

у них, как правило, не было. На рентгенограммах височных костей выявлялось понижение пневматизации клеток сосцевидного отростка.

Больным проводили хирургическое лечение: при остром гнойном отите — антромастоидотомии и антромастоидэктомии, при хроническом гнойном отите — радикальные операции. Частота осложнений представлена в таблице.

Форма гнойного среднего отита	Общее число больных с 1951 по 1970 г.	Возникновение пареза			
		до операции	во время операции	после операции	всего
Острый	624	22 (3,53%)	—	—	22 (3,53%)
Хронический	2816	36 (1,28%)	8 (0,28%)	9 (0,3%)	53 (1,8%)
Итого	3440	58 (1,69%)	8 (0,23%)	9 (0,26%)	75 (2,18%)

В отношении полного восстановления функции лицевого нерва при парезе отогенного происхождения исход в ряде случаев бывает неблагоприятным, особенно при хронических отитах, осложненных холестеатомой, мастоидитом, однако при раннем хирургическом вмешательстве достигаются и более положительные результаты.

Существует ряд способов хирургического лечения стойких параличей лицевого нерва (декомпрессия, метод нервных анастомозов, метод мышечной пластики и мышечной невротизации, корригирующие операции), но ни один из них не ведет к полному восстановлению проводимости поврежденного ствола лицевого нерва и поэтому не может обеспечить синхронного произвольного движения мимических мышц обеих половин лица.

Из приведенного материала следует, что более легко поддаются лечению послеоперационные парезы лицевого нерва (у всех наступило выздоровление) и парезы, возникающие при остром отите, т. е. в основном инфекционно-токсические. Менее благоприятными следует считать парезы при хронических гнойных отитах и возникающие как осложнение во время операции.

Поступила 8 февраля 1973 г.

УДК 612.663.5

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

А. З. Павлова, Т. А. Каримова

Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ ТАССР (нач. — Б. И. Петров), кафедра микробиологии (зав. — проф. З. Х. Каримова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Бесплодие в семье вызывается рядом патологических изменений либо у одного, либо у обоих супругов. Однако раньше основной виновницей в таких браках считали женщину. В последние годы появилось много работ, в которых авторы указывают, что бесплодный брак в равной степени может зависеть и от мужчины. У 50% мужчин в таких браках наблюдается морфологическая неполноценность спермы (К. Б. Акунц, 1970).

Исследование эякулята целесообразно проводить после 3—7-дневного перерыва в половой жизни. При более длительном воздержании наблюдается увеличение старых форм сперматозоидов, а при недостаточном перерыве появляется большое количество незрелых, «юных» форм.

При изучении эякулята следует в первую очередь определить подвижность сперматозоидов. Среди разнообразных видов движения сперматозоидов (прямолинейно-поступательное, маневренное, маятникообразное и в виде подергивания на месте) для оплодотворения имеет значение только прямолинейно-поступательное.

Эякулят необходимо исследовать через 1, 2, 3, 5 часов после его получения, так как подвижность семенных нитей изменяется.

При исследовании окрашенных препаратов наиболее часто встречаются изменения в области головки и шейки (микро- и макроголовки, неправильное расположение хроматина, деформация шейечного отдела). При далеко зашедших изменениях в ткани

яичка зрелые формы могут отсутствовать, видны только клетки сперматогенеза — начальные формы сперматозоидов. Обнаружение таких клеток позволяет дифференцировать заболевания, связанные с закупоркой семявыносящих путей.

Другой причиной бесплодия может быть наличие антител в эякуляте, которые вызывают либо агглютинацию, либо иммобилизацию, либо деструктивные процессы в сперматозоидах.

Мы исследовали эякулят 167 мужчин, обратившихся по поводу бесплодия, из них 18 страдали импотенцией. На 1-м году супружеской жизни обратились за медицинской помощью 8% пациентов, на 2—3-м году — 57%, на 3—7-м году — 20%, остальные — после 7 лет супружеской жизни. Возрастной состав больных: от 20 до 30 лет — 51%, 30—35 лет — 32%, 35—40 лет — 17%. Во втором браке состояли 17% мужчин, имели детей от других женщин 23%.

Нормоспермия была у 45 обследованных, гипоспермия — у 3, гипоолигоспермия — у 7, выраженная гипоолигоспермия — у 24, олигокинезия — у 48, гипоолигокинезия — у 8, азооспермия — у 8, аспермия — у 20, анизооспермия — у 3.

Из 122 лиц с патологией 44% имели продолжительное время контакт с бензином или другими вредными органическими веществами, токами высокой частоты, подвергались действию радиоактивных веществ. У 23% обследованных в анамнезе детские инфекции (свинка, корь, скарлатина), 11% болели в прошлом гонореей, 6% перенесли травму в область половых органов и поясничной области.

Мы обратили внимание на то, что в некоторых образцах жидкой спермы быстро наступает лизис сперматозоидов, тогда как другие образцы хранятся 20 и более дней. Если причиной лизиса могут быть сперматоантитела или же различные микроорганизмы эякулята, то это имеет значение в судебно-медицинской экспертизе пятен спермы. В доступной нам литературе мы не встретили сведений о воздействии микроорганизмов на антигены спермы.

С целью выяснения вопроса о сохранности сперматозоидов и их антигенных свойств в пятнах при воздействии микроорганизмов мы в эксперименте к 11 штаммам различных микроорганизмов, типичных по своим свойствам, в стерильных условиях добавляли сперматозоиды известных групп системы АВО, полученных от мужчин — «выделителей» группового фактора с нормоспермией. В контроле брали пятно спермы, смоченное физиологическим раствором или сухое пятно спермы. Пробирки хранились при комнатной температуре. Наблюдение мы вели через 1, 3, 5 месяцев.

Наиболее устойчивыми к воздействию микроорганизмов оказались семенные нити группы В (III), в группе А (II) сперматозоиды лизировались при контакте со всеми микроорганизмами, за исключением *Escherichia coli* O-130 и 2 ЧП. Сперматозоиды группы О (I) по степени устойчивости к воздействию микробов занимали промежуточное место. Самым сильным спермолизирующим свойством обладали микробы рода протей и стафилококки. На обнаружение в пятне антигена В микроорганизмы не оказывают заметного влияния. Выявление антигена А снизилось на 2—3 степени поглощения под воздействием микробов рода протей и стафилококков. На антиген О (H) наиболее неблагоприятное влияние оказали *Proteus mirabilis* и *Candida tropicalis*.

Итак, при установлении причин бесплодного брака необходимо одновременное исследование супругов, в первую очередь эякулята мужа. Различные микроорганизмы могут отрицательно воздействовать на сперматозоиды, останавливая движение и подвывая их лизису.

Поступила 8 апреля 1974 г.

УДК 615.477.8:618.396

ЛЕЧЕНИЕ НЕДОНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Канд. мед. наук В. С. Доброневский

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — доц. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Мы наблюдали 33 беременных (12 — в возрасте от 25 до 30 лет, 18 — от 31 до 35 лет и 3 — старше 35 лет), у которых в прошлом были привычные выкидыши на почве истмикоцервикальной недостаточности.

Для диагностики истмикоцервикальной недостаточности мы применяем пальцевое исследование. У всех беременных на сроках от 14 до 28 недель обнаружено укорочение шейки матки, открытие внутреннего зева, а у 10 — пролабирование плодного пузыря.

У 3 женщин было предпринято круговое наложение медной проволоки в полиэтиленовом чехле на уровне внутреннего зева и у 3 — операция Спенди. Это вмешательство кровавое. Рубец, образующийся в области наружного зева, во время родов