

Криодеструкцию проводили контактным способом с помощью аппарата, разработанного сотрудниками кафедры детской хирургии 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова. Аппарат представляет собой цилиндрический резервуар, изолированный снаружи пенопластом. В дно резервуара впаяна канюля с медным стержнем и резьбовым отверстием, куда винчиваются круглые медные диски-криоапликаторы диаметром от 4 до 25 мм. Резервуар заполняется жидким азотом; аппликатор закрепляется на кожной поверхности, превышающей площадь опухоли. Через 1—2 мин аппликатор покрывается равномерным слоем инея, что служит показателем готовности к работе. Криодеструкция проводится путем тесного соприкосновения аппликатора с поверхностью опухоли.

Продолжительность криовоздействия на кожные образования (папилломы, бородавки) составляет 60—120 с, на гемангиомы кожи — 20—40 с, на гемангиомы слизистых оболочек — 7—15 с. После прекращения криодеструкции в зоне воздействия образуется ледяная площадка с восстановлением исходного вида через 1—2 мин. Через 2—5 ч на этом месте появляются пузыри с серозно-геморрагическим содержанием, возникает перифокальная инфльтрация, иногда с гиперемией кожи. Наибольшая выраженность отека отмечается после криодеструкции гемангиом слизистых оболочек. В течение 3—5 сут происходит формирование струпа с последующим отторжением его спустя 2—4 нед. Рубец первоначально розового цвета постепенно бледнеет и через 4—5 мес становится плоским и незаметным.

Для предотвращения спонтанного разрыва пузыря рекомендуем обрабатывать его в течение 4—5 сут 1% раствором перманганата калия до формирования твердого струпа, а в последующем смазывать струп синтомициновой эмульсией или индифферентной мазью.

У подавляющего большинства больных криодеструкцию проводили амбулаторно и только при локализации гемангиомы на слизистой ротовой полости — в стационаре под наркозом.

При первичном криовоздействии промораживанию подвергали участки площадью 5—7 см<sup>2</sup>. При большей величине гемангиомы криодеструкцию осуществляли от периферии к центру с интервалом 3—4 нед между повторными сеансами.

В результате лечения у 90,6% больных наступило выздоровление. Неблагоприятные результаты относились преимущественно ко времени освоения метода и отчасти были обусловлены ошибочным определением показаний для криодеструкции. В двух наблюдениях возникло нагноение образовавшихся ран. Консервативное лечение привело к выздоровлению с формированием более грубых рубцов.

Недостаточная эффективность лечения в наших наблюдениях (9,37%) была выявлена при кавернозных и смешанных гемангиомах, при которых регрессии подвергались только поверхностные элементы, но даже в этих случаях происходила частичная регрессия или приостановка роста сохранившейся части гемангиомы.

Несомненным достоинством криогенного метода лечения является возможность его осуществления в амбулаторных условиях. Если учесть, что хирургический метод требует обязательного пребывания больного в стационаре в среднем до 8 дней, то криовоздействие, несомненно, более эффективно и экономично.

УДК 611—018.4:616.71—007.234:618.2./7

### Ф. А. Мифтахова, Е. Р. Осипова, Д. П. Игнатъева (Казань). Поздний несовершенный остеогенез в акушерско-гинекологической практике

Несовершенный остеогенез (болезнь Лобштейна, болезнь Вролика и др.) — наследственное заболевание, которое передается как по аутосомно-доминантному, так и аутосомно-рецессивному типу и характеризуется нарушением костеобразования. Заболевание проявляется клинически голубым цветом склер, изменением цвета зубной эмали («янтарные» зубы), разболтанностью в суставах, атрофией мышц и повышенной ломкостью костей. При этом заболевании преимущественно наблюдаются поднадкостничные переломы с небольшой местной болезненностью и припухлостью. Они могут быть полными и неполными, часто срастающимися под углом, что ведет к деформации конечностей и грудной клетки в виде непропорционально коротких рук и ног при нормальных размерах головы, туловища, стоп. Фаланги пальцев при этом никогда не ломаются. Характерна конфигурация черепа — широкий лоб выпячен вперед и круто поднят вверх, височные кости нависают над слуховыми проходами; уши оттопырены книзу и кнаружи.

Изменения внутренних органов, центральной нервной и эндокринной систем считаются нетипичными. Описаны казуистические случаи гипергенитализма, раннего полового созревания и гипертрихоза. Диагноз основывается на результатах рентгенологических исследований костного скелета.

Мы наблюдали трех больных, страдающих несовершенным поздним остеогенезом. III, 28 лет, поступила в гинекологическое отделение для прерывания беременности по медицинским показаниям путем кесарева сечения. Срок беременности — 17 нед. Не замужем. Показаниями для прерывания беременности служили деформация и абсолютное сужение таза, нарастающая дыхательная недостаточность вследствие давления растущей матки на диафрагму.

Половая жизнь с 20 лет. Повышено либидо. Менструальная функция не нарушена. Сделано абдоминальное корпоральное кесарево сечение со стерилизацией путем иссечения интерстициальных отделов труб. Послеоперационных осложнений не было.

В., 48 лет, поступила в гинекологическое отделение по поводу родившегося сумбукозного фиброматозного узла, эндометрита, маточного кровотечения и вторичной постгеморрагической анемии. Не замужем, половая жизнь с 18 лет. Менструальная функция не нарушена. Либи́до повышено. Единственная беременность в возрасте 28 лет закончилась срочными родами через естественные родовые пути. Родился плод мужского пола с массой тела 2800 г. В настоящее время сын здоров. Сумбукозный фиброматозный узел удален лапароскопическим путем. Проведено лечение эндометрита. Выписана домой по выздоровлении.

А., 21 года, поступила в роддом 02.09.86 г. В детстве перенесла 6 переломов бедер, последние — в 1979 г. Отца не помнит, мать здорова. Рост — 143 см, масса тела — 65 кг. При ходьбе пользуется палкой, заметно припадает на правую ногу, которая короче левой на 1 см. Бедра в виде галифе. Кожные покровы бледноваты, склеры голубые; зубы янтарные, крошащиеся. Размеры таза — 24, 25, 32, 19 см, наружные косые размеры — 24 и 25 см.

Матка увеличена соответственно доношенной беременности, положение плода косое, головка смещена вправо от входа в малый таз. Окружность живота — 97, высота стояния дна матки — 33 см.

При внутреннем исследовании обнаружена деформация крестца — на уровне III крестцового позвонка имеется резкий, почти на 90° изгиб кпереди, правая седалищная кость вдается в полость малого таза значительно сильнее, чем левая. Мыс легко достигим. Диагональная конъюгата — 9,5 см.

Hb — 1,74 ммоль/л, тромбоциты —  $110 \cdot 10^9$ /л, остальные показатели — без отклонения от нормы.

Отнесена к группе риска по кровотечению в связи с мышечной гипотонией и тромбоцитопенией, связанными с основным заболеванием.

Родоразрешена 12.09.86 г. кесаревым сечением в нижнем сегменте. Кровопотеря в ходе операции составила 300 мл. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписана на 12-й день. Родился плод мужского пола с массой тела 3600 г, рост — 55 см, закрыл сразу, оценка по шкале Апгар — 9 баллов. Максимальная потеря массы тела ребенка (700 г.) — на 26-й день, отмечены голубые склеры, мышечная гипотония. Послеоперационный период протекал без особенностей, выписана на 12-й день.

Характерными признаками позднего несовершенного остеогенеза являются множественные переломы костей, которые у обследованных нами трех больных возникали с трехлетнего возраста и прекратились после полового созревания. Каждый год у них регистрировалось до 10 переломов. В результате — деформация костей верхних и нижних конечностей (саклевидные голени, бедра в форме паскушья палки), черепа (квадратная форма лицевого скелета), грудной клетки (укорочение и бочковидная форма ее, лордоз, кифосколиоз), таза (абсолютно узкий таз), низкий рост, а также дыхательная недостаточность вследствие деформации грудной клетки. Кроме того, таких больных отличали мышечная гипотония, патологическая разгибаемость в суставах, голубизна склер, кариес зубов. Как правило, подобные заболевания были у родственников второго и третьего поколения, а также у братьев и сестер.

Приводим данные антропометрии больной Ш. (первое значение) и больной В. (второе). Рост стоя — 85 и 90 см, лежа — 110 и 100 см. Длина туловища — 26, 30 см, верхних конечностей — 82, 81 см, нижних — 64, 52 см. Длина плеча — 29, 35 см, предплечья — 23, 29 см, кисти — 16, 17 см, бедра — 26, 26 см, голени — 27, 25 см, стопы — 19, 19,5 см. Разница в измерениях правой и левой стороны не превышала 1–2 см. Расстояние от лона до мечевидного отростка — 20, 22 см. Окружность головы — 59, 57 см, живота — 73, 72 см. Обхват груди — 84, 77 см, бедер 83, 96 см. Размеры таза — *distantia spinarum* — 20, 21 см, *distantia cristarum* — 18, 23 см, *distantia trochanterica* — 25, 24 см, *conjugata externa* — 13, 13,5 см, *conjugata vera* — 4, 4,5 см. Абсолютно узкий таз.

Перед выпиской из стационара для уточнения диагноза больным было произведено биохимическое и рентгенологическое обследование. Содержание кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в плазме крови — в пределах нормы. На рентгенограммах — диффузный остеопороз, изменения поперечника диафиза кости, резкое истощение кортикального слоя. Большие костные мозоли, деформация больших трубчатых костей на месте бывших переломов.

Первые два случая интересны тем, что показывают вероятность не только наступления беременности, но и возможности родов через естественные пути, очевидно, за счет переломов костей таза во время прохождения через него предлежащей части.

Лечение несовершенного остеогенеза только симптоматическое: щадящие мероприятия, призванные предотвращать или, по крайней мере, сокращать число переломов. Тщательная репозиция отломков после переломов, их надежная фиксация до полного сращения костей играют первостепенную роль в профилактике деформации скелета. Иногда показана хирургическая коррекция костных деформаций.

УДК 618.56—005.1—07: [612.135+616.151.5]

Т. П. Зефирова, В. М. Белоухов (Казань). Состояние микроциркуляции у родильниц, перенесших умеренную патологическую кровопотерю

Исучено состояние конъюнктивальной микроциркуляции и свертываемость крови у родильниц, перенесших патологическую кровопотерю, величина которой не превышала 20% от должного ОЦК и колебалась от 500 до 1000 мл.