

чение продолжалось, несмотря на введение сокращающих средств. С учетом массивной кровопотери, продолжающегося кровотечения и выраженной гипотонии матки произведена ее надвлагалищная ампутация. После наложения швов на культю шейки матки кровотечение продолжалось. Заподозрено шеечное прикрепление плаценты, в связи с чем произведена экстирпация шейки матки. Кровотечение прекратилось. Общая кровопотеря составила 3500 мл. Во время операции проводилась интенсивная инфузионная терапия и гемотрансфузия. Всего перелито 3200 мл крови, в том числе 400 мл путем прямого переливания, и 2000 мл кровезаменителей.

Описание макропрепарата: тело матки — $16 \times 12 \times 10$ см, серозный покров гладкий. Плацентарная площадка расположена в нижнем сегменте матки с переходом на шейку матки. В удаленной шейке матки передняя и задняя стенки истончены, слизистая в верхней трети — неровная, имеются три участка $0,5 \times 0,5$ см с плотным прикреплением кусочков плацентарной ткани. Гистологически: в стенке шейки матки — выраженная воспалительная межучточная инфильтрация с картиной васкулита и децидуального изменения, врастание ворсин хориона в толщу шейки матки.

Окончательный диагноз: беременность девятая, 40 нед. Роды III, срочные. Шеечно-перешеечное прикрепление плаценты с частичным истинным врастанием ворсин хориона в стенку шейки матки. Массивное кровотечение в родах. Геморрагический шок.

Послеоперационный период протекал без осложнений — роженица выписана домой на 11-й день после операции в удовлетворительном состоянии со здоровым ребенком.

УДК 618.291—07:616.8—053.31

Н. Я. Егорова (Казань). Особенности родовых повреждений нервной системы у детей, родившихся с большой массой тела

Осмотрено 192 новорожденных с большой массой тела и 94 новорожденных (контрольная группа) с нормальной массой тела при рождении. Анализ течения беременности выявил, что у 72% женщин беременность протекала благоприятно. Несколько чаще, чем в контрольной группе, наблюдались токсикоз I и II половины беременности. Перенашивание беременности у женщин основной группы встречалось в 7 раз чаще, чем в контрольной. Нормальные роды были лишь у 12,5% женщин (в контрольной группе — у 51%). Значительно чаще обычного отмечалось несвоевременное отхождение околоплодных вод (74%), оперативное родоразрешение (в 18 и 192 наблюдений). В незамедлительном лечении по своему неврологическому или соматическому состоянию нуждались 110 из 192 новорожденных (в 5 раз чаще, чем в контрольной группе). Анализ неврологической симптоматики и дифференциация ее в зависимости от локализации поражения позволил разделить всех новорожденных на 3 группы (кроме тех, у кого неврологической симптоматики не было).

1-ю группу составили 53 (28%) новорожденных, у которых неврологическая симптоматика свидетельствовала о преимущественном повреждении головного мозга. У этих детей имелись выраженные признаки гидроцефально-гипертензионного синдрома, спастический тетрапарез, гемипарез, бульбарный синдром.

Во 2-ю группу вошли 52 новорожденных с поражением спинного мозга, проявлявшимся вялыми парезами рук или ног (в зависимости от преимущественного повреждения шейного или поясничного утолщения), а также типичным миотоническим синдромом.

В 3-ю группу включены 56 новорожденных, у которых имелось одновременное повреждение головного и спинного мозга. Возникновение сочетанных травм неудивительно, если учесть, какая большая нагрузка падает при рождении крупного плода на его голову и область плечевого пояса при вытяжении за голову.

Таким образом, у 50% обследованных новорожденных выявлены признаки повреждения спинного мозга в сочетании с церебральными очагами или без них. Среди детей, рожденных с массой тела более 5000 г, преобладала спинальная симптоматика. Из осмотренных новорожденных в скором времени умерли двое. У одного из них имелись признаки церебральной патологии, на аутопсии обнаружена мозговая грыжа. У второго ребенка подозревали сочетанное повреждение головного и спинного мозга, на аутопсии найдена геморрагия в области большого серповидного отростка, а также большое эпидуральное кровоизлияние на уровне поясничного утолщения спинного мозга.

Из приведенных данных вытекает необходимость разработки мер по предупреждению гигантской массы тела плода. При массе тела, значительно превышающей средние показатели, следует незамедлительно решить вопрос о показании к кесареву сечению (в связи с большой опасностью родовых повреждений для новорожденного). Каждый новорожденный с большой массой тела должен быть отнесен к группе высокого риска повреждения нервной системы и поэтому подлежит осмотру невропатологом в первые дни жизни. В случае выявления неврологической патологии

необходима топическая диагностика для назначения целенаправленной терапии на самых ранних сроках, причем непременно с учетом локализации повреждения.

УДК 577.175.47:616—053.36—022.361

Т. В. Коваленко, Э. М. Шакирова (Устинов). Уровень паратиреоидного гормона у детей раннего возраста

Целью данного исследования являлось определение концентрации паратгормона (ПТГ) в крови у здоровых детей раннего возраста в сопоставлении с показателями фосфорно-кальциевого обмена.

Обследовано 38 здоровых детей (23 мальчика и 15 девочек) в возрасте от 2 мес до 1,5 лет. До 6 мес было 13 детей, от 6 мес до года — 16, от года до 1,5 лет — 9. Содержание паратгормона в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом с использованием набора «PTH-Ria» (Бельгия), концентрацию общего кальция в сыворотке крови — по Вичеву и Каракашову, неорганического фосфора — по Дозе.

Существенных возрастных различий в концентрации паратгормона в крови у детей до 1,5 лет не выявлено ($P > 0,05$), однако отмечена тенденция к нарастанию его уровня с возрастом: до 6 мес — $1,78 \pm 0,34$ мед/мл, от 6 мес до года — $2,11 \pm 0,40$, от года до 1,5 лет — $2,50 \pm 0,34$. Наиболее низкие показатели ПТГ наблюдались у детей до 3 мес ($1,54 \pm 0,35$ мед/мл). В целом у детей первого года жизни содержание ПТГ в крови находилось в пределах $1,96 \pm 0,26$ мед/мл.

Содержание кальция в крови у детей старше года было несколько ниже ($2,47 \pm 0,04$ ммоль/л, $P > 0,05$), чем у детей до 6 мес и от 6 мес до года ($2,61 \pm 0,10$ и $2,62 \pm 0,07$ ммоль/л соответственно). Возрастная же динамика концентрации фосфора крови имела однонаправленный с ПТГ характер: у детей до 6 мес — $1,57 \pm 0,07$ ммоль/л, от 6 мес до года — $1,70 \pm 0,08$, от года до 1,5 лет — $1,70 \pm 0,11$ ($P > 0,05$). При проведении корреляционного анализа установлена связь концентрации ПТГ с уровнем кальция крови ($r = -0,36$, $P < 0,05$). Взаимосвязь концентрации ПТГ и фосфора крови не была существенной ($r = 0,14$, $P > 0,05$).

Нами проведен анализ уровня паратгормона в крови в зависимости от профилактики рахита с выделением 3 групп детей. В группе А (7 чел.) специфическая профилактика рахита не проводилась; в группе Б (7 чел.) была выполнена антенатальная профилактика (курс ультрафиолетового облучения в последние месяцы беременности), в группе В (10 чел.) — постнатальная профилактика витамином D в дозе 400 МЕ в сутки. Концентрация ПТГ была значительно ниже ($P < 0,01$) у детей группы А ($1,17 \pm 0,23$ мед/мл), чем Б ($3,00 \pm 0,49$ мед/мл) и В ($2,59 \pm 0,38$ мед/мл). Достоверных различий в содержании электролитов не выявлено.

Наши данные свидетельствуют о том, что уровень паратгормона в крови у здоровых детей до 1,5 лет зависит от концентрации кальция.

УДК 616.391:577.161.2—053.36—078.74:612.112.31

С. В. Мальцев, Л. Н. Заболотная, Р. И. Литвинов (Казань). Уровень фибронектина в крови больных рахитом

Содержание фибронектина в крови детей с различными формами рахита

Фамилия больного	Форма заболевания	Возраст	Уровень фибронектина, мкг/мл
С-на	Минералодифицитный рахит	1 год 2 мес	80
К-ова		9 мес	85
З-ов	Фанкони — Дебре — де Тони	3 года	19
М-ев		3 года	16
П-ва		3 года	95
Д-ев	Витамин-D-зависимый рахит	2 года	37
М-ва		1 год 6 мес	200
Н-ин		2 года	140
И-ва		3 года	60

Имеются единичные сообщения об изменении уровня фибронектина в крови при нарушении процесса костеобразования у взрослых.

Целью настоящей работы являлось изучение содержания фибронектина в крови здоровых детей раннего возраста и больных различными формами рахита. Обследовано 28 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет: 19 здоровых и 9 детей с различными формами рахита. Уровень фибронектина в плазме крови определяли иммунохимическим методом. Состояние фосфорно-кальциевого обмена оценивали по содержанию в крови неорганического фосфора, кальция, магния и активности щелочной фосфатазы.

Установлено, что у здоровых детей содержание фибронектина составляет в среднем $147,5 \pm 13,7$ мкг/мл (у взрослых в плазме крови в норме содержится около 300 мкг/мл фибронектина). Воз-