

Таблица 2

Экономический ущерб на одного пострадавшего в зависимости от способа лечения

Затраты, руб.	Способ лечения			
	гипс	скелетное вытяжение	операция	компрессионно-дистракционный остеосинтез
Затраты на стационарное лечение	272	560	656	522
Затраты на амбулаторное лечение	17,26	17,26	25,71	18,10
Выплата по социальному страхованию	544	592	656	432
Стоимость валовой продукции, недоданной за весь период лечения	4352	4736	5248	3456
Итого	5185,26	5905,26	6585,71	4428,10

ломах без смещения отломков, скелетное вытяжение при косых и винтообразных переломах и внеочаговый остеосинтез при открытых переломах костей голени.

По мере накопления опыта целесообразно применять внеочаговый остеосинтез и при закрытых переломах костей голени, так как он дает лучшие результаты и экономически выгоднее, чем скелетное вытяжение или гипсовая повязка.

Результаты лечения переломов костей голени в сельских травматологических стационарах приближаются к таковым в городских, что подтверждает целесообразность организации специализированных районных и межрайонных сельских травматологических отделений.

УДК 618.5

Л. Л. Талатина (Казань). Особенности течения и ведения родов при аномалиях родовой деятельности

Нами проведен анализ 1610 родов, прошедших в акушерской клинике № 1 Казанского ГИДУВа за 1981 г. 105 (6,5%) из них осложнились аномалиями родовой деятельности. Наиболее частым видом патологии родовой деятельности являлась ее слабость (6,0%): первичная — у 77 (4,8%), вторичная — у 13 (0,8%). Дискоординированная родовая деятельность диагностирована у 15 (0,9% рожениц), из них у 13 — функциональная дистония шейки матки, у 2 — анатомическая.

Аномалии родовой деятельности преимущественно встречались у рожениц 21—25 лет (43,8%), что, по всей вероятности, связано с возрастным подъемом рождаемости. Первичная слабость наблюдалась чаще у женщин в возрасте до 20 и после 30 лет. Вторичная слабость чаще развивалась у беременных старше 30 лет. Функциональная дистония шейки матки констатирована у женщин до 18 и после 30 лет, анатомическая ригидность — исключительно в возрасте старше 30 лет. Таким образом, группу женщин с наибольшим риском развития аномалий родовой деятельности составили роженицы до 20 и после 30 лет.

Первичная слабость родовой деятельности была обусловлена в основном наличием крупного плода, перенесенной беременностью, ожирением, дисфункцией яичников. Тазовое предлежание не играло решающей роли в развитии этой патологии. Преждевременное отхождение околоплодных вод осложнило течение родов почти у каждой четвертой женщины, что неблагоприятно сказалось на исходах родов.

Вторичная слабость родовой деятельности возникала при наличии крупного плода, перенесенной беременности и вследствие многочисленных аборт, отмеченных в анамнезе.

В первые 6 ч первичная слабость родовой деятельности установлена у 67 рожениц. Всем этим женщинам создан эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевый фон. Затем при длительности безводного периода менее 6 ч (у 48 рожениц) проводилась родостимуляция по схеме Курдиновского—Штейна, более 6 ч (19) — стимуляция внутривенным капельным введением окситоцина от 3 до 15 единиц в зависимости от массы тела роженицы и ответной реакции матки.

У всех 67 женщин с первичной слабостью родовой деятельности продолжительность родов составила от 18 до 22 ч, и роды закончились рождением живых детей с оценкой по шкале Апгар в 8—9 баллов. Осложнений после родов не было.

У 10 женщин первичная слабость родовой деятельности была выявлена поздно, так как первоначально ее признаки были расценены как прелиминарный период. Стимуляция капельным введением окситоцина после предварительного создания эстрогено-витамино-глюкозо-кальциевого фона начата только через 10—12 ч, поэтому роды затянулись до 36—42 ч. У 8 рожениц в связи с начавшейся внутриутробной асфиксией плода роды закончились вакуум-экстракцией плода, у одной — наложением полостных акушерских щипцов. У 3 новорожденных установлены признаки внутричерепной травмы. Все дети живы. Оценка по шкале Апгар — 5—7 баллов.

Частота вторичной слабости родовой деятельности у первородящих и повторно-рождающих женщин была примерно одинаковой. Стимуляция родовой деятельности у 7 рожениц проводилась внутривенным капельным введением окситоцина, у 5 — дробными дозами маммотоцина 6 раз по 2 мл внутримышечно через каждые 30 мин. Общая продолжительность родов при стимуляции окситоцином составила от 12 до 24 ч, маммотоцином — от 30 до 34 ч, поэтому маммотоцин нужно применять только в сочетании с другими родостимулирующими средствами.

Масса тела плода колебалась от 3000 до 4500 г. Оценка поворожденных по шкале Апгар — 6—9 баллов.

4 роженицам в связи с неэффективностью медикаментозной родостимуляции выполнена вакуум-экстракция плода. У 2 поворожденных диагностирована внутричерепная травма, одного оживить не удалось. Осложнений в послеродовом периоде у женщин не отмечалось.

Диагноз функциональной дистонии был поставлен только через 10—12 ч после начала родов, анатомической ригидности — через 18—20 ч.

Первоначально всем женщинам проводилась терапия первичной слабости родовой деятельности, лишь после постановки диагноза функциональной дистонии шейки матки их начинали лечить спазмолитиками и болеутоляющими средствами. При отсутствии противопоказаний назначали ГОМК или седуксен.

Лечение оказалось эффективным только у 4 рожениц. Продолжительность родов у них составила от 22 до 30 ч. Масса тела новорожденных колебалась от 3200 до 4700 г. Оценка по шкале Апгар — 7—9 баллов. В послеродовом периоде у 3 родильниц возникло гипотоническое кровотечение, у одной — субинволюция матки.

У 7 рожениц консервативное лечение функциональной дистонии было неэффективным. Им произведено абдоминальное кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову. Масса тела плода — от 3000 до 4000 г. Оценка по шкале Апгар — 7—9 баллов. Осложнений после операции не было. Консервативное лечение анатомической ригидности шейки матки было также безуспешным. При раскрытии шейки матки на 6 см сделаны хирургические насадки шейки матки, после этого роды закончились через 30—40 мин. Новорожденные имели массу тела 4000 и 4200 г, оценку по шкале Апгар в 9 баллов. Послеродовый период протекал без осложнений.

Таким образом, профилактика слабости родовой деятельности должна начинаться в женской консультации с выявления группы риска беременных по аномалиям родовой деятельности. В нее должны входить женщины с ожирением, дисфункцией яичников, воспалительными заболеваниями гениталий, с наличием крупного плода, перенесенной беременностью, многократными абортными в анамнезе.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 362.147:616—036.865—001

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ТРАВМ В ГОРОДСКИХ ПОЛИКЛИНИКАХ И МЕДСАНЧАСТЯХ

Н. Д. Козин

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. А. Ф. Фролов) Мордовского ордена Дружбы народов государственного университета имени Н. П. Огарева

Анализируя материалы по инвалидности, вызванной травмами, по данным г. Саранска с 1970 по 1980 гг., мы установили, что, несмотря на колебания интенсивных показателей первичного выхода на инвалидность по отдельным годам, выявляется отчетливая тенденция к их увеличению.

Основная часть инвалидов вследствие травм находится в трудоспособном возрасте. Поэтому в условиях сложившейся демографической ситуации, которая, в частности, характеризуется дефицитом трудовых ресурсов, изыскание путей снижения уровня инвалидности названного контингента приобретает особую актуальность.

Из 239 лиц трудоспособного возраста инвалидами I группы были 12 (5,0%) человек, II — 122 (51,0%), III — 105 (44,0%). Мужчин было в 3,8 раза больше, чем женщин. Большую часть составляли рабочие (84,5%), значительно меньшую — служащие (13,4%) и учащиеся (2,1%).

У 23,9% лиц причиной инвалидности были повреждения головы, у 23,4% — травма нижних конечностей, у 21,7% — переломы позвоночника. Другие травмы приводили к инвалидности значительно реже.