

метода заключается в следующем: величину окружности живота 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,

общую слабость. Указывает на редкие носовые кровотечения на протяжении данной беременности. У матери, сестры и брата беременной также бывают носовые кровотечения и отмечается бледность кожных покровов. В 1967 г. Д. находился на обследовании в Киевском институте туберкулеза и грудной хирургии, где существенных изменений не было выявлено. Полагали, что клинические проявления заболевания, возможно, связаны с телеангиэктазиями сосудов легких.

Первая половина беременности протекала без осложнений, с 32-й недели появилась одышка при физическом напряжении, слабость.

Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые синюшные. Резко выражен цианоз носа, губ, ногтевых фаланг, кожи живота, где видны телеангиэктазии, издали напоминающие цианотичную кожу; при близком же осмотре оказывается, что они состоят из расширенных капилляров и мелких артериол. Пульс 86, АД 110/70—120/80. Границы сердца не изменены, на верхушке и в точке Боткина выслушивается нежный систолический шум. Дыхание везикулярное, одышки нет. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки. Печень и селезенка не пальпируются. Кровь и моча без патологических изменений.

На основании анамнеза (семейственность, наследственность заболевания), клинической картины (синюшность кожных покровов и телеэктазии на коже живота) поставлен диагноз: беременность 37 недель, телеангиэктатическая болезнь.

Решено выключить второй период родов путем наложения акушерских щипцов ввиду возможного возникновения легочного кровотечения и отека легких и провести все необходимые мероприятия для профилактики кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

29/1 в 11 час. началась родовая деятельность. Первый период родов продолжался 9 часов, для обезболивания женщине дважды вводили промедол. Второй период родов выключен наложением полостных акушерских щипцов. Родилась девочка весом 2700 г, длиной 49 см, в хорошем состоянии. Оценка по шкале Апгар — 10 баллов. Через 10 мин. самостоятельно отделился и выделился послед со всеми оболочками, плацентарная ткань оказалась без дефектов, кровопотеря 275 мл. Послеродовой период протекал без осложнений. Родильница выписана на 12-й день в удовлетворительном состоянии.

Несмотря на неблагоприятное течение болезни, данное наблюдение показывает, что при правильном ведении беременности и родов возможны благоприятные исходы.

Оперативное ведение родов (кесарево сечение) для больных с данным заболеванием более опасно, чем консервативное, так как оно может привести к тяжелейшему кровотечению из расширенных сосудов брюшной полости и матки.

УДК 616.995.122.21

Р. И. Хамидуллин (Казань). К диагностике описторхоза

На территории Среднего Поволжья в ТАССР нами выявлен крупный очаг описторхоза, включающий почти все приречные районы Татарии: Куйбышевский, Зеленодольский, Тетюшский, Камско-Устьинский (р. Волга), Лаишевский, Алексеевский, Чистопольский, Рыбно-Слободский (р. Кама), Актанышский (р. Белая).

К сожалению, до сих пор допускаются ошибки в диагностике этого заболевания; врачебный персонал почти не знаком с острой фазой описторхоза.

Острая фаза описторхоза протекает в виде острого аллергоза: через 2—4 недели после заражения (употребление рыб семейства карповых, в ТАССР чаще всего лещей, в недостаточном просоленном виде или вяленой рыбы) в ряде случаев возникает лихорадочное состояние, длящееся от нескольких дней до 2 месяцев, температура повышается до 38—39°, наблюдается озноб, появляются зудящие высыпания на коже, резкая слабость, боли в мышцах и суставах, ноющие или приступообразные боли в эпигастриальной области с распространением в правое подреберье. Больные жалуются на тошноту, рвоту, потерю аппетита, горечь во рту, поносы или запоры. У некоторых больных появляется желтушная окраска склер и моча темного цвета. Отмечается болезненность в эпигастрии и в правом подреберье, печень выступает из-под края ребер на 3—4 см (аллергический гепатит). Иногда увеличивается селезенка. В крови гиперлейкоцитоз, эозинофилия, РОЭ ускорена, в сыворотке крови гиперпротеинемия с увеличением α_2 - и γ -глобулинов. Пункционная биопсия, по данным Н. Н. Плотникова (1970), выявляет в печени некробиозы паренхимы, васкулиты, лимфогистиоцитарные и эозинофильные инфильтраты. Больные оказываются нетрудоспособными в течение нескольких месяцев.

Приводим описание ошибочной диагностики. В больницу водников г. Казани 28/XII 1968 г. поступил больной 18 лет с диагнозом: подозрение на брюшной тиф. Состояние тяжелое, на коже мелкопятнистая сыпь. Язык обложен. Пульс 100. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот болезнен в эпигастрии и в правом подреберье. На консилиуме врачей было высказано предположение о наличии поддиафрагмального абсцесса, пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, и 3/1 1969 г. была произведена лапаротомия, но патологии не было выявлено.

4/1 1969 г. на основании анамнеза (употребление в ноябре большого количества вяленой рыбы) и клинической картины была диагностирована острая фаза опистор-