек, родившихся недоношенными, могут проявиться позднее бесплодием, невынашиванием беременности, патологическим течением родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бенедиктов Д. И. Диагностика и восстановительное лечение синдрома склерокистозных яичников, Свердловск, 1980.
2. Богданова Б. А. Акуш. и гин., 1980, № 3, с. 16—18.
3. Волков И., Маслеева А. Акуш. и гин., 1980, № 9, с. 29—30.
4. Заводова А. С. и соавт. Диспансеризация девочек и девушек с нарушениями полового развития и менструального цикла. Метод-реком. М., 1980.
5. Заяц Я. Д. В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. М., 1973, с. 39—51.
6. Минкина А. И. и соавт. В кн.: Репродуктивная функция в онтогенезе человека. Ростов-на-Дону, 1980, с. 119.
7. Никитин А. И., Савицкий Г. А. Акуш. и гин., 1977, № 8, с. 8—10.
8. Ставицкая А. Б., Арон Д. И. Методика исследования физического развития детей и подростков, М., 1959.