

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. Взяв 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 ирригограмме определялась удлиненная, несколько дилатированная сигмовидная кишка, делающая три дополнительных петли. Слепая кишка располагалась низко в малом тазу.

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

После обследования был поставлен диагноз «синдром Хилайдити».

09.01.1984 г. произведена лапаротомия верхне-средним доступом (оператор — проф. В. П. Поляков). При ревизии органов брюшной полости выявлена удлинненная, растянутая серповидная связка печени. Печень свободно смещалась в мезогастральную область. При этом в образовавшийся карман под куполом диафрагмы проникала петля сигмовидной кишки. Толстая кишка почти на всем протяжении была расширена. Слепая кишка имела брыжейку. После мобилизации печеночного угла ободочной кишки была произведена пликация серповидной связки сближающимися швами. Передняя поверхность печени была припудрена стерильным тальком для лучшей фиксации. С той же целью была произведена гепатопексия П-образными швами за переднюю брюшную стенку. От резекции удлинненной сигмы решили воздержаться.

Послеоперационный период протекал гладко. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. Больной был выписан 20.01.1984 г. в удовлетворительном состоянии. Боль в животе исчезла, но запор сохранялся.

Для борьбы с запором был назначен курс терапии, включавший кроме послабляющей диеты прямую электрическую стимуляцию кишечника. Амбулаторно было проведено 10 сеансов трансректальной биополярной стимуляции. Уже после 3 сеансов электростимуляции стул стал ежедневным.

Обследован через 6 мес. Жалоб не предъявлял. Местоположение печени, ее границы и функция были нормальными. Стул регулярный при обычной диете. Мальчику разрешили заниматься спортом. Через три года после операции самочувствие юноши хорошее. Жалоб нет. Стул регулярный. Занимается спортом.

Мы считаем, что для полного выздоровления детей в аналогичных ситуациях не обязательно сочетать гепатопексию с резекцией толстой кишки, о чем пишут многие авторы. Прямая трансректальная электрическая стимуляция кишечника обладает, по нашим данным, стойким терапевтическим эффектом не только при хроническом органическом запоре, но и при такой комбинированной патологии, как синдром Хилайдити.

УДК 613.31:546.16:616.314—002—053.2

З. А. Эльдарушева (Казань). Заболеваемость кариесом зубов у детей в связи с различным содержанием фтора в питьевой воде

Мы изучали особенности распространенности и интенсивности кариеса зубов среди детей городов Махачкалы и Казани, различающихся по содержанию фтора в питьевой воде.

У 617 детей (в Махачкале — 332 ребенка, в Казани — 285) в возрасте 5—8 лет определена частота поражения кариесом зубов. Все дети были разделены на 4 возрастные группы. Интенсивность поражения кариесом устанавливали путем расчета индекса КП для молочных зубов, КПУ и КП — для смешанного прикуса. Распространенность кариеса выражали в процентах по отношению к общему числу обследованных детей.

Анализ полученных данных выявил различия в уровнях поражаемости кариесом зубов в зависимости от проживания в зонах с неодинаковым содержанием фтора в питьевой воде. Так, распространенность кариеса зубов среди детей Махачкалы составила 86,1%, Казани — 91,6% ($P < 0,05$). Средняя интенсивность кариеса зубов у обследованных детей в Казани была равна $7,77 \pm$

$\pm 0,16$, в Махачкале — $7,08 \pm 0,17$ ($P < 0,01$).

Таким образом, полученные данные подтверждают известную закономерность, что поражаемость молочных и постоянных зубов кариесом имеет обратную зависимость от содержания фтора в питьевой воде.

УДК 616.155.194.17—053.31

А. Ф. Субханкулова, Р. Н. Хакимова (Казань). О геморрагической форме гемолитической болезни новорожденных

В современном акушерстве встречается редкая форма гемолитической болезни новорожденных, определяемая как геморрагическая. Приводим наше наблюдение.

Ч., 34 лет, поступила в родильное отделение РКБ МЗ ТАССР с диагнозом: беременность 31—32 нед, рубец на матке, резус-конфликт, отягощенный акушерский анамнез.

Менструации с 14 лет, по 2—4 дня, через 28 дней, умеренные, регулярные, безболезненные, установились сразу. Замужем с 31 года. Группа крови В (III) резус-отрицательная, группа крови мужа О (I) резус-положительная.

В анамнезе 5 беременностей. Первая беременность в 1974 г. закончилась срочными родами живым, доношенным плодом женского пола. В родах — плотное приращение последа, ручное отделение и выделение последа. В связи с кровотечением произведена гемотрансфузия резус-положительной крови без реакции. Ребенок здоров, группа крови В (III) резус-положительная.

Роды при второй беременности осложнились отхождением околоплодных вод до начала родовых деятельности, выпадением петли пуповины, интранатальной смертью плода. По причине плотного приращения последа было произведено ручное отделение и выделение его с последующей гемотрансфузией резус-отрицательной крови. Резус-антитела в течение беременности не обнаружены.

При третьей беременности во втором триместре были выявлены резус-антитела в титре 1:16. В родильном отделении РКБ в результате досрочного (на 38-й неделе) родоразрешения родился ребенок с массой тела 3200 г, группа крови В (III) резус-положительная. Диагностирована врожденная желтушная форма гемолитической болезни средней тяжести. Новорожденному было произведено три заменных переливания крови. В возрасте 1,5 лет ребенок умер от бытовой травмы.

Роды при четвертой беременности осложнились разгибательным вставлением головки. Путем кесарева сечения извлечен плод массой тела 4500 г женского пола без признаков жизни. Со слов пациентки, отмечалось увеличение размеров печени плода и последа, желтушное окрашивание околоплодных вод.

Титр резус-антител при настоящей беременности находился на уровне 1:32. При госпитализации в родильное отделение РКБ титр резус-антител был тот же, титр по непрямой реакции Кумбса — 1:128. Клинические и биохимические анализы показали умеренную анемию (Hb от 1,3 до 1,46 ммоль/л), нормальные концентрации билирубина сыворотки крови (8,4 мкмоль/л) и активность щелочной фосфатазы (120 Е/л).

Назначен курс гипосенсибилизирующей терапии с дексаметазоном, инфузии гемодеза, полиглобина.

При динамическом ультразвукографическом исследовании отмечалось увеличение печени плода,