

вагинальном исследовании шейка была в таком же состоянии, удалось на 3 поперечных пальца выше лона определить матку размером не более 15—16 недель беременности, без ясных контуров, значительно выше матки в правом подреберье отчетливо пальпировалась крупная часть плода.

Был поставлен диагноз: старый разрыв матки в результате криминального вмешательства с выхождением плода в брюшную полость.

Проведена срочная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено небольшое количество темной крови и небольшой старый организовавшийся сгусток в малом тазу. Плод свободно лежит в брюшной полости, в правой половине живота, головкой к правому подреберью. Матка в малом тазу, размеры ее соответствуют 14—15-недельной беременности. У правого ребра матки — старый разрыв длиной 8—10 см с переходом на дно. Часть плаценты с истинным приращением по типу placenta increta находится в полости матки, а часть, проникая через разрыв, прикреплена на сальнике и на брюшине пузырно-маточной складки. Извлечен живой плод мужского пола весом 2300 г, длиной 48 см. Обращала на себя внимание сухость кожных покровов ребенка. Обнаружить плодный мешок либо его обрывки не удалось. После удаления плода сделана высокая ампутация тела матки с частичной резекцией сальника. Послеоперационный период протекал без осложнений. Выписана на 15-й день с живым ребенком.

До настоящего времени мать и ребенок здоровы.

УДК 616—007—053.1

Н. В. Орлова (Куйбышев-обл.). Редкие наблюдения пороков развития плода

Перинатальная смертность при пороках развития достигает 12,5% (И. С. Легенченко), по нашим данным — 12%.

Среди причин, ведущих к врожденному уродству плода, наибольшее значение придается неполноценности половых клеток и наследственности. Наследственность как причина возникновения порока развития составляет 20%, хромосомные aberrации — 10%, вирусные инфекции — 10%. Остальные причины (нарушение обменных процессов, эндокринные расстройства, травмы, облучение, токсикозы, авитаминозы, алкоголь, влияние химических агентов) мало изучены.

В последние годы получены данные о тератогенном влиянии лекарственных веществ (андаксина, аспирина, дибазола, папаверина, бициллина, талидамида, противоопухолевых цитостатических препаратов, прогестерона, антибиотиков тетрациклинового ряда, опиия, морфина).

Мы приводим краткое описание наших наблюдений редко встречающихся уродств.

1. У первобеременной 21 года 7/III 1970 г. родился живой доношенный мальчик, весом 3100 г, длиной 52 см. У ребенка отсутствует правое предплечье, представленное культей (гемимелия). Повреждающее значение в возникновении подобного уродства имеет механическое воздействие на эмбрион, чаще в ранние стадии развития.

2. У первобеременной 21 года 17/XI 1969 г. родился мертвый мальчик, весом 1300 г, длиной 36 см. У ребенка истинная врожденная энвентерация с дефектом передней брюшной стенки и выпадением внутренних органов. Головка плода деформирована, черепная коробка отсутствует (экзенцефалия); мозговая грыжа, срединная расщелина лица, волчья пасть, нет нижней конечности. Причину данного уродства выявить не удалось.

3. У первобеременной 19 лет 2/VII 1968 г. родился мертвый мальчик весом 1700 г, длиной 42 см, с недоразвитием нижней челюсти (агнатия), сочетающимся с соединением нижних частей ушных раковин (синотией).

Уродства и аномалии в области лица являются следствием неполных сращений лицевых отростков.

4. Из районного родильного дома переведена в хирургическое отделение доношенная девочка 20 дней с явлениями частичной кишечной непроходимости, пневмонии. У ребенка выпадение матки и спинномозговая грыжа. Девочка не оперирована, умерла на 4-й день пребывания в стационаре.

Врожденное выпадение половых органов встречается крайне редко и объясняется нарушением иннервации мышц тазового дна вследствие спинномозговой грыжи в поясничной области.

Во всех случаях представленных уродств не удалось выявить паразитарных заболеваний. Прием лекарственных препаратов имел место в одном случае. Беременная лечилась от токсикоза беременности и катара верхних дыхательных путей.

УДК 618.29

К. В. Воронин, Р. М. Якупова (Казань). Об определении веса плода у рожениц с относительным сужением таза

Знание предполагаемого веса плода у женщин с анатомическим сужением таза позволяет планировать родоразрешение и устанавливать прогноз родов. В. И. Горбунов, модифицировав метод Негеле (1967), получил ошибку в вычислении веса плода менее 500 г в 96,6%, что выгодно отличает этот метод от предложенных ранее. Суть

метода заключается в следующем: величину окружности живста умножают на величину отстояния дна матки от лона и получают ориентировочный вес плода в граммах. Неделе настанвал на соблюдении следующих условий: беременность доношенная или близка к ней (38—42 нед.), женщина должна быть средней упитанности (разница по Броку не более 11 кг).

Мы обобщали наши наблюдения по использованию метода В. И. Горбунова у 440 рожениц с относительным сужением таза. Определение веса плода производили по формуле: $x = O \cdot D$, где x — предполагаемый вес плода, O — окружность живота, D — отстояние дна матки от лона. В зависимости от веса женщин подразделяют на две группы: нормальной упитанности (разница в весе в соотношении к росту не превышает 11 кг) и повышенной упитанности (разница превышает 11 кг). В свою очередь каждую группу подразделяют в зависимости от срока беременности на три подгруппы: до 38 недель, 38—42 недели и более 42 недель. Соответственно этой градации В. И. Горбунов вносит в формулу следующие коррективы (табл. 1).

Таблица 1

Срок беременности	1-я группа	2-я группа
До 38 недель	$x = O \cdot \left(D \frac{H-14}{4} \right)$	$x = (O-2) \cdot \left(D \frac{H-14}{4} \right)$
38—42 недели	$x = O \cdot D$	$x = (O-2) \cdot D$
Более 42 недель	$x = (O+T-14) \cdot D$	$x = O \cdot D$

Случаев перенашивания плода более 42 недель в материале не встретилось.

Отклонения предполагаемого веса плода от истинного в пределах 0 ± 200 г считают минимальной ошибкой, от 200 до 500 г — средней, 500 г и выше — максимальной. По нашим материалам эти ошибки составили соответственно 75,2; 21,4 и 3,4% (351, 94 и 15 случаев из 440). Сравнительные данные предполагаемого веса плода представлены в табл. 2.

Таблица 2

Метод определения	Минимальная ошибка	Средняя ошибка	Максимальная ошибка
	%		
Пальпаторный	62,4	30,6	7 ($P < 0,001$)
А. Г. Перадзе	69,3	24,1	6,6 ($P = 0,02$)
А. В. Рудакова	61,8	20,9	17,3 ($P < 0,001$)
В. И. Горбунова	75,0	21,6	3,4 ($P > 0,05$)
Наш материал	75,2	21,4	3,4

109 средних и максимальных ошибок допущены в группах 57 первородящих (46 и 11 соответственно) и 52 повторно и многорожавших (48 и 4 соответственно). При учете фактического веса новорожденного ошибки распределились так: до 2500 г — 8 (7 и 1 соответственно), 2500—3000 г — 36 (33 и 3 соответственно), 3000—3500 г — 45 (38 и 7 соответственно), 3500 г и более — 20 (16 и 4 соответственно).

На долю сужения таза I ст. падает 73,4%, II ст. — 26,6% ($P > 0,05$) допущенных средних и максимальных ошибок. При анализе материала обращает на себя внимание, что ошибочное определение веса плода в сторону его превышения чаще встречалось в группе рожениц с многоводием, отеками, преждевременными родами, в сторону же его занижения — у рожениц маловесных и низкорослых. При сопоставлении эти данные недостоверны ($P > 0,05$), но их желательно учитывать при определении предполагаемого веса плода.

Таким образом, метод В. И. Горбунова оказался более точным по сравнению с другими методами, что повышает практическую ценность его при прогнозировании родоразрешения. Учет соотношения роста роженицы к весу и срока беременности значительно повышает объективность этого метода.

УДК 616.16—007.64

В. Я. Перепелица (Саратов). Телеангиэктатическая болезнь у беременной

В доступной нам литературе встретилось только 2 описания болезни Рандю — Ослера в сочетании с беременностью, которые закончились срочными родами.

Приводим наше наблюдение.

Д., 21 года, поступила 22/1 1971 г. на 37 неделе беременности с жалобами на одышку при физическом напряжении, цианоз, чувство тяжести в области желудка,