

Г., 25 лет, поступил в клинику общей хирургии СМИ с диагнозом: хронический гематогенный остеомиелит правого бедра, свищевая форма. По задней поверхности бедра имелись три свищевых хода, идущих к бедренной кости; два нижних сообщались между собой. На фистулограмме на значительном протяжении с захватом диафиза и обоих метафизов выявлялись деструкции бедренной кости, полости, секвестры, затек в мягких тканях. Больному были выполнены некрсеквестрэктомия, транспозиция наружной обширной мышцы правого бедра в костную полость, катетеризация ветви основной питающей артерии мышцы. Благодаря значительному объему НОМ удалось сделать пластику остаточной костной полости размером 30×5×4 см. Проходимость катетера во все время введения антибиотиков была хорошей, по удалении кровотечения не возникло. Рана зажила первичным натяжением. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через один год. Работает по своей специальности слесарем. Обострений не было. Функциональные нарушения полностью компенсированы (не хромает).

Таким образом, метод лечения хронического остеомиелита бедра путем некрсеквестрэктомии и перемещения в костную полость наружной обширной мышцы на двух питающих сосудах предупреждает послеоперационные осложнения за счет обеспечения кровоснабжения дистальных отделов перемещаемой мышцы через нисходящую ветвь латеральной огибающей артерии бедра и за счет роста концентрации антибактериальных препаратов

УДК 616—057.874—055.23:618.3—06

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН МОЛОЖЕ 18 ЛЕТ

О. В. Чечулина, Л. М. Тухватуллина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—доц. Л. М. Тухватуллина)  
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Частота беременности у несовершеннолетних за последнее десятилетие возросла, что можно объяснить как биологическими (акселерация), так и неблагоприятными социальными факторами. Несомненно, влияние ранней половой жизни, беременности, аборт и родов на формирование репродуктивной системы подростка резко отрицательно. Гестогенные контрацептивы закрепляют ановуляторную направленность менструальных циклов, что приводит к дисфункциональным кровотечениям. Аборт в пубертатном периоде грозит бесплодием. Велика и психическая травма, ко-

в патологическом очаге вследствие введения их через одну из ветвей основной питающей артерии мышцы.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев М. В. Остеомиелит.— Л., 1977.
2. Никитин Г. Д., Рак А. В. и др. Хронический остеомиелит.— Л., 1990.
3. Хлопов Н. А., Нагибин В. И. Хронический остеомиелит длинных трубчатых костей.— Алма-Ата, 1988.
4. Эткин В. И. Применение длительной внутриартериальной инфузии для профилактики и лечения гнойно-воспалительных процессов костей конечностей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— Куйбышев, 1975.
5. Fitzgerald R. H. et al./J. Bone Joint Surg. (Am.).— 1985.— Vol. 67.— P. 175.
6. McGraw J. B., Arnold Ph. G. Atlas of muscle and musculocutaneous flaps.— Norfolk: H. P.— 1986.— XII.

Поступила 16.10.92.

### PLASTY OF OSTEOMYELITIC CAVITY OF THE FEMUR BY CATHETERIZED GRAFT OF THE EXTERNAL EXTENSIVE MUSCLE

E. A. Stolyarov, A. V. Solovyev, E. A. Batakov  
Summary

Muscular tamponade of the osteal cavity with catheterization of the artery feeding the muscle for local injection of antibiotics after necrosectomy is applied. Owing to this method postoperative complications are prevented at the sacrifice of the blood supply provision of distal parts of the transferred muscle and the increase of antibacterial drugs concentration in the pathologic focus.

торую получает социально незрелая личность. Часто юная беременная не понимает, что с ней произошло. Больше беспокоятся родители, которые хотят, чтобы она не стала прервать беременность у дочери. Резко отрицательно относится к совершившемуся факту и школа.

Юные женщины, родившие в возрасте до 18 лет, и их дети в последние годы стали одной из острых социально-гигиенических и медико-организационных проблем. На фоне снижения рождаемости среди женщин основных групп фертильного возраста число родов у этой категории постоян-

но растет как среди городских, так и сельских жительниц, что характерно для всех регионов мира. Фактически за 30-летний период показатель плодородности женщин моложе 20 лет увеличился с 28,4 до 47,8% [12].

Ежегодно в России имеет место около 1,5 тыс. рождений у матерей в возрасте 15 лет, 9 тыс. — 16 лет, 30 тыс. — в возрасте 17 лет. Удельный вес детей, рожденных женщинами моложе 18 лет, в общем числе родившихся составляет в среднем 2,3%. Это подчеркивает всю серьезность проблемы юного материнства.

На 100 беременностей у подростков частота искусственных абортов составляет 69,1%, родов — 16,6%, самопроизвольных выкидышей — 14,5%. Таким образом, частота родов соотносится с числом абортов как 1:5, что совпадает с данными зарубежной литературы.

Анализ сексуального поведения подростков показал его зависимость от возраста. Число девушек, имевших опыт половой жизни, увеличилось от 3,2% среди 14—15-летних до 13,4% среди 16—17-летних и достигло 58,3% среди 18—19-летних [21].

Социально-гигиеническая характеристика предыдущей жизни и воспитания юной матери показывает, что раннее начало половой жизни у девушек-подростков связано с целым рядом факторов и прежде всего с низкой половой культурой, наличием вредных привычек, пренебрежением и неумением пользоваться противозачаточными средствами. Большинство юных матерей воспитываются в неполных семьях, с низким образовательным уровнем, неблагоприятным психологическим микроклиматом. Все это, по видимому, приводит к раннему началу половой жизни и зачатию ребенка матерью в возрасте до 18 лет.

Беременность у подростков протекает в сложных условиях, обусловленных возрастной функциональной незрелостью, неадекватностью адаптационных механизмов. Помимо большой физической нагрузки беременные в этом возрасте испытывают неадекватное психоэмоциональное напряжение. Вредное влияние этих факторов оказывается тем сильнее, чем моложе женщина.

Практически во всех случаях ран-

ней беременности у подростков отмечаются легкие и среднетяжелые расстройства невротического характера в виде астении, эмоциональной лабильности, истерических проявлений.

На течение беременности и родового акта у девушки-подростка влияют некоторые возрастные особенности. Так, незрелость нервной регуляции сопровождается неудовлетворительным формированием гестационной доминанты, что чревато невынашиванием и отклонениями в развитии плода, а в дальнейшем недостаточностью родовой доминанты, проявляющейся аномалиями родовой деятельности. Размеры костного таза не всегда успевают достигнуть окончательных величин (у 10—15% девушек — суженный таз). Дифференцировка матки (как миометрия, так и нервного аппарата) в большинстве случаев не завершена. Часто встречаются гипоплазия матки и половой инфантилизм, что обуславливает избыточную кровопотерю. Гомеостатические реакции отличаются в этом возрасте неустойчивостью и напряженностью, что ухудшает прогноз как для матери, так и для плода. Низкий уровень секреции эстрогенов и прогестерона в периоде, предшествующем беременности (возрастная особенность гормонального гомеостаза), предопределяет формирование фетоплацентарной недостаточности, а следовательно, обуславливает гипотрофию и гипоксию плода. С этими возрастными особенностями, наряду с социально-гигиеническими факторами, связан целый ряд осложнений в течении беременности и родов (по данным многих зарубежных авторов, осложнения достигают 76—90%).

Беременность у девочки, рост которой еще не прекратился, влечет за собой увеличение ее потребностей в питании, необходимом для роста как зародыша, так и самой матери. Если эти потребности не будут удовлетворены, они могут повредить физическому развитию будущей матери.

Анемия из-за нехватки железа представляет собой специфическую опасность для очень молодой матери: она встречается у каждой второй—третьей женщины. Во время быстрого физического роста, сопровождающегося началом менструации, при плохом питании беременность истощает основные

резервы организма, что в юном возрасте может привести к недостаточному питанию женщины и рождению ребенка истощенным. Кроме того, тяжелая анемия при беременности способствует преждевременным родам и может привести к смерти матери и плода. Поэтому беременность у подростков младшего возраста может быть смертельно опасной.

Частота ранних гестозов достигает 16,9% случаев. Поздний гестоз у юных беременных встречается в 2 раза чаще, чем у женщин, родивших в 20—25 лет, а в возрасте до 15 лет — в 2 раза чаще, чем у 16- и 17-летних. На третьем месте среди осложнений находится угроза прерывания беременности (4,9% против 2,6% в контрольной группе). Можно предположить, что чем моложе женщина, тем выше число осложнений беременности. Эта зависимость обусловлена не только возрастом, но и целым рядом социально-гигиенических факторов, отрицательно влияющих на организм юной беременной. Если в 15 лет и младше процент тяжелых осложнений велик, то в группе 15—17-летних он резко снижается.

У рожениц в возрасте младше 15 лет структура основных осложнений в родах включает следующее: клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери, что является следствием незаконченного роста таза, слабость родовой деятельности, травмы родовых путей и гипотоническое кровотечение. В то же время у рожениц 16—18 лет структура осложнений несколько иная: быстрые роды либо первичная слабость родовой деятельности, разрывы шейки матки и промежности и гипотоническое кровотечение.

Таким образом, большая часть осложнений обязана своим генезом нарушению сократительной способности матки, обусловленной как незрелостью регулирующих звеньев, так и неполноценностью исполнительных тканей (миометрия). К особенностям течения беременности, обусловленным возрастом женщин, присоединяется целый комплекс социальных и поведенческих факторов, свойственных юной матери. Из них чаще всего отмечаются нарушения режима и диеты, отсутствие серьезного отношения к рекомендациям врача, значительное

число вредных привычек. Все это предопределяет неблагоприятное течение родов и состояние здоровья будущего ребенка. В этих условиях беременность становится сложным испытанием для юной женщины.

С целью изучения характера течения беременности и родов проанализировано 656 индивидуальных карт и историй родов, в том числе 208 по архивным данным у женщин до 18 лет. На основании данных литературы и собственных исследований целесообразно выделить три группы беременных до 18 лет: 1-я — здоровые женщины старше 16 лет, 2-я — младше 16 лет, 3-я — с экстрагенитальной патологией (ЭГП). По нашим данным, здоровых беременных было 42,4%, с ЭГП — 23,8%, с осложнениями — 33,8%. 4,6% беременных были моложе 15 лет.

В структуру экстрагенитальных заболеваний входили анемия (у 32,4%), гипертония (у 10,3%), хронический пиелонефрит (у 10,3%), хронический тонзиллит, острый пиелонефрит, заболевания двенадцатиперстной кишки и желудка (у 5,3%), бронхиальная астма, хронический холецистит, ревматизм в неактивной фазе, хроническая церебрососудистая недостаточность, перенесенная гонорея.

Преждевременных родов было 164, остальные новорожденные родились в срок. Исходы родов для всех матерей были благоприятными.

Осложнения в родах возникли у 95 женщин. Так, преждевременное отхождение околоплодных вод отмечено у 24,4% и 31% (соответственно по группам). Слабость родовой деятельности, артериальная гипертония в родах, гипотоническое кровотечение и травма промежности в 3-й группе встречались в 2 раза чаще, чем у здоровых женщин.

Преждевременные роды имели место чаще у женщин с экстрагенитальной патологией (у 45%). 3 женщины родоразрешены путем кесарева сечения в связи с угрозой разрыва матки по рубцу и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Экстракция плода за тазовый конец была произведена у 9 женщин, вакуум-экстракция плода — у 3 и краниотомия на мертвом плоде — у 2.

Всего родились 660 детей, из них 4

двойни (мальчиков — 61,3%, девочек — 38,7%). Масса тела мальчиков составила в среднем 3300 г, девочек — 3170 г.

Состояние фетоплацентарной системы и внутриутробного развития плода оценивали по результатам изучения биохимического и биофизического профиля у юных женщин. При отклонении показателей от параметров нормального течения беременности необходима госпитализация женщин на любых сроках. Известно, что основу комплексной терапии плацентарной недостаточности должны составлять мероприятия, направленные на улучшение маточно-плацентарного кровообращения. Мы проводили комплексную профилактику и лечение фетоплацентарной недостаточности с применением аппарата «Ленар», трентала и токоферола ацетата. Контролем служили показатели биохимического и биофизического профиля плода. Анализ течения беременности и родов у 50 женщин после указанной терапии выявил снижение гипоксического синдрома, увеличение балльной оценки ребенка при рождении, снижение перинатальной заболеваемости и смертности и улучшение биохимических показателей. По данным сцинтиграфии, у беременных 2 и 3-й групп улучшился маточно-плацентарный кровоток за счет увеличения площади межворсинчатого пространства.

Родоразрешение юных беременных желательно проводить в родовспомогательных учреждениях, располагающих высококвалифицированными кадрами. От врача, акушерки и всего персонала требуется особый подход к несовершеннолетней роженице в силу быстрой истощаемости ее гомеостатических механизмов, неустойчивостью родовой доминанты, необычностью ситуации в психологическом и деонтологическом планах, эмоциональной лабильностью, низким порогом болевой чувствительности и постоянной угрозой осложнений для матери и плода. В момент родов желательно при-

сутствие терапевта и обязательно участие, кроме акушера-гинеколога, также анестезиолога и неонатолога.

Непременными условиями благополучного ведения родов являются регулярное введение спазмолитиков, достаточное обезболивание, предоставление акушерского сна после 6—8 часов малоэффективной родовой деятельности, профилактика гипоксии плода и своевременная профилактика гипотонического кровотечения, родоразрешение путем кесарева сечения при возникновении акушерского осложнения, угрожающего жизни матери.

В послеродовом периоде вопрос о грудном вскармливании решается по-разному — в зависимости от планов родителей, опекунов или усыновителей ребенка. По отношению к родильницам младше 15 лет, а иногда и к более старшим, отказывающимся от детей, применяются меры, направленные на прекращение лактации.

В течение 6 и более месяцев после родоразрешения за несовершеннолетней должны наблюдать не только акушеры-гинекологи, но и терапевт, невропатолог и по мере надобности другие специалисты.

Период адаптации к внеутробной жизни у детей от юных матерей бывает затяжным. Такие дети имеют меньшую массу тела и длину, сравнительно низкие показатели по шкале Апгар. Тяжелее и продолжительнее физиологическое состояние, характерное для первых дней жизни ребенка (транзиторная желтуха, потеря массы тела и др.), позже такие дети прикладываются и к груди. Следовательно, дети, рожденные юными матерями, должны рассматриваться как контингент повышенного риска.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Игнатьева Р. К., Инагамов Д. А. Медико-социальные проблемы юного материнства. — М., 1992.

2. Суслина О. А. Тезисы докладов I Российской конференции детских гинекологов. — СПб, 1993.

Поступила 18.02.94.