

**Изменения белкового спектра сыворотки крови у женщин с повышенной функцией щитовидной железы под влиянием йодистого калия**

Белковые фракции	Исходный фон	Через 6 дней	P
	M±m	M±m	
Преальбумины, г/л . . . . .	11,6±0,3	13,4±0,7	<0,5
Альбумины, г/л . . . . .	21,3±0,4	25,3±0,8	<0,001
Трансферрин, г/л . . . . .	9,4±0,1	8,3±0,2	<0,001
α <sub>2</sub> -макроглобулины, г/л . . . . .	1,2±0,1	0,40±0,02	<0,001
γ-глобулины, г/л . . . . .	10,1±0,2	10,1±0,3	<0,5
Коэффициент альбумины/глобулины . .	1,29±0,04	0,82±0,04	<0,001

P — по отношению к исходным данным.

влиянием йодистого калия достоверно увеличивалось содержание в грудном молоке альбуминов, γ-казеинов и уменьшалось количество α-казеинов.

У женщин с пониженной функцией ЩЖ в результате приема трийодтиронина отмечено достоверное увеличение концентрации в грудном молоке альбуминов и γ-казеинов (табл. 2).

Табл. 3 и 4 иллюстрируют изменения белкового спектра сыворотки крови у кормящих женщин под влиянием йодистого калия и трийодтиронина.

Таблица 4

**Изменения белкового спектра сыворотки крови у женщин с пониженной функцией щитовидной железы под влиянием трийодтиронина**

Белковые фракции	Исходный фон	Через 6 дней	P
	M±m	M±m	
Преальбумины, г/л . . . . .	15,6±0,8	9,6±0,4	<0,001
Альбумины, г/л . . . . .	17,1±0,4	26,1±1,0	<0,001
Трансферрин, г/л . . . . .	9,4±0,2	8,9±0,3	<0,5
α <sub>2</sub> -макроглобулины, г/л . . . . .	10,0±0,02	1,1±0,02	<0,5
γ-глобулины, г/л . . . . .	9,5±0,8	11,9±0,3	<0,01
Коэффициент альбумины/глобулины . .	1,34±0,04	0,87±0,01	<0,001

P — по отношению к исходным данным.

На основании полученных данных можно рекомендовать йодистый калий и трийодтиронин в качестве препаратов, улучшающих лактацию у женщин с измененной функцией ЩЖ.

УДК 616—008.853.4—053.31—097:618.36—097

**Л. К. Фазлеева (Казань). Реакция повреждения нейтрофилов с плацентарными антигенами у детей неонатального возраста**

Цель настоящей работы — попытаться выявить состояние сенсibilизации лейкоцитов у новорожденных, а также оценить физиологическую зрелость детей в зависимости от условий антенатального развития и наличия сенсibilизации лейкоцитов к антигенам плацентарной ткани.

При клиническом обследовании новорожденных мы пользовались тестом показателя повреждения нейтрофилов (ППН). Обследовано 75 детей (35 девочек и 40 мальчиков), родившихся от матерей с осложненным течением беременности. Контрольную группу составили 24 ребенка, родившихся от матерей с неосложненной беременностью.

В основной группе 8 матерей во время беременности страдали ранним токсикозом, 17 — нефропатией I ст. и 50 — нефропатией II—III степени. Детей от первичных родов было 52, от повторных — 23. Дети обследованы на I—3-й день жизни, 21 из них — в динамике на 4—8-й день. У 56% новорожденных состояние по шкале Апгар оценивалось в 8—10 баллов, у 33% — в 5—7 баллов и у 11% — в 4 балла и ниже.

Адаптация к внеутробным условиям у новорожденных от матерей с токсикозами беременности протекала с осложнениями.

Реакция ППН у детей, родившихся от матерей с ранним токсикозом беременности, не имеет достоверных отклонений от данных контрольной группы. Достоверные отклонения выявлены у новорожденных от матерей с тяжелыми формами токсикоза беременности (P<0,001). Процент положительных реакций с антигеном из плацентар-

ной ткани достигает  $50,7 \pm 6,1$ . По-видимому, глубокие обменные нарушения в организме матери при поздних токсикозах и выраженные патоморфологические изменения в плаценте с нарушением ее барьерной функции усугубляют изоантитенную сенсибилизацию.

Динамику реакции ППН на 4—8-й день жизни мы проследили у 21 новорожденного, родившегося от матерей с нефропатией II—III ст. и имеющего при рождении положительную реакцию ППН с плацентарными антигенами. Оказалось, что у  $\frac{2}{3}$  детей результаты этой реакции совпадали с данными при рождении.

Положительная реакция ППН с антигенами плодных оболочек у всех обследованных детей наблюдалась реже, чем с антигеном из плацентарной ткани. Однако достоверной разницы между этими показателями не выявлено ( $P > 0,05$ ). Следовательно, изосенсибилизация при поздних токсикозах беременности обуславливается антигенами как плацентарной ткани, так и плодных оболочек.

В группе детей с положительными реакциями ППН у  $\frac{2}{3}$  матерей наблюдалась более высокая частота патологии в родах — преждевременная отслойка плаценты, быстрые или затяжные роды, слабость родовой деятельности, потребовавшая родостимуляции, кровотечение и др. В состоянии различной степени внутриутробной гипотрофии родились 25% детей этой группы; 18% родились в состоянии асфиксии. В раннем неонатальном периоде у  $\frac{1}{3}$  детей наблюдалось нарушение адаптационного синдрома (выраженная желтуха новорожденных, высокий уровень физиологической убыли массы тела, повышение температуры и т. д.).

УДК 616.65—006.55—089.87—06—005.1

### Г. А. Подлужный, М. И. Ухаль, О. М. Гончар (Запорожье). Величина кровопотери при простатэктомии и послеоперационные осложнения

У 351 больного, оперированного по поводу аденомы предстательной железы, изучена зависимость частоты различных осложнений от величины кровопотери во время операции и в послеоперационном периоде. Одномоментная аденомэктомия произведена 207 больным, двухмоментная — 144. Оба вида операций выполняли чрезпузырным доступом.

По степени кровопотери больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу выделены 94 больных с суммарной кровопотерей во время операции и в послеоперационном периоде до 300 мл. Этим больным гемотрансфузий во время аденомэктомии и в послеоперационном периоде не производили.

2-ю группу составили 229 больных с суммарной кровопотерей во время операции и в послеоперационном периоде более 300 мл, а также 28 человек с массивным кровотечением (свыше 500 мл) в раннем и позднем послеоперационном периодах. Большинству пациентов 2-й группы переливали кровь как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде.

У больных 1-й группы осложнения в послеоперационном периоде возникали значительно реже, чем у больных 2-й группы (соотношение осложнений в группах равно 1:1:10).

Послеоперационные осложнения сказываются, естественно, на длительности госпитализации. В 1-й группе, где число послеоперационных осложнений было небольшим, средняя продолжительность пребывания больных на койке после операции была намного ниже, чем во 2-й ( $16,0 \pm 0,4$  и  $25,0 \pm 0,5$  дня соответственно,  $P < 0,001$ ).

Важно отметить, что частота послеоперационных осложнений, а следовательно, и средняя длительность пребывания больных на койке зависят и от величины кровопотери, и от возраста больного. Так, у больных в возрасте до 60 лет с суммарной кровопотерей менее 300 мл среднее число послеоперационных койко-дней, независимо от способа гемостаза, равно  $14 \pm 1,4$ . В возрастной группе 60—80 лет при суммарной кровопотере до 300 мл средний показатель послеоперационных койко-дней равен  $16 \pm 0,4$ , а у 80-летних и старше при такой же суммарной кровопотере он повышается до  $21 \pm 0,6$ .

При увеличении кровопотери более 300 мл число послеоперационных осложнений и средний показатель послеоперационных койко-дней повышаются независимо от возраста больных. Выявлена также тесная взаимосвязь между предшествующей операции частотой воспалительных процессов в мочеполовых органах и числом послеоперационных койко-дней. Так, у больных до 60 лет с суммарной кровопотерей более 300 мл воспалительный процесс в мочеполовых органах до аденомэктомии отмечен в 44%, среднее число послеоперационных койко-дней у них равно  $22 \pm 0,21$ ; у больных до 80 лет эти показатели составляли соответственно 54% и  $25 \pm 0,5$  дня ( $P < 0,001$ ); у больных старше 80 лет — 80% и  $31 \pm 2,8$  дня ( $P < 0,001$ ).

Высокая частота развития инфекционно-воспалительного процесса в мочеполовых органах после аденомэктомии дает основание предположить, что он обусловлен снижением защитных сил организма в связи с кровопотерей, а также с возрастом больных.

Таким образом, частота послеоперационных осложнений и продолжительность пребывания на койке после операции зависят от величины кровопотери, способа гемостаза и возраста больных.