

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.

С целью изучения состояния диспансеризации и качества реабилитации инвалидов вследствие травм, находящихся в трудоспособном возрасте, мы ознакомились с медицинской документацией 47 из них. Под диспансерным наблюдением у невропатолога находилось 7 инвалидов с последствиями черепно-мозговых травм (из 25 нуждающихся), у терапевта — 3 человека по поводу сопутствующих заболеваний, у хирурга — ни одного (из 17 нуждающихся). Но даже в тех случаях, когда инвалиды были взяты на диспансерный учет, качество наблюдения было неудовлетворительным: этапные эпикризы составлялись небрежно, планы дальнейшего лечения, как правило, не были комплексными. Основной формой лечения было назначение медикаментозных средств инвалидам с последствиями черепно-мозговых травм и физиотерапии — инвалидам с повреждениями конечностей. Только 7 из 32 нуждающихся прошли лечение в неврологическом отделении стационара, и лишь один инвалид получил санаторно-курортное лечение. Сведений о числе нуждающихся в санаторно-курортном лечении выявить не удалось. Практически не ведется работа по гигиеническому воспитанию инвалидов.

Для достижения лучших результатов реабилитации инвалидов вследствие травм, на наш взгляд, необходимо проводить следующие мероприятия:

1. В каждой поликлинике назначить на общественных началах врача, ответственного за диспансеризацию инвалидов (в крупных поликлиниках — специально для инвалидов вследствие травм).

2. Сконцентрировать в распоряжении врача талоны на физиотерапевтическое лечение, массаж, места в стационаре для этого контингента больных.

3. Более широко предоставлять путевки в санатории, выделяемые райсоветом и профсоюзными организациями.

4. Привлекать врачей поликлиник к работе по отбору инвалидов вследствие травм, а также при необходимости к их направлению на переобучение новым специальностям соответственно состоянию здоровья.

5. Шире применять восстановительное лечение, используя для этого новейшие достижения медицинской науки и практики.

Для реализации этих рекомендаций необходима интеграция усилий работников здравоохранения, социального обеспечения, медицинской науки и промышленных предприятий.

Поступила 30 марта 1984 г.

УДК 612.648(470.41—201)

## ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ г. ИОШКАР-ОЛЫ

*Н. Г. Никулина, А. А. Камаева, С. С. Халетова*

*Марийский государственный университет, Марийский государственный педагогический институт*

Целью работы являлось сравнительное изучение физического развития новорожденных г. Йошкар-Олы за 1961 и 1981 годы. Динамика показателей длины и массы тела новорожденных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Показатели физического развития новорожденных

Новорожденные	Признаки	1961 г.					1981 г.				
		п	М	$\pm m(M)$	$\sigma$	г	п	М	$\pm m(M)$	$\sigma$	г
Мальчики	Длина тела, см.	922	51,15	0,08	2,34	0,3	1256	51,94	0,11	3,73	0,26
	Масса тела, г.	—	3431	23,02	699		—	3509	17,77	629,7	
Девочки	Длина тела, см.	864	50,78	0,07	2,15	0,32	1202	51,51	0,10	3,42	0,29
	Масса тела, г.	—	3317	20,52	603		—	3386	15,75	546	

Из данных табл. 1 видно, что в 1981 г. по сравнению с 1961 г. уровень физического развития новорожденных стал более высоким. Разница средних показате-