

Immun. — 1978. — Vol. 19. — P. 1104—1112.

44. Rich S. A. // Science. — 1981. — Vol. 213. — P. 772—774.

45. Shivers J. C., Daniels C. A. // Arch. Virol. — 1979. — Vol. 59. — P. 89—97.

46. Skehel Y. Y., Willy D. C. // Targets for the design of antiviral agents. — N. Y. — 1984. — P. 121—136.

47. Sonnenfeld G., Mandel A., Merigan J. // Cell. Immunol. — 1977. — Vol. 34. — P. 193—206.

48. Theophilopoulos A. N., Dixon F. J. // Am. J. Pathol. — 1982. — Vol. 108. — P. 321—325.

49. Tschannen R., Steck A. J., Schäfer R. // Neurosci. Lett. — 1979. — Vol. 15. — P. 295—299.

50. Vierucci A., De Martino H., London W. // Lancet. — 1977. — i. — P. 156—160.

51. Vignaux F., Gresser I. // J. Immunol. — 1977. — Vol. 118. — P. 721—723.

52. Virelizier J., Chan E., Allison A. C. // Clin. Exp. Immunol. — 1977. — Vol. 30. — P. 299—304.

53. Watanabe R., Wege H., ter. Meulen V. // Nature. — 1983. — Vol. 305. — P. 150—151.

Поступила 06.03.89

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 613.1—02:614.8

**В. Ф. Алтунин, Н. Г. Халфиев, П. И. Лернер (Казань). Гелиометеопрогноз и травматизм**

Мы попытались установить взаимосвязь между неблагоприятным гелиометеопрогнозом и травматизмом.

Были проанализированы данные по приемному отделению Казанского филиала ВКНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» за 12 мес (с марта 1987 по февраль 1988 г.). Пострадавших принимали 2 раза в неделю (пятница и воскресенье) по поводу двух видов повреждений: опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговой травмы. В общей сложности за 106 приемных дней за врачебной помощью обратились 4134 человека. Гелиометеопрогноз нами взят по данным метеослужбы г. Казани. Наиболее насыщенными магнитными бурями были март и май, наименее — сентябрь и январь.

Приемные дни совпали с магнитными бурями в 38,6% случаев. В 33% случаев магнитные бури были накануне приемного дня, причем в 5,3% они наблюдались как накануне, так и в день приема больных. Взят общее число принятых пострадавших за март 1987 г., наиболее насыщенный магнитными бурями месяц (5 приемных дней совпало с магнитными бурями и в 6 случаях магнитные бури были накануне приема), и за январь 1988 г. (4 приемных дня совпало с магнитными бурями), мы отметили, что число больных (в марте — 458 человек, в январе — 580) не имело прямой зависимости от числа магнитных бурь.

В приемные дни, совпавшие с днями магнитных бурь (38,6%), было принято 42,2% (1745) пострадавших, а в дни без магнитных бурь (28,4% приемных дней) — 37,5% (1551), то есть во время магнитного спокойствия больных было больше, чем в дни магнитных бурь.

Видимой разницы в числе больных, получивших травму в день обращения, мы также не обнаружили. Имело место увеличение числа пострадавших, травмированных в день магнитной бури накануне обращения в приемное отделение (21,0% и 20,8% против 18,1% и 17,2%). Правда, увеличение отмечается среди пострадавших в возрасте 61 года и старше (30,6% против 25,5%). Наблюдается также некоторый рост числа травм, связанных с использованием транспорта (11,2% против 9,9%), и криминальных происшествий (27,6% против 22%).

УДК 616.345—007.41:616.386—089.8

**А. К. Горлов, М. Б. Кашин, М. Я. Гойербарг**

**(Куйбышев). Комбинированное лечение больного с синдромом Хилайдити**

За последние годы в литературе появились сообщения об единичных клинических наблюдениях синдрома Хилайдити у детей (топографическая аномалия толстого кишечника). Приводим наше наблюдение.

Р., 13 лет, поступил в детское хирургическое отделение 05.01.1984 г. с направительным диагнозом «опущение печени». Жаловался на периодическую боль в животе, его вздутие, особенно после физической нагрузки. Боль в животе беспокоила только днем, в положении стоя. Ночью или во время отдыха боль исчезала. Мальчик был вынужден оставить занятия в секции спортивной борьбы. Болен последние три года. До этого рос и развивался не отставая от сверстников. С рождения страдал запором. Стул мог отсутствовать по 3—4 дня.

Состояние больного было удовлетворительным; физическое развитие соответствовало возрасту, нормальной упитанности, складка кожи на уровне пупка — 3 см. Физикальное обследование грудной клетки патологии не выявило. Живот мягкий, безболезненный, симметричный с хорошо выраженной мускулатурой, но после физической нагрузки, как правило, отмечалось его вздутие в эпигастрии. В положении лежа край печени обычной консистенции пальпировался у края реберной дуги. В положении стоя, особенно после нескольких прыжков, исчезала печеночная тупость, а в правом подреберье обнаруживался тимпанит. При пальпации в этом положении нижний край печени был на 3 см выше пупка, перкуторно же определялись ее нормальные размеры.

При рентгенологическом обследовании грудной и брюшной полостей легочные поля чистые, границы сердца обычные. При обследовании стоя правый купол диафрагмы на 3 см был выше левого. Тень печени смещена вниз и влево. Под правым куполом диафрагмы контурировалась расширенная до 8 см толстая кишка. В положении Тренделенбурга тень печени располагалась в обычном месте и интерпозиция толстой кишки исчезала. При ирригоскопии выявлялись чрезмерная подвижность и свободное перемещение сигмовидной кишки в брюшной полости. На ирриграмме определялась удлиненная, несколько дилатированная сигмовидная кишка, делающая три дополнительных петли. Слепая кишка располагалась низко в малом тазу.

Анализы крови, мочи, функциональные пробы печени отклонений от нормы не выявили.

После обследования был поставлен диагноз «синдром Хилайдити».