

09.01.1984 г. произведена лапаротомия верхне-срединным 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 сбаривающими 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, включающий 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-антигена в течение беременности не обнаружены.

При третьей беременности во втором триместре были выявлены резус-антигела 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-антигел при настоящей беременности находился на уровне 1:32. При госпитализации в родильное отделение РКБ титр резус-антигел 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, полиглокина.

При динамическом ультразвукографическом исследовании отмечалось увеличение печени плода,