

с 1974 г. она уменьшилась в случаях на 19%, в днях — на 14%, благодаря чему народное хозяйство получило дополнительно около 12 тысяч условно-годовых работников. Таким образом, органы здравоохранения своими лечебно-оздоровительными мероприятиями активно участвуют в укреплении экономического потенциала республики.

Поступила 14 апреля 1983 г.

УДК 362.147:616—055.2—058.9:353.1

ОПЫТ РАБОТЫ ПО МЕТОДУ СПЛОШНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н. Л. Банищук, В. Т. Якубова, Ф. И. Волобаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Лекина, Министерство здравоохранения ТАССР

Мы провели анализ профилактических осмотров женского населения Азнакаевского района после активного выявления женщин, нуждающихся по состоянию здоровья в лечении или систематическом наблюдении акушера-гинеколога. Профилактические осмотры по методу сплошной диспансеризации были обусловлены промышленно-сельскохозяйственным профилем данного района, в котором преобладало женское население.

Особое внимание было уделено женщинам с предопухолевыми заболеваниями. Профилактическому осмотру подлежали все женщины старше 18 лет, постоянно проживающие в районе деятельности женской консультации, а также работающие на обслуживаемых ею предприятиях. Работа по методу сплошной диспансеризации ведется с 1979 г. по разработанной нами схеме, основанной на разделении больных на диспансерные группы с учетом частоты осмотров, длительности периода наблюдения. Кроме того, охватываются группы здоровых женщин, которые в современных условиях подлежат систематическому наблюдению у гинеколога.

Для правильной организации этой службы имеющиеся предприятия и цехи в районе распределены между тремя гинекологическими участками. Картотека профилактических осмотров находится в кабинете участкового гинеколога и разделена по предприятиям, каждая из них состоит из 5 ячеек, соответственно 5-групповой системе профосмотров.

Профосмотры проводятся по графику. Оповещение происходит через руководителей предприятия, отделы техники безопасности. Кроме того, широко используются письменные приглашения, санитарные посты и радио. Каждая организация в начале года представляет списки женщин, подлежащих осмотру. Профилактические карты сверяются по этому списку. Для неорганизованного населения ведутся подворные обходы в начале года. Частота профосмотров зависит от группы.

К 1-й группе были отнесены здоровые женщины. Осмотр их проводится один раз в год. Во 2-ю группу вошли практически здоровые женщины, у которых, однако, были выявлены небольшие отклонения от нормы. Их осматривают 2 раза в год. 3-ю группу составили гинекологические больные, нуждающиеся в систематическом наблюдении и обследовании 1 раз в квартал: женщины с лейкоплакией, эритроплакией наружных половых органов, бессимптомной миомой матки, после опорожнения пузырного заноса, операций по поводу внематочной беременности, кесарева сечения.

В 4-ю группу были включены гинекологические больные, которым в настоящее время необходимо соответствующее лечение. К ним относятся женщины со злокачественными и доброкачественными опухолями яичников и влагалища, зудом вульвы, больные с цервикозами, рубцовой деформацией шейки матки, полипами слизистой матки, воспалительными заболеваниями половых органов с нарушением менструальной функции, с подозрением на внематочную беременность, апоплексией яичников, с бесплодием и невынашиванием беременности.

5-ю группу диспансерного наблюдения составили больные с декомпенсированными формами заболевания, наблюдающиеся ежеквартально. Женщины этой группы имеют инвалидность по поводу рака (после операции, лучевой терапии), доброка-

чественные новообразования и нуждаются в хирургическом лечении, которое по каким-либо серьезным причинам им противопоказано.

Во время профосмотров во всех группах проводится общее и гинекологическое обследование больных со взятием мазков на онкоцитологию. При неблагоприятном цитологическом анализе выполняются кольпоскопия и, если это необходимо, прицельная биопсия с последующей гистологией.

В дальнейшем явки женщин и раскладка профилактических карт по группам зависят от выявляемых клинических и гистологических данных. Работающих женщин осматривают в здравпунктах и при женской консультации в удобное для предприятий время, не нарушающее режима их работы. Для более точных сроков явки на промышленных предприятиях имеются дубликаты профкарт, по которым заведующие здравпунктами обеспечивают своевременную явку женщин.

С целью максимального охвата врачевым профосмотром тружениц села выезд в участковые больницы, ФАП, ФП организуется по графику. О предстоящем профосмотре население узнает по радио и от работника ФАП, который осуществляет подворный обход.

Записи осмотров в 3, 4 и 5-й клинических группах ведутся как в профкарте, так и по форме № 25. Охват диспансерным наблюдением с каждым годом улучшается. Если в 1979 г. он составил 95 %, в 1980 г. — 96 %, то в 1981 г. достиг 98,5 %.

В результате оздоровления женщины из одной группы переходили в другую. Эффективность диспансеризации определяют в основном по показателям излеченности. Если этот показатель в 1979 г. в 3-й группе составил 16,1 %, в 1980 г. — 19,6 %, то в 1981 г. он возрос до 30,2 %, а в 1982 г. — до 42,4 %. В 4-й группе было соответственно 29,8, 68,7, 61,4, 64,6 %.

Преимущества этой системы диспансеризации заключаются в том, что врач освобождается от необходимости двухразового осмотра здорового контингента населения и больше внимания сосредоточивает на женщинах, имеющих ту или иную патологию. В итоге проведенной работы в течение 7 лет мы не имели запущенных форм рака женских половых органов, зато улучшилось выявление ранних форм заболевания.

Для правильной организации диспансерной работы участковый гинеколог должен иметь хорошую картотеку, составленную из карт диспансерного наблюдения на всех больных и диспансеризируемых здоровых женщин. Кроме того, в женской консультации необходимо предусмотреть должность среднего медработника для ведения этой картотеки. Теми штатными единицами работников, которые имеются в женской консультации, физически трудно охватить неорганизованное население профилактическим осмотром и поддерживать четкую документацию.

Поступила 14 июня 1983 г.

УДК 616.71—002.27—07:362.147

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОЯСНИЧНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Р. У. Хабриев

Курс вертеброневрологии (зав.— доктор мед. наук В. П. Веселовский) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Нашей целью явилась разработка метода отбора больных поясничным остеонхондрозом для диспансерного наблюдения в условиях крупного промышленного предприятия. По стандартной нейроортопедической методике [6] с применением тензоальтиметрии [1а] и курвиметрии [5] было обследовано 474 рабочих в возрасте от 19 до 60 лет с производственным стажем от 3 до 20 лет и более. Для комплексной оценки выявленных клинических проявлений заболеваний использовали коэффициент выраженности болезни (КВБ) [7]. На основе этих методов у 158 (33,4 %) больных был установлен поясничный остеонхондроз в стадии ремиссии. С целью выявления пациентов группы риска мы организовали трехлетнее динамическое наблюдение за остальными 316 (66,7 %) практически здоровыми лицами. За это время у 156 человек появились симптомы поясничного остеонхондроза. Эти лица были отнесены нами в группу риска. Таким образом, все обследованные были ретроспективно разделены на три группы: 1-я состояла из практически здоровых (160), 2-я представляла собой группу риска (156) и 3-я включала больных поясничным остеонхондрозом (158).