

с крупным плодом и незначительным сужением таза. И, наконец, последнее место занимают пространственные несоответствия между плодом и тазом.

При изучении историй родов больных с разрывом матки оказалось, что ни одна из женщин после кесарева сечения не была заблаговременно госпитализирована в роддом, как это следовало. Несомненно, что основная работа по профилактике разрывов матки должна проводиться в женских консультациях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев Е. И. *Акуш. и гинек.*, 1960, 1. — 2. Козбагаров А. А. *Акуш. и гинек.*, 1960, 2. — 3. Персианинов Л. С. *Разрывы матки*. Минск, 1954. — 4. Репина М. М. *Акуш. и гинек.*, 1955, 6. — 5. Туганова А. М. *Акуш. и гинек.*, 1956, 4.

Поступила 28 июня 1960 г.

О ДЕТОРОДНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ВОСХОДЯЩЕЙ ГОНОРЕИ¹

Ст. научн. сотр. А. В. Частикова

Горьковский научно-исследовательский кожно-венерологический институт
(директор — проф. М. П. Батунин)

Мы изучали детородную функцию у женщин, ранее болевших восходящей гонореей и лечившихся в стационарах венерологического института и городского вендиспансера г. Горького. При выявлении бесплодия мы пытались найти его причину. С этой целью у ряда больных мы проводили гистеросальпингографию, исследование мочи на прегнандиол в секреторную фазу (для выявления ановуляторных циклов) и у некоторых больных — пробу Шуварского (на совместимость цервикального секрета и сперматозоидов).

Всего исследовано 150 женщин.

После окончания лечения гонореи до момента исследования прошли разные сроки — от 6 месяцев до 11 лет.

Преобладающее большинство женщин исследовалось через 4—5 лет после заболевания.

К бесплодию мы относили те случаи, когда беременность не наступала в течение 2 и более лет замужней жизни.

В прошлом острая восходящая гонорея была у 25 больных.

При исследовании установлено, что 10 женщин после болезни не жили половой жизнью, две предохранялись, у одной была операция по поводу рака матки, у второй — по поводу фибромы, две женщины были в климактерическом периоде, и у 23 женщин причины бесплодия могли быть другие (негонорейного характера).

Из оставшихся 111 женщин, которые после заболевания жили половой жизнью, 40 (36%) имели беременности, заканчивавшиеся родами или искусственными абортми.

У 67 женщин (61,2%) установлено бесплодие, которое со всей достоверностью следует отнести за счет перенесенного гонорейного заболевания.

У преобладающего большинства женщин, страдающих бесплодием, бимануально отмечались измененные придатки или спайки в полости малого таза, но у 15 женщин (в 22%) при пальпации не было никакой патологии.

Наши наблюдения показывают, что гонорейное заболевание значительно чаще ведет к бесплодию и реже — к внематочной беременности.

У 40 женщин, страдающих бесплодием, проведена гистеросальпингография. Контрастным веществом служил йодолипол, вводимый в количестве 4—6 мл. Осложнений после введения йодолипола мы не наблюдали ни в одном случае.

При гистеросальпингографии мы получили следующие показатели. Обе трубы оказались проходими у 8, обе трубы непроходимы — у 14, одна труба непроходима — у 18 женщин.

Наблюдались случаи, когда контрастное вещество, пройдя трубу, задерживалось в перитубарном пространстве, около ампулярной части трубы. Следовательно, кроме облитерации труб, спаечные изменения в полости малого таза, выразившиеся на рентгенограммах в виде перитубарных замкнутых полостей, атипично расположенных труб, также вели к разобщению между трубой и яичником и, по всей вероятности, являлись причиной бесплодия.

Причиной бесплодия, возможно, могли явиться и ановуляторные циклы, на которые указывало отсутствие прегнандиола в моче в лютеиновую фазу у 3 из 17 исследованных женщин.

¹ Доложено на дерматологической секции научной конференции Казанского медицинского института, посвященной 40-летию ТАССР, состоявшейся 7—10 мая 1960 г.

Проба Шуварского у 3 женщин при повторных исследованиях дала отрицательный результат. У этих трех женщин был цервицит, и возможно, что гнойное отделяемое цервикального канала действовало губительно на сперматозоиды.

На большое значение перенесенного гонорейного цервицита в этиологии бесплодия указывает Мандельштам, который считает, что на сперматозоиды отрицательно влияет как густая тягучая слизь цервикального канала, так и фагоцитирующее действие лейкоцитов.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что, несмотря на большие достижения в лечении гонорей, последние оставляет большой след на детородной функции женщин, являясь в большинстве случаев причиной бесплодия. Основные моменты, вызывающие бесплодие,— это облитерация труб и спаечные процессы в малом тазу. В некоторых случаях нарушение генеративной функции женщин может быть связано с ановуляторными циклами и длительными постгонорейными цервицитами и эндцервицитами.

Наши длительные наблюдения позволяют рекомендовать при восходящей гонорее у женщин интенсивное физиолечение, направленное как на предупреждение образования спаек, так и на рассасывание уже образовавшихся.

Поступила 12 июля 1960 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ¹

Асс. Н. А. Черкасова

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— доктор мед. наук Г. А. Макарова)
Казанского медицинского института, на базе 4-й детской больницы (главврач—
Р. Х. Савенкова)

В последние годы резко снизилась смертность детей от туберкулеза. Редки диссеминированные и другие тяжелые формы. Но инфицированность детей туберкулезом еще высока.

Степень активности туберкулезного процесса не всегда можно определить клиническим и рентгенологическим исследованием. РОЭ как общепринятый показатель активности заболевания нередко дает нормальные цифры у детей с инфильтративным бронхадениом, первичным комплексом в стадии инфильтрации, а также с далеко зашедшими фиброзно-кавернозными формами (А. А. Ефимова, Р. П. Грачева).

Для определения активности туберкулезного процесса предложен ряд методов: постановка туберкулиновых проб в различных модификациях (Р. П. Грачева, Л. М. Модель и Е. Ф. Сидельникова); изучение гемограмм, РОЭ (Н. Н. Бобров, А. А. Ефимова); гемотуберкулиновые тесты (В. А. Михайлов, А. М. Печук, Н. Н. Бобров, Р. П. Грачева); биохимические исследования, характеризующие лабильность коллоидов (Б. С. Максудов, А. И. Ткаченко). Все эти методы не нашли, однако, широкого применения из-за сложности некоторых из них и недостаточной точности результатов.

Наиболее тонким показателем активности туберкулезного процесса являются изменения соотношения белковых фракций сыворотки крови (Р. П. Грачева, А. А. Ефимова, В. А. Шешина, Г. Р. Султанова-Катеева).

За последние годы в зарубежной и отечественной литературе появились работы по изучению полисахаридов, связанных с белками сыворотки крови. Эти углеводно-белковые комплексы обозначаются по-разному: сывороточные полисахариды, глюкопротеиды, общие полисахариды плазмы, серомукоиды, мукопротеиды, мукополисахариды и т. д.

В ряде работ подчеркивается повышение мукопротеидов в сыворотке крови, связанных с α -глобулиновой фракцией при ряде заболеваний, в частности при туберкулезе, что можно отнести за счет пораженной соединительной ткани (Hess Seebert с сотрудниками, В. А. Тихонравов). А. Ц. Анасашвили удалось показать повышение содержания глюкопротеидов у детей и подростков с активным туберкулезным процессом в легких.

В углеводную часть глюкопротеидов, наряду с другими компонентами, входит сиаловая кислота. Концентрация ее в сыворотке крови, по данным Хесса, Коберна, Бейтса и Мерфи, является показателем активности ряда заболеваний, в том числе и туберкулеза.

Предложенная ими методика определения сиаловой кислоты проста и доступна в условиях любой лаборатории.

¹ Доложено на заседании общества детских врачей 6 октября 1960 г.