

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. Либидо 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 влагалищным путем. Проведено лечение эндометрита. Выписана домой по выздоровлению.

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 достижим. 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 (саблевидные 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 разгибамость 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: шадящие мероприятия, призванные предотвратить 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. Белопухов (Казань). Состояние микроциркуляции у рожениц, перенесших умеренную патологическую кровопотерю

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

Под наблюдением находились 36 родильниц, 20 из них составили основную группу, 16 — контрольную. В основную группу вошли женщины в возрасте от 18 до 32 лет, из них первородящих было 12, повторнородящих — 8. Причиной кровотечения у 13 родильниц явилось гипотоническое состояние матки, у 2 — плотное прикрепление последа, у одной — отслойка нормально расположенной плаценты, у одной — дефект плаценты, у 2 — глубокие разрывы влагалища. У одной родильницы имело место сочетание плотного прикрепления плаценты с гипотонией матки. Величина кровопотери от 400 до 800 мл была у 17 женщин. У 3 родильниц она достигла 1000 мл. Инфузионно-трансфузионную терапию проводили своевременно и в достаточном объеме. Уровень Hb через 5—6 дней после родов составил $1,64 \pm 0,15$ ммоль/л, в контрольной группе — $1,74 \pm 0,14$ ммоль/л.

В контрольную группу вошли 16 родильниц в возрасте от 18 до 33 лет; первородящих — 10, повторнородящих — 6. Патологии беременности не наблюдалось. Роды протекали без осложнений. Кровопотеря колебалась от 100 до 350 мл.

Родильниц обследовали на 1—2 и на 5—6-й дни после родов. У женщин основной группы до начала обследования проводили инфузионно-трансфузионную терапию и восполнение ОЦК.

Система микроциркуляции претерпевает значительные изменения в послеродовом периоде, осложненном патологической кровопотерей, даже незначительно превышающей норму. Так, в контрольной группе на 1—2-й день после родов соотношение диаметров артериол и венул было 1 : 3, 1 : 4. Сосуды были относительно прямолинейны, калибр их равномерен; капиллярная сеть обильна, замедления кровотока не было. Агрегация эритроцитов встречалась в единичных посткапиллярных венулах. Конъюнктивный индекс равнялся $3,19 \pm 0,46$. Через 5—6 дней он снижался до $2,50 \pm 0,56$ за счет исчезновения феномена внутрисосудистой агрегации.

В основной группе на первом этапе исследования соотношение диаметров артериол и венул составляло 1 : 6, 1 : 7 и меньше. В отдельных венулах имели место замедление кровотока, извитость и неравномерность диаметра сосудов. Количество функционирующих капилляров было сниженным, агрегация эритроцитов выявлялась в венулах всех калибров и капиллярах. В тех случаях, когда родам предшествовали нефропатия, анемия, а также при экстрагенитальных заболеваниях микроциркуляторные сдвиги были более значительными. Конъюнктивный индекс был намного выше, чем в контрольной группе — $8,74 \pm 0,88$ ($P < 0,001$). Через 5—6 дней после родов микроциркуляция не восстанавливалась, конъюнктивный индекс составлял $7,88 \pm 0,75$. Подчеркнем, что ОЦК этим женщинам был восполнен сразу после кровопотери, а постгеморрагическая анемия у них не развивалась, то есть нарушения микроциркуляции нельзя объяснить гиповолемией. Отсюда следует, что спазм артериолярного звена сосудистого русла в ответ на острое снижение ОЦК не исчезает после восполнения потерянной крови, а сохраняется длительное время. Вследствие этого снижается число функционирующих капилляров и ухудшается перфузия тканей. В венулярном отделе существенное замедление кровотока сочетается с нарушением реологических свойств крови и агрегацией эритроцитов. Ухудшение нутритивного кровотока и, как следствие, угнетение транскапиллярного обмена, питания тканей, возможно, способствуют повышению количества таких осложнений послеродового периода, как расхождение швов и гипогалактия у женщин, перенесших кровотечение.

Изменения в системе гемостаза в течение послеродового периода у женщин обеих групп носили односторонний характер, но это была лишь мнимая однозначность, так как сравнение показателей между собой на этапах исследования выявляет значительные различия между группами. Так, в 1—2-й день послеродового периода время свертывания крови (Т) по данным электрокоагулографии в основной группе было короче, чем в контрольной, на 18,2% ($P < 0,01$). Через 5—6 дней эта разница составляла 17,0% ($P < 0,02$). По данным тромбозастиграфии параметры г и Т на втором этапе исследования в основной группе достоверно уменьшались. Фибринолитическая активность у женщин, перенесших кровотечение, была выше как в начале послеродового периода, так и к концу его первой недели. Но у 6 родильниц основной группы на фоне повышенной активности свертывающей системы наблюдалось по данным электрокоагулографии отсутствие фибринолиза.

УДК 618.712—02:612.115:577.95

Г. Ф. Вдовина, В. П. Скипетров (Саранск). Гемокоагулирующая активность маточных труб

Были изучены тромбопластические и фибринолитические свойства экстрактов маточных труб 48 трупов женщин и девочек, погибших и умерших от различных причин. Среди них было 16 трупов детей до 10 лет, 16 — женщин детородного возраста и 16 — 50—75 лет. Экстракты маточных труб готовили из расчета 20 мг ткани на 1 мл физиологического раствора. Об общей коагулирующей и тромбопластической активности экстрактов судили по их действию на время свертывания бестромбоцитной плазмы при рекальцификации и по их действию в ней протромбина. Добавление 0,1 мл экстракта исходной концентрации сокращало время свертывания плазмы с низким содержанием тромбоцитов и увеличивало потребление в ней протромбина. Подобное действие экстрактов маточных труб во всех трех возрастных группах сохранялось до их разведения в 50 тыс. раз. Полученные данные свидетельствуют о довольно высокой тромбопластической активности фаллопиевых труб, которая одинакова в любом возрасте.