



Рис. 2.

Линейка геометрически связывает дату рождения и дату обследования ребенка. На неподвижной части линейки в выбранном масштабе нанесены месяцы года рождения и месяцы года обследования. На подвижной части линейки с левого и правого ее краев имеются зачерненные поля с надписями «вычесть 1 год», «прибавить 1 год». При совмещении нулевой риски на левом крае подвижной линейки с риской, соответствующей 1 января года рождения на неподвижной линейке, конец левого зачерненного поля совпадает с риской 30 июня года рождения, начало правого зачерненного поля — с риской 1 июля года обследования, а конец правого зачерненного поля — с риской 31 декабря года обследования. Способ пользования линейкой можно уяснить на примере. Дата рождения ребенка — 25/II 1960 г., дата обследования — 8/IX 1968 г. Совместим нулевую риску на подвижной линейке с датой 25 февраля года рождения на неподвижной линейке. Дата 8 сентября года обследования на неподвижной линейке находится против правого зачерненного поля с надписью «прибавить 1 год». Следовательно, возраст ребенка равен: $1968 - 1960 + 1 = 9$ годам. Для практического пользования неподвижную часть линейки со шкалой, вычерченной на миллиметровой бумаге, удобнее наклеить на картон и подвести под нее картонный поддон. Для подвижной линейки можно использовать обычную учебную линейку, на которую следует нанести заштрихованные поля в соответствующем масштабе. Практика показала, что пользование описанным графиком, а также линейкой в несколько раз сокращает производительность вычислительных работ.

Точность расчета вполне достаточная.

Подобные графики и линейка могут быть разработаны и для определения возраста детей до 7 лет.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Ярыков, Белопитов, Светославова и Лазаров. Ошибки в акушерско-гинекологической практике. София, 1970

Авторы монографии поставили своей задачей помочь врачам избежать ошибок в практической деятельности. Помимо ошибок «без вины», есть и такие, которые обусловлены недостаточным знанием предмета или халатным отношением к профессиональным обязанностям.

К условиям, повышающим возможность диагностических ошибок, авторы относят сложность, атипичность, «бессимптомность» заболевания. Причины же ошибок могут быть как объективными (недостаточность данных медицинской науки, отсутствие методов быстрого и непосредственного исследования ряда органов и систем, трудность исследования больного, находящегося в тяжелом состоянии, а также недостатки в организации и оснащении лечебных учреждений), так и субъективными. Объективные причины создают возможность ошибок, но реализуются последние врачом, и решающую роль играют субъективные причины. К ошибкам ведут: невнимательное, поверхностное, поспешное, неполное исследование больного; недостаточный уровень теоретической подготовки врачей, узость их диагностического кругозора, разрыв между уровнем медицинской науки и уровнем знаний отдельного врача.

В монографии рассматриваются вначале ошибки при диагностике беременности как в ранние, так и поздние сроки. Нередко за беременную матку принимают опухоли внутренних половых органов, прямой кишки, опущенную почку и даже нормальную небеременную матку. С другой стороны, следует думать о возможной беременности при каждой опухоли в животе. Наличие «менструаций» и девственной плевы не исключают беременности.

Возможны ошибки в диагностике и тактике врача при смерти плода. Использование рентгенографии для диагностики смерти плода до 20-й недели беременности является грубой ошибкой. Рентгенография плода может дать только вероятные признаки его смерти, к тому же они появляются обычно лишь через 4—7 дней после смерти, а в некоторых случаях не ранее 14—15 дней. Большие диагностические возможности представляет фетальная фонокардиография и фетальная электрокардиография. По данным авторов, при мертвых плодах ФКГ показала соответствующий состоянию плода результат в 100%, а при живых плодах — в 63,64%. ФЭКГ отразила действительное состояние плода при мертвых плодах в 93,75%, а при живых — в 93,33%.

Досадной и иногда опасной ошибкой является задержка освобождения матки от мертвого плода более чем на 3—5 недель.

Часты ошибки при искусственном прерывании беременности. Нередко осуществляют «прерывание беременности» еще до клинического проявления беременности, производят выскабливание полости матки при ненарушенной внематочной беременности.

Ошибкой следует считать выскабливание полости матки без наркоза или анестезии.

Перфорацию матки может допустить и самый опытный гинеколог. Авторы считают, что один оператор не должен делать более 3, максимум 4 последовательных прерываний беременности в день. Такова профилактика нарушений при выскабливании полости матки.

Недопустимо запоздалое применение терапевтических мер при атонических или гипотонических кровотечениях в послеродовом периоде родов. Одна из самых частых и опасных ошибок при подобных кровотечениях — это позднее ручное отделение плаценты, обследование матки и удаление задержавшихся частиц и поздняя маточно-влагалищная тампонада. Грубой ошибкой является упорное стремление врача отделить рукой placenta accreta или increta.

Авторы, в отличие от современных акушеров, считают маточную тампонаду самым надежным, самым быстрым и легче всего выполнимым крайним средством при гипотонических и атонических кровотечениях. Ее следует делать своевременно («лучше раньше, чем позже»). Полость матки необходимо тампонировать плотно и одновременно обязательно туго тампонировать влагалищные своды и влагалище. Следует помнить, что атонические кровотечения склонны к рецидивам.

Задержка плацентарных частей может долгое время не давать кровотечения. Задержанные части должны быть немедленно удалены.

Афибриногемические маточные кровотечения — очень серьезное осложнение беременности и родов, а ошибки в диагностике и поведении врача исключительно опасны.

Авторы настаивают, чтобы каждое крупное акушерско-гинекологическое отделение или роддом располагали запасом крови и имели от 2,0 до 5,0 фибриногена. Фибриноген могут заменить сухая плазма, антигемофильная плазма. Полезно при этом введение эпсилон-аминокапроновой кислоты, протаминсульфата.

Авторы считают несомненной ошибкой недооценку роли гипокортицизма в патогенезе родового шока и при профилактике и лечении его. Для проведения комплексного неотложного лечения при родовом шоке необходимы усилия чаще всего 2—3 врачей, один из которых — анестезиолог, реаниматор.

Остальные разделы монографии представлены описанием многочисленных казуистических наблюдений.

Заключительная глава книги посвящена вопросам юридической ответственности акушеров-гинекологов.

Вся монография насыщена яркими жизненными поучительными примерами и будет с интересом прочитана не только молодыми, но и опытными врачами-практиками и педагогами.

К. А. Окулов (Оха-на-Сахалине)

НЕКРОЛОГ

ПАМЯТИ А. Д. ЕГОРОВА

В мае 1970 г. скончался Александр Дмитриевич Егоров, один из старейших врачей Башкирии.

А. Е. Егоров родился в 1888 г. в бывшей Симбирской губернии. После окончания 2-й Казанской гимназии он поступил на медицинский факультет Казанского университета. В 1914 г., получив диплом врача, был призван в армию, работал в перевязочных отрядах и лазаретах. В 1917 г. на фронте был избран солдатами в революционный комитет части. В 1918 и 1919 гг. находился на фронтах гражданской войны. После демобилизации в 1924 г. А. Д. Егоров безвыездно работал в Уфе.

Врач-практик А. Д. Егоров всегда стремился внести посильный вклад в развитие медицинской науки. Им опубликовано 9 научных работ, посвященных главным образом вопросам оториноларингологии. Он принимал активное участие в работе Башкирского отделения общества отоларингологов.

А. Д. Егоров постоянно испытывал чувство благодарности к своей alma mater. Свои воспоминания о медицинском факультете Казанского университета он опубликовал в Казанском медицинском журнале (1963, 1).

Александр Дмитриевич был эрудированным врачом с высоко развитым чувством профессионального долга. Даже в преклонном возрасте он всегда был готов прийти на помощь больному. Эти качества и создали ему заслуженный авторитет и популярность.

Светлая память об А. Д. Егорове надолго сохранится у всех знавших его.

Башкирское отделение общества оториноларингологов, противотуберкулезный диспансер г. Уфы.

