

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).

В последующем на этом же контингенте был отработан трехэтапный метод отбора для диспансерного наблюдения (см. рис.).

На первом этапе все обследуемые были опрошены средним медицинским работником по специально разработанной анкете, включающей 21 вопрос. В основу анкеты положен принцип выявления патогенетических факторов, способствующих развитию заболевания.

В 1-й группе  $93,0 \pm 2,0$  обследованных не отмечали наступления чувства тяжести в позвоночнике, у  $6,4 \pm 1,9$  — оно появлялось после тяжелой работы, а у  $0,6 \pm 0,6$  — после обычной (в конце смены). Аналогичные жалобы были отмечены во 2-й группе соответственно у  $52,5 \pm 4,0$ ;  $33,9 \pm 3,8$  и  $8,3 \pm 2,2$  и в 3-й — у  $20,2 \pm 3,2$ ; у  $45,6 \pm 3,9$  и  $18,3 \pm 3,1$  обследованных (на 100 чел.). В то же время обследованные часто жаловались на наступление чувства тяжести в позвоночнике и во время работы (во 2-й группе — у  $5,3 \pm 1,8$ , в 3-й — у  $15,9 \pm 2,9$ ).

Чувство дискомфорта в позвоночнике как прогностический показатель встречается довольно часто. Около половины лиц группы риска и почти  $\frac{1}{5}$  больных отмечали наступление чувства тяжести в позвоночнике после определенных нагрузок, тогда как 93% здоровых не жаловались на это.

В ряде исследований указывается, что определенная роль в формировании синдромов поясничного остеохондроза принадлежит экстеро-, проприо- и интероцептивной импульсации [16, 3, 6]. На наш взгляд, заболевания и травмы суставов могут влиять на развитие поясничного остеохондроза, изменяя биомеханику позвоночника и тем самым создавая перегрузки позвоночно-двигательного сегмента, а при воспалительных изменениях они воздействуют на состояние иммунологических систем организма и этим способствуют развитию дистрофического процесса в диске. Заболевания (деформирующий артроз, полиартрит, ревматизм) и травмы суставов были в анамнезе соответственно у  $21,5 \pm 3,3\%$  и у  $16,4 \pm 2,9\%$  больных, у  $30,8 \pm 3,7\%$  и у  $23,0 \pm 3,4\%$  лиц из группы риска; у здоровых травмы отмечены только у  $3,1 \pm 1,4\%$  человек.

По литературным данным в развитии позвоночного остеохондроза участвуют генетические факторы [2, 4]. Оказалось, что поясничный остеохондроз у ближайших родственников лиц 3-й и 2-й группы встречался чаще ( $P < 0,05$ ), соответственно:  $36,1 \pm 3,8$  и  $20,5 \pm 3,2$  на 100 опрошенных. Частота поясничного остеохондроза среди ближайших родственников лиц 1-й группы не превышала  $10,6 \pm 2,4$  на 100 опрошенных.

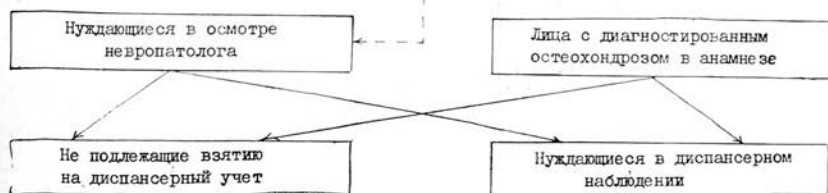
#### 1-й этап (сбор и обработка анкетных данных)



#### 2-й этап (осмотр цеховым врачом)



#### 3-й этап (осмотр невропатологом)



После анализа полученных данных для каждого ответа на вопросы анкеты были рассчитаны диагностические коэффициенты (метод последовательного статистического анализа Вальда). Процесс математической диагностики, проводимый на первом этапе, сводится к суммированию диагностических коэффициентов и сравнению ответов обследуемого с пороговыми значениями.

Таким образом, на первом этапе отбора формируются три потока: 1-й — из практически здоровых лиц, не подлежащих взятию на диспансерное наблюдение; 2-й — из лиц с наличием неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов, нуждающихся в обследовании на втором этапе (см. рис.); 3-й — из лиц, имеющих в анамнезе диагностированный остеохондроз.

На втором этапе медицинский осмотр цеховым врачом был дополнен специальными методами, позволяющими комплексно оценить состояние опорно-двигательного аппарата (гониометрия, курвиметрия, тензоальгиметрия). Включение этих методов было мотивировано тем, что они легко выполнимы и являются достаточно информативными. Так, асимметрия тензоальгиметрических показателей имела место у  $71,5 \pm 3,6$  чел., в группе риска — у  $23,0 \pm 3,4$  больных, среди практически здоровых — у  $3,7 \pm 1,5$  чел. (на 100 обследованных). Цеховой врач сформировал контингент нуждающихся в осмотре невропатологом, а из дальнейшего обследования выбыли лица, не подлежащие взятию на диспансерный учет.

На третьем этапе проводился осмотр невропатологом, им были охвачены рабочие, имеющие в анамнезе обострения поясничного остеохондроза, а также лица, направленные цеховым врачом. На этом этапе был завершен отбор лиц для диспансеризации и сформированы группы наблюдения.

Разработанный нами поэтапный метод отбора для диспансерного наблюдения был апробирован в условиях химического, машиностроительного и автотранспортного предприятий. Для проверки результатов поэтапного выявления больных параллельно было проведено сплошное обследование всего контингента. При сплошном обследовании для диспансеризации было отобрано 548 чел., а при поэтапном отборе — 536. Таким образом, их результаты совпадают. В процессе выявления пациентов для диспансерного наблюдения по поводу поясничного остеохондроза целесообразно пользоваться предлагаемым методом.

В условиях производства указанный метод значительно сократит объем работы невропатолога по выявлению больных для диспансеризации, освободив тем самым время для собственно диспансерного наблюдения и профилактического лечения. И, что немаловажно в условиях производства, 60—65% всех обследуемых не отрываюся на продолжительное время от работы для прохождения осмотра у невропатолога.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовский В. П. а) Судорожные спазмы стегивания трехглавой мышцы голени (крампи) при поясничном остеохондрозе. Автореф. канд. дисс., Казань, 1972; б) Формы люмбагоишалгии. Автореф. докт. дисс., М., 1978.— 2. Ефимов П. А. В кн.: Спондилогенные и миогенные заболевания нервной системы. Казань, 1981.— 3. Кушникова Т. М. Болевые мышечно-тонические и вегетативно-ирритативные синдромы при гинекологических заболеваниях. Автореф. канд. дисс., Казань, 1980.— 4. Недзведь Г. К., Ходосовская С. В. В кн.: Периферическая нервная система. Минск, 1979, т. 2.— 5. Огиенко Ф. Ф. Сов. мед., 1966, 6.— 6. Попелянский А. Ю. Вертебральные синдромы позвоночного остеохондроза. Казань, изд-во КГУ, 1974, т. 1.— 7. Попелянский Я. Ю., Веселовский В. П. В кн.: Современные методы исследования в неврологии и психиатрии. Курск, 1977, т. 1.

Поступила 18 октября 1982 г.

## НОВЫЕ МЕТОДЫ И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

УДК 618.146—007.63—089

### КОЛЬЦО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ИСТИМКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Р. А. Осипов

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Л. Капелюшник) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина*

Частота истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) колеблется от 10 до 30%. Патогенез ее до настоящего времени не изучен, однако установлено, что определенная роль принадлежит инфекционной патологии. Медикаментозное лечение (антибиотики, антисептики) часто оказывает лишь временный эффект: наблюдается смена одних видов условно-патогенных микробов другими.

В настоящее время одним из методов лечения истмико-цервикальной недостаточности во время беременности является наложение швов на шейку матки. Несмотря