

по сравнению с полученными у больных отогенными параличами лицевого нерва. Такого рода изменения должны быть отнесены за счет снижения эластичности (повышения тонуса) артерий в месте фиксации приемника пульсовых колебаний.

Асимметрии амплитуды дифференциальных кривых и осцилляторного индекса тахоосциллограмм височных артерий оказались наиболее выраженными при параличах Белла, где отношения амплитуды к норме составили ($M \pm m$) $0,52 \pm 0,02$. Соотношения между амплитудами дифференциальных кривых височных артерий с обеих сторон, характеризующие степень асимметрий, были следующими ($M \pm m$): у здоровых — $0,89 \pm 0,01$, при параличах Белла — $0,70 \pm 0,02$, при отогенных — $0,87 \pm 0,02$, при травматических — $0,81 \pm 0,03$. Одностороннее запаздывание максимальной скорости подъема анакроты пульса височной артерии составило у больных параличом Белла в среднем 53 миллисек. против 40 миллисек. у здоровых, а время подъема анакроты было равно 150 миллисек. против 103 миллисек. в контрольной группе.

При параличах Белла наиболее часто выявляются локальные изменения тонуса височной артерии как ветви наружной сонной артерии (у 23 из 30 больных), затем во всей системе наружной сонной артерии (у 16), реже — односторонние локальные изменения эластичности общей сонной артерии (у 6) и чрезвычайно редко — односторонние изменения на пути, охватывающем расстояние от устья аорты до начала наружной сонной артерии. Не лишено интереса, что такие изменения чаще определяются в дистальных артериях заинтересованной зоны, хотя они и составляют часть сосудистой дисрегуляции более широкой области.

В свете полученных данных, указывающих на выраженные сосудистые нарушения при параличах Белла, патогенез таких параличей может быть представлен в следующем виде. Дисрегуляция сосудистого тонуса в системе наружной сонной артерии, которая в ряде случаев является лишь звеном в общей цепи нарушений сосудистой регуляции или системных заболеваний сосудов, может вызвать снижение кровоснабжения лицевого нерва в силу анатомических особенностей прохождения нерва и питающих его сосудов в узком и неподатливом канале височной кости. По этой причине любые нарушения в системе разветвлений наружной сонной артерии, питающих лицевой нерв, будь то наиболее часто встречающиеся спастические явления (повышение тонуса) или даже противоположные им явления пареза (падение сосудистого тонуса), могут привести ко вторичной ишемии лицевого нерва в фаллопиевом канале, обусловленной сдавлением нерва и сопровождающих его сосудов на данном участке. Что касается причин, вызывающих такую дисрегуляцию, т. е. этиологии параличей Белла, то они могут отличаться большим разнообразием, объединяя такие разнородные факторы, известные по клиническим наблюдениям, как перенесенные инфекции, переохлаждение, аллергические реакции и т. п.

Придерживаясь сосудистой теории происхождения параличей Белла, можно рассматривать данное заболевание как монопатогенетическое и в то же время полиэтиологическое. Такой взгляд на сущность параличей Белла должен способствовать дифференцированной и патогенетически обоснованной терапии сосудистых нарушений в самом широком плане. Лечение должно быть направлено на прерывание порочного круга нарушений кровоснабжения нерва, которое в случае безуспешности консервативной терапии в течение 2—3 месяцев может быть достигнуто за счет хирургической декомпрессии лицевого нерва в канале височной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Завражин Н. М., Каевецер И. М. Хирургия, 1964, 12. — 2. Каевецер И. М. Клин. мед., 1958, 1. — 3. Лобзин В. С. и Матвеев Б. И. Журн. им. С. С. Корсакова, 1967, 6. — 4. Савицкий Н. Н. Некоторые методы исследования функциональной оценки системы кровообращения. Медгиз, Л., 1956. — 5. Шустер М. А. Вopr. нейрохир., 1967, 4.

УДК 616.284 — 004 — 616 — 089

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИЙ НА СТРЕМЕНИ ПРИ ОТОСКЛЕРОЗЕ

Л. Г. Сватко, Л. Д. Нестерова и Р. В. Холопова

Кафедра оториноларингологии (и. о. зав. — доц. Л. Г. Сватко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Исполнилось 10 лет с момента освоения первых операций на стремени в нашей стране (А. И. Коломийченко, В. Ф. Никитина, 1957). Благодаря широкому внедрению многочисленных вариантов слухолучшающих операций, предложенных за эти годы различными отохирургами, удалось получить положительные функциональные резуль-

таты у большинства больных, включая страдающих облитерирующими формами отосклероза с тяжелыми кохлеарными нарушениями. Большой теоретический и практический интерес представляет анализ функциональных исходов этих операций, основывающийся на наблюдении за оперированными больными в течение определенных сроков.

В нашей клинике слухоулучшающие операции по поводу отосклероза производятся с 1961 г. Вначале хирургические вмешательства сводились в основном к различным видам мобилизации стремени — прямой и непрямой, фенестрации подножной пластинки по Коломийченко. В дальнейшем в связи с частым реанкилозом стремени и последующим снижением функциональных результатов мы стали осуществлять различные виды стапедопластики (модификации Ши, Кос, Портманн, Беллочки, Фарриор — Патакиной, Фовлера и др.).

В настоящей работе изложены данные наблюдений над 300 больными отосклерозом, подвергшимся хирургическому лечению. Больных обследовали как до операции, так и в различные сроки после операции (до 5 лет). Слуховую функцию проверяли шепотной и разговорной речью, камертонами, тональной пороговой и надпороговой аудиометрией, ультразвуком. При изучении вестибулярной функции учитывали субъективные вестибулярные симптомы, наличие спонтанного, позиционного нистагма, результаты вращательной, отолитовой и калорической проб с использованием нистамографии. Среди наблюдавшихся нами больных преобладали женщины (80,5%). Средний возраст больных — 35—45 лет. С I ст. снижения слуха было 38% больных, со II — 30,5%, с III — 15,5%, с IV — 16%.

Функциональные исходы операций на стремени мы оценивали по 3 показателям: а) остроте слуха на разговорную речь, б) данным тональной аудиометрии (способ Гудхилла — Холкомба), в) данным вестибулометрии. При анализе полученных результатов учитывалась их зависимость от вида произведенного вмешательства, степени тугоухости и активности отосклеротического очага по данным морфогистохимического исследования.

Исследование слуха на речь в различные сроки после хирургического вмешательства показало, что в ближайшее время положительный функциональный эффект после различных видов операций примерно одинаков (от 71,4 до 78,1%). В дальнейшем же довольно отчетливо выступает разница в показателях слуха на речь после прямой мобилизации стремени и операции Фовлера, с одной стороны, и после стапедопластики в различных модификациях — с другой. В первом варианте по истечении 3 мес. эффект от вмешательства снижается до 63,6%, во втором наблюдается постепенный прирост слуха, который достигает максимума (88,9%) после 6 мес.

Тональная аудиометрия в ближайшие сроки после прямой мобилизации и операции Фовлера выявила отличные и хорошие результаты в 43% наблюдений, после поршневой стапедопластики — в 60,8%. На более отдаленных сроках после первых двух видов вмешательств отмечено значительное снижение эффекта (до 20% отличных и хороших результатов), в то время как при поршневой стапедопластике процент отличных и хороших результатов к 1—2 годам возрастает в среднем до 81,3. Подобные результаты (80—81%) получены почти при всех видах стапедопластики, за исключением интерпозиционной методики, когда широкое вскрытие перилимфатического пространства ведет к снижению функционального эффекта до 72% в сроки наблюдений до 5 лет. Полученные результаты согласуются с данными О. К. Патакиной (83,2%), В. Ф. Кургузовой (79%), Ши (78%), В. А. Гукович (85%).

Зависимости функциональных результатов оперативных вмешательств от формы тугоухости и активности отосклеротического очага не установлено.

Травматичность вмешательства для внутреннего уха мы оценивали по выраженности вестибулярной реакции в послеоперационном периоде (головокружение в покое или при движении, статокINETические нарушения, тошнота, рвота, позиционный или спонтанный нистагм, изменение результатов экспериментальных вестибулярных проб по сравнению с исходным дооперационным уровнем). Эту реакцию мы связывали с хирургической травмой, если она наблюдалась непосредственно после операции и в дальнейшем шла на убыль. Нарастание реакции с 3—7-го дня указывало на развитие серозного лабиринтита. Наименее выраженная реакция была после мобилизации стремени, операции Фовлера и стапедопластики по Беллочки, не сопровождающихся значительным вскрытием преддверия: у 50% больных она отсутствовала, у 46% была кратковременной и слабой и только у 4% — тяжелой. При операциях, сопровождающихся вскрытием преддверия (поршневая стапедопластика по Ши и интерпозиционные методы стапедопластики по Кос и Портманн), реакция вестибулярного аппарата отсутствовала лишь у 29% оперированных; у 31% она была слабой, у 24% — выраженной и у 16% — тяжелой. Стойких и резких вестибулярных нарушений в отдаленные сроки после всех видов операций не наблюдалось.

Кроме вестибулярной реакции состояние внутреннего уха оценивалось по изменению слуховой функции, а именно — понижению слуха по костной проводимости и появлению ЖУНГА.

Анализ этих показателей позволяет считать стапедопластику в различных модификациях, включая поршневой ее тип, безразличной для внутреннего уха, в то время как прямая мобилизация и передняя круготомия являются наиболее щадящими видами оперативного воздействия. У большинства больных, оперированных этими спосо-

бами, отклонений от дооперационного уровня костной проводимости не отмечено. При стапедопластике с использованием тefлонового поршня реакция улитки на диффузное поражение подножной пластинки была выражена различно, однако преобладала средняя и резкая ее степень. Наиболее чувствительным показателем функциональных изменений в улитке является уровень костной проводимости, величина же дифференциального порога отражает только глубокие изменения, происходящие в звуковоспринимающем аппарате.

Анализ неблагоприятных исходов, составивших 8,3% от числа всех произведенных операций, показал, что причиной их чаще всего является реанкилоз стремени (после прямой мобилизации стремени и операции по Фовлеру), рефиксация вновь образованной цепи звукопроводения фиброзной тканью, заращение перфоративного отверстия в подножной пластинке вследствие остеогенеза, реже — смещение протеза при внезапном повышении давления в барабанной полости (чихание).

Реосификация овального окна особенно выражена у лиц с активным отосклеротическим процессом или облитерирующей формой его [7]. Остеогенетическому процессу может способствовать удаление подножной пластинки или провисание отдельных фрагментов ее в сторону преддверия. Возможно прорастание костной ткани в трансплантат [6].

Мы наблюдали больную Л., 33 лет, у которой стапедопластика по методу Ши (в 1961 г.) дала улучшение слуха. Однако за последние 2 года было отмечено постепенное снижение функционального эффекта. 25/III 1966 г. больная подверглась реоперации на левом ухе. При этом после удаления полиэтиленовой трубки оказалось, что под венозным лоскутом (трансплантатом), положенным ранее на нишу овального окна, вновь разрослась костная ткань. После удаления части подножной пластинки в центре проделано отверстие, в которое введен тefлоновый поршень. Получен хороший функциональный эффект, сохранившийся до настоящего времени. Морфогистохимическое исследование удаленного фрагмента подножной пластинки показало высокую степень активности отосклеротической перестройки кости.

Наиболее тяжелыми осложнениями, вызывающими необратимые изменения во внутреннем ухе и глухоту, являются обильное затекание крови в лабиринт и гнойный лабиринтит. Они составили 4,1% всех осложнений.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что стапедопластика в различных ее модификациях является серьезным вмешательством, небезразличным для внутреннего уха. В то же время она в большинстве случаев дает хорошие функциональные результаты и может быть рекомендована для восстановления слуха у больных отосклерозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гукович В. А. Хирургическое лечение больных с облитерирующей формой отосклероза. Автореф. докт. дисс., Киев, 1966.
2. Коломийченко А. И. ЖУНГБ, 1967, 2.
3. Кургузова В. Ф. ЖУНГБ, 1967, 2.
4. Никитина В. Ф., Солдатов И. Б., Стегунина Л. И., Храппо Н. С. Тр. III съезда отоларингологов УССР, 1965.
5. Пяткина О. К. Сравнительная оценка функциональной эффективности операций на стремени при отосклерозе. Автореф. докт. дисс., М., 1967.
6. Lindsay I. Ann. Otol., 1961, 70, 3, 785—807.
7. Salmon-Danic I., Sudaka I. Ann. Otolaryng. (Paris), 1963, 80, 45, 325—331.
8. Shea I. Ann. Otol. (St. Louis), 1963, 72, 4, 1109—1123.

УДК 616 — 005.1 — 618.4

КРОВОПОТЕРИ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

З. Н. Якубова и Р. Г. Идиятуллина

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) и ЦНИЛ (зав. — канд. биол. наук Н. П. Зеленкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Как известно, причиной кровотечений в родах в большинстве случаев является патология сократительной деятельности матки [1—3, 6], которая зависит от многих факторов.

Ряд авторов указывает на сокращение продолжительности родов и уменьшение кровопотери при них у рожениц, получавших психопрофилактическую подготовку.

Исходя из того, что в регулировании сократительной деятельности матки участвует и система ацетилхолин — холинэстераза, и учитывая разноречивость данных о влиянии этой системы на величину кровопотери в родах, мы поставили перед собой задачу изучить влияние психопрофилактической подготовки беременных к родам на состояние