

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 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,

водянка яичек, утолщение плаценты.

Был произведен трансабдоминальный амниоцентез с последующей спектрофотометрией околоплодных вод. По данным этого исследования предполагалось рождение ребенка с врожденной формой гемолитической болезни новорожденных тяжелой степени, с переходом в отечную форму (ОП — 0,118, непрямой билирубин околоплодных вод — 2,22 мкмоль/л).

Таким образом, по показаниям со стороны плода (формирование тяжелой врожденной желтушной формы гемолитической болезни), наличия опухоли на матке было необходимо досрочное родоразрешение путем кесарева сечения. С целью профилактики развития синдрома дыхательных расстройств и созревания сурфактанта назначен дексаметазон.

При сроке беременности 34 нед путем кесарева сечения в нижнем сегменте по Дерфлеру был извлечен новорожденный мужского пола с массой тела 3000 г и длиной 49 см. Группа крови В (III) резус-положительная, билирубин в сыворотке пуповинной крови составил 90,6 мкмоль/л, капиллярный гемоглобин — 4,45 ммоль/л. Состояние новорожденного тяжелое: стонет, отмечается мышечная гипотония, поза «лягушки». Кожные покровы иктеричные, имеется пастозность с мелкими геморрагиями. Печень пальпируется на 6—7 см ниже края реберной дуги, селезенка — на 2 см. Асцитическая жидкость перкуторно не выявлялась.

Через 2 ч 50 мин после рождения начато заменное переливание крови. Непрямой билирубин до первого переливания был равен 133,6 мкмоль/л (почасовой прирост — 14,2 мкмоль/л), после переливания снизился до 84,9 мкмоль/л.

Через 6 ч 40 мин после завершения первого заменного переливания крови начато второе: динамика концентрации непрямого билирубина до второго заменного переливания крови составляла 183,6 мкмоль/л (почасовой прирост — 13,8 мкмоль/л), после второго — 115,6 мкмоль/л.

Через 23 ч после рождения состояние ребенка крайне тяжелое: кожные покровы бледно-иктеричные с мелкоточечными кровоизлияниями на лице, верхних конечностях. Отмечаются пастозность, гиперрефлексия, мышечная гипотония, поза «лягушки», а также втяжение межреберных промежутков и раздувание крыльев носа. Живот большой, печень пальпируется на 7 см ниже края реберной дуги. Диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, тяжелое течение, геморрагический синдром. Начата интенсивная терапия.

На 27-м часу жизни возникло легочное кровоотечение. Новорожденный интубирован. На фоне ИВЛ появились обильное кровоотечение из желудка и легких; продолжена интенсивная терапия. Внутривенно введена эритромаасса. Самостоятельного дыхания не было. Через 30 ч жизни ребенок умер.

Окончательный диагноз: гемолитическая болезнь новорожденного, врожденная желтушная форма, гепатоспленомегалия, эритробластоз печени и селезенки, желтуха кожи, подкожной жировой клетчатки, слизистых оболочек, стенок боковых желудочков головного мозга. Точечные излияния крови в эпикард, слизистую оболочку желудка и кишечника, мелкопятнистые кровоизлияния в серповидный отросток и мозжечковый намет твердой мозговой оболочки, обширное кровоизлияние в мягкую мозговую оболочку левого полушария, в сосудистые сплетения желудочков мозга и в ткань

легких. Анасарка. Асцит, гидроторакс, гидроперикард, отек легких. Акцидентальная трансформация тимуса.

УДК 618.39—089.888.14—06:618.17—008.8

Л. П. Бакулева, Г. А. Гатина, Т. И. Кузьмина (Москва). Менструальная функция в отдаленные сроки после искусственного прерывания беременности в I триместре

Целью настоящего исследования являлось изучение состояния менструальной функции в отдаленном периоде после искусственного прерывания беременности в I триместре.

Менструальная функция была изучена у 131 пациентки, перенесших искусственное прерывание беременности в I триместре методом вакуум-экскохлации с последующим кюретажем. Состояние менструальной функции оценивали по данным менограмм и тестов функциональной диагностики. Менограмму изучили у 131 пациентки в течение 15 мес после прерывания беременности (1500 менограмм). Тесты функциональной диагностики (измерение базальной температуры, подсчет кардиопикнотического индекса, определение симптомов зрачка и растяжения шеечной слизи) применяли у 131 женщины в 552 менструальных циклах.

Анализ анамнестических данных показал, что до аборта нормопонирующий тип менструального цикла был у 73 (55,7%) из 131 обследуемой, постпонирующий — у 24 (18,3%), антепонирующий — у 22 (16,8%), нерегулярный — у 12 (9,2%). После операции несвоевременное наступление первой менструации было выявлено у 66 (50,4%) женщин, у остальных 65 (49,6%) отмечено изменение характера менструального цикла: олигоменорея — у 20 (15,6%), гиперполименорея — у 33 (25,2%), альгоменорея — у 12 (9,2%). У 55 из 65 пациенток указанные нарушения длились в течение первых трех месяцев с последующей клинической нормализацией, а у остальных 10 (7,6%) женщин имели место стойкие нарушения менструального цикла, которые выражались в гиперменструальном (4) и гипоменструальном (6) синдромах.

Через 6—12 мес после аборта у 70 (53,4%) женщин были обнаружены нарушения менструального цикла по типу гиперменструального (у 21) и гипоменструального (у 45) синдромов, ациклических кровотечений (у 4).

Обследование гормональной функции яичников по тестам функциональной диагностики в 356 менструальных циклах позволило выявить двухфазный менструальный цикл с укороченной лютеиновой фазой у 63 из 80 (78,8%) пациенток с клиническими нарушениями менструального цикла. Длительность лютеиновой фазы варьировала от 4 до 9 дней и в среднем составляла $7,4 \pm 1,0$ дня. Монофазный цикл был у 17 (21,3%) женщин. Кардиопикнотический индекс в I фазе менструального цикла был равен $12,4 \pm 2,0$, в овуляторном периоде — $39,7 \pm 3,6$, лютеиновой фазе — $20,7 \pm 0,9$ (в норме — соответственно 20—25%, 60—85%, 30—45%).

Таким образом, менструальный цикл на фоне снижения эстрогенной активности яичников был нарушен у 80 (61%) женщин ($P < 0,05$).

Обследование функции яичников у остальных 51 пациентки в 196 менструальных циклах показало, что у всех женщин, несмотря на отсутствие клинических проявлений были нарушения менструального цикла, функция яичников также