

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 райсобесом 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. ЙОШКАР-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	M	$\pm m(M)$	σ	г	п	M	$\pm m(M)$	σ	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-

Таблица 2

Распределение новорожденных по группам в зависимости от физического развития

Уровень физического развития	1961 г.		1981 г.	
	абс.	%	абс.	%
Высокий (от $M+2\sigma$ и выше)	2	0,11	6	0,24
Выше среднего (от $M+1\sigma$ до $M+2\sigma$)	47	2,63	81	3,29
Средний (от $M\pm 1\sigma$)	1689	94,57	2352	95,70
Ниже среднего (от $M-1\sigma$ до $M-2\sigma$)	46	2,58	19	0,77
Низкий (от $M-2\sigma$ и ниже)	2	0,11	—	—
Всего	1786	100,0	2458	100,0

на 2,28%, девочек — на 2,08%, тогда как длина тела возросла лишь на 1,54% и 1,44%. В зависимости от физического развития все обследованные дети были распределены на несколько групп (табл. 2).

Из данных табл. 2 видно, что если в 1961 г. достаточно хорошее физическое развитие имели 97,31% детей, то в 1981 г. — 99,23%.

ВЫВОДЫ

1. Улучшение социально-бытовых условий, медицинского обслуживания, а также оздоровительные мероприятия, проведенные в Марийской АССР за 20 лет, способствовали повышению показателей физического развития новорожденных.

2. Уровень физического развития мальчиков является более высоким, чем девочек.

3. Наблюдается тенденция к увеличению числа детей со средним и более высоким уровнями физического развития.

Поступила 17 июля 1984 г.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 061.75

ПРОФЕССОР АНДРЕЙ ФЕДОРОВИЧ АГАФОНОВ

В 1984 г. исполняется 100 лет со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Андрея Федоровича Агафонова — известного врача-инфекциониста, ученого и организатора здравоохранения.

А. Ф. Агафонов родился 25 ноября 1884 г. в г. Самаре (г. Куйбышев). В 1910 г., блестяще окончив медицинский факультет Казанского университета, он становится ординатором, затем ассистентом детской клиники, возглавляемой в то время проф. Н. М. Аргутинским, а впоследствии проф. В. К. Меньшиковым. Большое внимание В. К. Меньшиков и его ученики уделяли изучению острых и хронических инфекционных болезней у детей. Снижение инфекционной заболеваемости и смертности становится большой государственной задачей молодой Страны Советов. В 1918 г. Совет народного хозяйства г. Казани поручает А. Ф. Агафонову возглавить городскую инфекционную больницу, бессменным главным врачом которой он был до 1946 г., то есть до конца своей жизни. Под руководством А. Ф. Агафонова эта больница, имевшая всего 40 коек, превращается в крупное лечебное учреждение более чем на 300 коек.

С 1924 г. А. Ф. Агафонов — ассистент у С. С. Зимницкого, который руководил кафедрой инфекционных болезней Казанского клинического института (ныне Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина). После смерти проф. С. С. Зимницкого он становится заведующим этой кафедрой, с 1928 г. — приват-доцентом, а с 1931 г. — профессором.

А. Ф. Агафонов создал Казанскую школу детских инфекционистов и был первым профессором в области детских инфекций и заведующим кафедрой детских инфек-