

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

системы ацетилхолин — холинэстераза и величину кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

Ацетилхолин определяли методом Фюнера в модификации Беляевой, активность холинэстеразы — методом Хестрина, величину кровопотери — в процентном отношении к весу тела рожениц. Эффективность психопрофилактической подготовки оценивали как полную, частичную, без эффекта. Подготовленность рожениц учитывали по обменной карте, выданной женской консультацией.

Величина кровопотери индивидуально различна. Поэтому весьма важно знать границы физиологической потери крови для каждой роженицы.

Исследования Rosa de Blicck (1957) показали, что в 100 г свежей плаценты (без оболочек и пуповины) содержится в среднем 9 мл плодовой и 15 мл материнской крови. Исходя из этих данных, мы подсчитывали величину кровопотери следующим образом: всю выделенную из половых путей женщины кровь собирали до конца раннего послеродового периода и определяли ее количество в миллилитрах. К полученной цифре прибавляли 10% веса последа. Сумма составляла общую кровопотерю в миллилитрах. Затем вычисляли процентное отношение кровопотери к весу роженицы.

Для быстроты можно пользоваться готовой таблицей, где указан вес тела рожениц и количество крови в миллилитрах, соответствующее 0,5 и 1% их веса.

Под нашим наблюдением находилась 71 роженица в начале первого периода родов. Результаты исследований приведены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели состояния системы ацетилхолин — холинэстераза и величины кровопотери у женщин с различной эффективностью психопрофилактической подготовки к родам

Эффективность подготовки	Ацетилхолин, г/мл	Активность холинэстераз, мг • мл • 0,5 часа		Величина кровопотери в % к весу рожениц М ± m
		сыворотки М ± m	эритроцитов М ± m	
Полная	$0,6 \cdot 10^{-7}$	$7,80 \pm 1,23$	$25,00 \pm 2,82$	$0,29 \pm 0,05$
Частичная	$0,4 \cdot 10^{-8}$	$9,67 \pm 2,58$	$33,46 \pm 2,07$	$0,50 \pm 0,16$
Без эффекта	$0,6 \cdot 10^{-9}$	$5,98 \pm 0,53$	$36,82 \pm 6,67$	$0,67 \pm 0,12$
Без подготовки	$0,15 \cdot 10^{-7}$	$7,28 \pm 1,28$	$40,68 \pm 2,01$	$0,53 \pm 0,11$

У рожениц первых двух групп содержание ацетилхолина в крови повышено по сравнению с роженицами без эффекта подготовки при отсутствии отличия в активности сывороточной и истинной холинэстераз. У неподготовленных рожениц содержание ацетилхолина мало отличается от данных первых двух групп рожениц при значительном повышении активности истинной холинэстеразы. Можно допустить, что у последней группы женщин повышенная потеря крови наблюдается вследствие значительного повышения активности истинной холинэстеразы, которая способствует быстрому расщеплению ацетилхолина. Ацетилхолин, как известно, обладает сильным окситоическим действием на матку. Как снижение содержания его, так и быстрое разрушение ведут к уменьшению сократительной способности матки, что обуславливает повышенную потерю крови в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

ВЫВОДЫ

1. Определение величины кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периодах в процентном отношении к весу рожениц с учетом интраплацентарной крови является более целесообразным.
2. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам оказывает благоприятное действие на течение родов, ограничивая величину кровопотери при положительных эффектах.
3. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам свое нормализующее действие на течение родов осуществляет через систему ацетилхолин — холинэстераза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиева Р. Г. и соавт. Сб. научн. тр. Казанского мед. ин-та, 1964, т. 14. — 2. Бакшеев Н. С. Маточные кровотечения в акушерстве. Киев, 1966. — 3. Добрякова С. Б., Иванова Г. Б. Сов. мед., 1961, 10. — 4. Донигевич М. И. Клиническое течение родов при психопрофилактическом обезболивании. Автореф. канд. дисс., Кишинева, 1954. — 5. Князева Е. И., Лебедев Н. П. Акуш. и гинек., 1955, 2. — 6. Козаченко В. П. Казанский мед. ж., 1962, 6. — 7. Маневич Л. Е. Лаб. дело, 1965, 10. — 8. Rosa R., de Blicck I. Bull. Soc. Gynec. Obst., 1957, 27, 4, 386—392.