

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 трехглавой мышцы голени (крампи) при поясничном остеохондрозе. Автореф. канд. дисс., Казань, 1972; б) Формы люмбаго и люмбагии. 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

на удовлетворительные результаты хирургического лечения оно имеет недостаток: по синтетическим волокнам инфекция может распространиться глубоко в ткани шейки матки, что увеличивает возможность инфицирования плодного яйца.

С целью предупреждения этого осложнения мы изготовили специальные кольца, которые надеваются на влагалищную часть шейки матки уже с ранних сроков беременности. Конструкция кольца предусматривает изменение его диаметра по мере прогрессирования беременности, а также закрепление на шейке матки благодаря наличию выступов на внутренней поверхности.

С учетом способности некоторых металлов оказывать бактерицидное и бактериостатическое действие на ряд патогенных микробов кольца были изготовлены из меди, покрытой тонким слоем серебра (см. рис.).

Кольцо не травмирует шейку матки, а образование ионов серебра и меди избавляет от необходимости дополнительной медикаментозной санации влагалища.

Наложение металлического кольца на шейку матки для профилактики истмико-цервикальной недостаточности было применено у 20 женщин. При предыдущих беременностях у них был установлен этот диагноз и исключены другие причины невынашивания.

Бактериологическое исследование влагалищного содержимого производили до наложения кольца и в дальнейшем на разных сроках прогрессирующей беременности. Выявлено благоприятное влияние на микрофлору влагалищного содержимого. При объективном исследовании отмечено исчезновение явлений кольпита.

В связи с благоприятным влиянием металлических колец на микрофлору влагалищного содержимого они были прогрессирования беременности диаметр кольца от трофических нарушений, связанных с расстройством лимфо- и кровообращения. При необходимости заменяли кольцом другого диаметра, а при соскальзывании с шейки матки накладывали двойной П-образный шов. Такое соскальзывание вследствие сглаживания шейки мы наблюдали у 4 женщин. У 3 из них был самопроизвольный выкидыш на сроках 22—24 нед, а у одной преждевременные роды разрешились живым плодом на сроке 34 нед. У 2 женщин произошла внутриутробная гибель плода. Кольцо было удалено, и вскоре после введения окситоцина беременность прервалась самопроизвольным выкидышем. У остальных 14 женщин она прогрессировала. Всем им одновременно проводили терапию, направленную на уменьшение возбудимости матки и улучшение маточно-плацентарного кровообращения (витамины, туринал, сернокислая магнезия и т. п.). На сроке 36 нед. кольцо было удалено. У 4 женщин роды произошли на сроке 36—37 нед, у 4 — в 38 нед и у 6 — срочные роды. Все дети живы.

Метод непригоден при уже начавшемся выкидыше или пролабировании плодного пузыря, так как на сглавленную шейку матки наложить кольцо невозможно.

Поступила 14 июня 1983 г.

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 616—085 (092 Абдрахманова)

ПРОФЕССОР РАИСА ШАРАФУТДИНОВНА АБДРАХМАНОВА

22 мая 1983 г. исполнилось 60 лет со дня рождения и 35 лет врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности доктора медицинских наук, профессора кафедры терапии лечебного факультета Казанского медицинского института Раисы Шарафутдиновны Абдрахмановой.

После окончания в 1948 г. лечебного факультета Московского медицинского института она работала ординатором в Московском НИИ туберкулеза. С 1951 по 1956 г. Р. Ш. Абдрахманова была ординатором, а затем аспирантом кафедры факультетской терапии Казанского медицинского института. По окончании аспирантуры под руководством заслуженного деятеля науки ТАССР проф. З. И. Малкина она успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Нервно-сосудистые реакции у больных ревматизмом по данным плетизмографических исследований и гистаминовой пробы». В том же 1956 г. она избирается ассистентом, а с 1970 г. — доцентом кафедры