

Гипогалактия. У родильниц с гипогалактией имеются более низкие биофизические показатели, а при лечении иглорефлексотерапией вместе с увеличением лактации молока нарастают температура и биоэлектропотенциалы в точках молочных желез.

Применяется второй вариант возбуждающего метода (V2) на точки IG1 шао-цзе, G1 цзи-цюань и G1 4 хэ-гу, при котором наблюдается заметное увеличение количества молока. Поскольку недостаточную лактацию связывают с синдромом пустоты печени, рекомендуют тонизировать точки IG1 шао-цзе, G1 цзи-цюань и C7 шэн-мэн и прижигать точки F14 ци-мэн и 17 VC тянь-чжун [7].

Для увеличения лактации молока эффективны электроакупунктура с 4—5-го дня после родов на следующие точки: G14 хэ-гу, IG1 шао-цзе, E36 цзу-сань-ли или G1 10 шоу-сань-ли (1-й сеанс); IG 2 цянь-гу, MC1 тянь-чи, E18 жу-гень и E17 жу-чжун (2-й сеанс); 17 VC тянь-чжун, 12 VC чжун-вань, 6RP сань-инь-цзяо (3-й сеанс); 13E ци-ху, MC1 тянь-чи (4-й сеанс) [9].

Успешно применяется лечение гипогалактии и амбулаторно. При необходимости уменьшить лактацию или прекратить ее (смерть новорожденного) рекомендуется седатировать точки 41 VB цзу-лин-ци, 42 VB ди-у-хуз, 43V гао-хуан, 49V и-шэ, 50V вэй-цан, 51V хуань-мэн [7].

Таким образом, иглорефлексотерапия и ее варианты являются перспективным методом лечения и профилактики осложнений беременности и родов. Данный метод позволяет снижать дозы медикаментов или получать необходимый эффект без их применения. Внедрение в практику иглорефлексотерапии зависит от освоения акушерами-гинекологами необходимых теоретических основ этого метода, а также от овладения соответствующими практическими навыками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С., Курский Ш. А./Акуш. и гин.—1969.—№ 9.—С. 3.
2. Богдашин Н. Г., Порохов И. И./В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике.—Тез. докл.—Волгоград, 1983.
3. Бочарова И. А., Бочаров В. А./В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике.—Тез. докл.—Волгоград, 1983.
4. Бурдина Л. И., Вдовин С. В., Соболева Г. А., Филатова Н. С./В кн.: Труды ВГМИ, 1981.—Т. 34.
5. Вейн А. М./Нарушение сна и бодрствования.—М., Медицина, 1974.
6. Воронцова Г. М./Акупунктура в лечении и профилактике нарушенной сократительной деятельности матки.—Автореф. докт. дисс. М., 1982.
7. Гаваа Л./Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии.—М., Медицина, 1986.
8. Драндорф Г. Я., Быков В. Я./В кн.: Актуальные вопросы периналогии.—Тезисы I объединенного съезда детских врачей Чуваш. АССР.—Чебоксары, 1981.
9. Жаркин А. Ф., Вдовин С. В., Феофанов С. И./В кн.: Актуальные вопросы применения рефлексотерапии в практике.—Тез. докл.—Волгоград, 1983.
10. Жаркин А. Ф., Фролов М. А., Костенко Г. И., Ткаченко Л. В./Акуш. и гин.—1984.—№ 8.—С. 39.
11. Козлов Л. А., Добронецкий В. С., Полякова Н. С./В кн.: Тезисы докладов XIV Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов, М., 1983.
12. Любимова А. И./Акуш. и гин.—1982.—№ 12.—С. 31.
13. Махадо С. М./В кн.: Труды ВГМИ, 1981.—Т. 34.
14. Машковская Л. И., Бабицкая Г. А./Акуш. и гин.—1980.—№ 2.—С. 16.
15. Михайленко Е. Т./Слабость родовой деятельности.—Киев, 1978.
16. Петухова О. К./Акуш. и гин.—1987.—№ 11.—С. 28.
17. Расстригин Н. Н./Аnestезия и реанимация в акушерстве и гинекологии.—М., Медицина, 1978.
18. Рылькова А. Н./В кн.: Труды ВГМИ, 1981.—Т. 34.
19. Степанов В. С., Филимонов В. Г., Воронцова Г. М./Акуш. и гин.—1984.—№ 8.—С. 22.
20. Тыкочинская Е. Д./Современное состояние вопроса о чжень-цзю-терапии.—Л., 1961.
21. Чжань-Чунь, Ромашевский В. К., Белоглазова Л. Н./В кн.: Труды IV съезда акушеров-гинекологов РСФСР.—М., 1977.
22. Чжу-лянь//Руководство по современной чжень-цзю-терапии.—М., Медгиз, 1959.
23. Яроши С. И./В кн.: Сборник трудов школы-семинара.—Волгоград, 1983.
24. Bischko J./Einführung in die Akupunktur Haug, 1976.

Поступила 01.09.88.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 666.5:614.8

И. Н. Сеюков (Бугульма, ТАССР). Профилактика производственного травматизма среди рабочих фарфорового завода

Мы изучили травматизм среди рабочих Бугульминского фарфорового завода за 1982—1987 гг. с учетом условий труда рабочих. К особенностям производства на заводе относится утомительная, однообразная работа на конвейере при высокой температуре.

Завод существует 13 лет. Обращает на себя внимание и молодой возраст рабочих — от 18 до 40 лет.

Производственный травматизм снизился с 1982 г. с 1,9 до 0,8 на 100 работающих в 1987 г., сократилось и среднее пребывание на больничном листе — с 52,3 в 1982 г. до 22,6 на 100 работающих в 1987 г.; наблюдается тенденция к уменьшению частоты тяжелых производственных травм.

Большинство травм возникало во время подготовительных работ — ремонта конвейера, наладки аппаратов, падения тяжелых металлических изделий, падения с высоты, при погрузке и разгрузке, связанных с транспортными средствами. 10% случаев всех травм были вызваны нарушениями техники безопасности, не-

соблюдением санитарно-гигиенических норм, при этом 7% — в процессе работы без средств защиты.

Анализ показал, что большинство травмированных (60%) — это рабочие в возрасте от 19 до 38 лет. Наиболее часто травматизм наблюдается по понедельникам — до 27% случаев; к концу недели количество травм уменьшается. 3% от общего числа травм составили сочетанные травмы, 3,5% от всех случаев переломов костей — открытые, 87% от общего числа травм — микротравмы, ушибы, ссадины, осаднения кожи, повреждения мягких тканей. По степени тяжести травмы распределялись следующим образом: 89% — легкие, 11% — тяжелые. Травм со смертельными исходами не было.

Мы убеждены, что снизить травматизм и его тяжесть можно только при тесном контакте медицинских работников с отделом по технике безопасности и администрацией производства. Снижение травматизма за 1982—1987 гг. было достигнуто именно таким путем. За эти годы руководством завода совместно с отделом по технике безопасности были приняты меры по улучшению бытовых условий рабочих, повышению трудовой дисциплины рабочих.

Цеховой врач и фельдшер здравпункта своевременно оповещали руководство завода о каждом случае обращения к ним больных с производственной травмой. Кроме того, они проводили предварительные медицинские осмотры для допуска к работе в сложных условиях. Основная же роль медицинских работников состояла в регулярном систематическом учете и анализе производственного травматизма, в организации и обучении санитарных дружин, санитарных постов и групп по оказанию само- и взаимопомощи из работников завода, в обеспечении максимального приближения первой помощи при травмах к месту происшествия и в улучшении лечебной работы.

Успешная борьба с производственным травматизмом зависит от того, насколько правильно и своевременно устанавливаются причины травм, принимаются меры по их устраниению.

УДК 616.712—002—001.5—089.84

Г. А. Иванов (Чебоксары). Хирургическое лечение последствий переломов длинных трубчатых костей при гнойной инфекции

Мы располагаем опытом применения различных вариантов остеосинтеза по Илизарову при лечении 158 больных и инвалидов с несросшимися переломами, ложными суставами и дефектами длинных трубчатых костей, осложненными гнойной инфекцией. Мужчин было 116 (73,4%), женщин — 42 (26,6%). Возрастной состав колебался от 16 до 70 лет. Лиц молодого трудоспособного возраста (от 20 до 40 лет) было большинство (более 60%). Открытые переломы трубчатых костей ранее выявлены у 148 (93,7%) больных, закрытые переломы — у 10 (6,3%). У последних после остеосинтеза различными погруженными металлическими фиксаторами, произведенного в условиях сельских районных больниц, развился послеоперационный остеомиелит. Давность заболевания от момента травмы составила от 5 мес до 6 лет. У 108 (68,3%) пациентов была инвалидность. Они ранее перенесли 294 различные операции, в том числе 180 секвестр-некрэктомий, 92 костные

авто- и аллопластики в комбинации с металло-остеосинтезом или без него.

В таблице представлено распределение больных по локализации патологии.

Распределение больных по локализации патологического процесса

Характер заболевания	Локализация процесса				Всего больных
	плечо	предплечье	бедро	голень	
Несросшиеся переломы	3	4	14	36	57
Ложные суставы	4	12	10	52	78
Дефекты трубчатых костей	3	4	4	12	23
Итого	10	20	28	100	158

Из сопутствующих анатомических и функциональных изменений контрактуры и анкилозы суставов были у 112 больных, свищи — у 136, гнойные раны — у 22, трофические язвы — у 24, рубцы — у 96. Деформация сегментов у 46 больных явилась причиной функциональных укорочений (от 2 до 12 см), дефект между концами костных отломков у 23 больных — анатомических укорочений (от 3 до 16 см).

Мы применяли различные варианты остеосинтеза — компрессионный, дистракционный, компрессионно-дистракционный, билокальный в зависимости от формы концов костных отломков, локализации патологического процесса, состояния мягких тканей, величины секвестров, наличия контрактур. Чрескостный остеосинтез в условиях гнойной инфекции имеет ряд особенностей. Основой профилактики обострения воспалительного процесса является стабильная фиксация в аппарате, поэтому мы, как правило, накладывали конструкции из 4 кольец.

При лечении несросшихся переломов закрытый остеосинтез проводили у 17 человек с конгруэнтными поверхностями отломков, из них у 9 больных с металлическим стержнем в костномозговом канале, открытый компрессионный остеосинтез — у 37 пациентов, в том числе после некреквестрэктомии — у 29, удаления металлических конструкций — у 8. Билокальный компрессионно-дистракционный остеосинтез с резекцией зоны остеомиелита и неконгруэнтных поверхностей отломков был произведен у 3 больных.

При псевдоартрозах закрытый дистракционный остеосинтез применили у 8 больных с гиперпластическим тугоим ложным суставом; компрессионный — у 10 с апластическим ложным суставом, имеющим конгруэнтные концы отломков; компрессионно-дистракционный — у 12 с деформацией конечности. У всех у них были свищи, а на рентгенограммах определялись небольшие секвестры. При наличии крупных секвестров и неконгруэнтных поверхностей костных отломков у 48 больных произвели открытый остеосинтез: у 32 — компрессионным, а у 16 — билокальным компрессионно-дистракционным методом с целью восстановления целостности и длины конечности.

У 3 больных с конгруэнтными поверхностями отломков при небольших (до 4 см) дефектах трубчатых костей сначала выполнили компрессию, а после появления регенерата — дистрак-