

Со средним медицинским персоналом проводятся сестринские конференции; организован контроль за повышением квалификации зубных техников.

Постоянно вносится новое в работу регистратуры. Организованы воскресные приемы в поликлинике. В интересах больных в воскресные дни проводится санация полости рта и диспансерной группы желудочно-кишечных больных. Рабочие и служащие обслуживаемых промышленных предприятий и учащиеся 9—10—11 классов охвачены плановой санацией.

Санитарно-просветительная работа проводится не только в поликлинике, но и в клубах, кино, домоуправлениях, в университетах здоровья.

В 1963 г. Ленинский райисполком наградил наш коллектив Почетной грамотой.

12 врачей поликлиники являются активными членами Общества по распространению политических и научных знаний.

Периодически проводится проверка выполнения взятых (общих и индивидуальных) обязательств, для чего создаются комиссии из представителей администрации, партийной и профсоюзной организаций. Результаты проверки выносятся на обсуждение профсоюзного собрания, где проходит присвоение звания «Ударник коммунистического труда».

Более двух лет в коллективе выдается заработная плата без кассира. Ликвидирован журнал для регистрации прихода и ухода сотрудников.

Большое внимание местного комитета уделяется работе с детьми сотрудников. Специальная комиссия проверяет школы, где учатся дети. Организуются вечера, посещения музеев, кино, загородные прогулки.

Все сотрудники поликлиники находятся под диспансерным наблюдением.

Проявленная забота о каждом сотруднике дает возможность увеличивать производительность труда на каждом участке. В настоящее время в коллективе уже 75 сотрудникам присвоено звание ударников коммунистического труда.

В результате упорного и напряженного труда за период с 1961 по 1963 гг. пропускная способность поликлиники увеличилась на 25%, процент санации посетивших поликлинику — с 36%, до 54%, больше стало уделяться внимания своевременному выявлению кариозной болезни и плановой санации школьников и рабочих промышленных предприятий. При протезировании центральных зубов большое внимание уделяется косметической стороне, больше изготовлено фасеток, зубов с облицовкой.

Однако коллектив нашей поликлиники не останавливается на достигнутом и ищет новые пути к улучшению медицинского обслуживания населения.

Поступила 19 марта 1964 г.

О РОЛИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЛЕГКОГО

Канд. мед. наук Н. М. Сорокин

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — доц. Р. А. Вяселев)
Казанского медицинского института

В последнее время внимание всех ученых, занимающихся проблемами онкологии, привлекают показатели заболеваемости и смертности от рака легкого, ибо они дают заметный и значительный рост при сравнении с аналогичными показателями по другим локализациям рака. Ссылаясь на данные Паскуа, А. И. Савицкий пишет: «В Англии и Уэльсе от рака легкого в 1949 г. умерло в 25 раз больше, чем в 1900 г. В Лондоне смертность мужчин от рака легкого на 60% выше, чем во всей стране в целом и в 2—2,5 раза выше, чем в сельских местностях». Грехем сообщает, что в США с 1930 г. по 1950 г. смертность от рака легкого увеличилась в 10 раз; по данным ВОЗ, заболеваемость раком легкого в США с 1935 по 1955 г. выросла на 500%.

По данным Самсонова, в г. Иванове при проведении секций в 1932—1936 гг. рак легкого встречался в 8% от общего числа умерших от рака. В 1947—1951 гг. этот показатель возрос до 20%. Такие же данные о росте числа злокачественных опухолей приводятся и в других работах отечественных авторов (Лившиц, Дерижанов, Дикштейн, Савицкий, Линберг, Диллон, Раков и др.).

По данным Донецкого облонкодиспансера, заболеваемость раком легкого может быть представлена следующими показателями (в процентах к общему числу первичных раковых больных): 1956 г. — 6,7%; 1957 г. — 7,1%; 1958 г. — 7,8%; 1959 г. — 9,9%; 1960 г. — 11,4%.

По г. Казани заболеваемость раком легкого в 1961 г. составила 9,4%, а смертность — 12,7%.

По данным ЦСУ, в Донецкой области смертность от рака легкого составляла в 1956 г. 15,1% общей смертности от рака, в 1959 г. — 16,3%, в 1960 г. — 17,2%.

При анализе материалов по РСФСР А. И. Савицкий отмечал, что среди болеющих раком легкого мужчины составляют 80—90%. По данным Миронова, в Якутии,

где очень распространено курение среди мужчин и женщин коренного населения, мужчины болеют раком легкого в 5 раз чаще, чем женщины.

Данные по СССР, представленные VIII Международному противораковому конгрессу, дают отношение больных раком легкого мужчин к числу болеющих женщин, как 5,2:1. По Донецкой области это отношение равно 4:1. Эти данные подтверждают предположения, которые были высказаны А. И. Раковым: «Подъем заболеваемости в шестой декаде жизни человека заставляет думать о возможном значении нарушений гормонального баланса в генезе рака легкого».

Не менее важным обстоятельством является редкое возникновение рака легкого у лиц молодого возраста. В нашем материале, насчитывающем за пятилетие 2061 случай рака легкого, заболевания у лиц до 30-летнего возраста встретились у мужчин 12 раз (0,73%) и у женщин — 8 (1,9%).

О роли факторов внешней среды в возникновении и развитии рака легкого высказывалось большое число исследователей. В частности, И. В. Давыдовский писал: «Так или иначе исходным материалом для легочного рака чаще всего является тот бронхиальный, реже альвеолярный эпителий, который возникает при патологической регенерации в связи с различными, большей частью хроническими воспалительными процессами. В числе таких «прекарциноматозных процессов» наиболее видное место занимают пневмокониозы, особенно при наличии во вдыхаемой пыли химических раздражителей (силикаты, хромовые соли, смолистые вещества), все виды хронических пневмоний специфического порядка (туберкулез, актиномикоз, сифилис), и неспецифического, как-то: затянувшаяся карнифицирующая пневмония, бронхоэктазы и т. п.»

Ф. Г. Углов к этиогенетическим факторам рака легкого относит: 1) Большое количество пыли, содержащей канцерогенные вещества, в городах и на гудронированных дорогах. 2) Курение. 3) Хронические воспалительные процессы. 4) Различные доброкачественные опухоли.

Баннер считает, что пыль, дым и генераторные газы, особенно в условиях туманной погоды, попадая в дыхательные пути человека, способствуют возникновению рака.

А. В. Чаклин сообщает о заболеваемости раком легкого по Японии: «Если заболеваемость и смертность от рака легкого в целом по Японии относительно низкая, то она относительно высока в районах Токио, Хоккайдо, Рукидола, Канагава, Киото, Мияги и Кумамото, т. е. главным образом в городах и районах добычи каменного угля...»

Все изложенные выше факты ряд авторов пытается связать с воздействием на органы дыхания различных факторов внешней среды.

Но в литературе приводятся и другие наблюдения, существенно отличающиеся от изложенных выше. Приведем некоторые из них.

А. И. Савицкий указывает, что элементы производственных вредностей имелись лишь у 36,4% больных, лечившихся в Институте онкологии имени П. А. Герцена. «Среди наших больных жители промышленных городов составляют 56%, жители неиндустриальных городов и сельских местностей — 44%. Разница не так велика, чтобы можно было говорить о ведущей роли этого фактора».

А. В. Григорян, В. С. Жданов и А. А. Чумаков при изучении 97 удаленных опухолей легких и 257 секционных наблюдений пришли к выводу, что воспалительные изменения присоединяются к раку, а не предшествуют ему. В 2,5% рак развивается на почве туберкулеза в стенке каверны либо из бронха, дренирующего каверну.

П. С. Миронов, изучая заболеваемость раком легкого по Якутии, где среди коренного населения широко распространено курение, нашел, что среди болеющих русские составляют 71%, в то время как якуты лишь 13,1%.

Н. А. Выгдорчик, К. Н. Молоканов много и всесторонне изучали вопросы возникновения силикоза у различных групп промышленных рабочих, и нигде они не смогли установить прямой связи между этим заболеванием и возникновением рака легкого.

Много внимания уделили раку легкого и экспериментаторы: Л. М. Шабал писал, что воспалительные разрастания эпителия никогда не приводят к раку, так как опухоли легких, как правило, возникают вдали от места применения канцерогенных веществ.

Штейнер изучал концентрацию канцерогенных веществ, в частности бензопирена, в дыме промышленных предприятий крупных городов. Его исследования подтвердили наличие такой загрязненности воздуха, однако оценивал он факт попадания этих веществ в организм с точки зрения возможностей его ассимиляции и пришел к выводу, что вредное действие этих продуктов мало вероятно вследствие отсутствия в организме человека растворителей этих веществ.

В свете указанных противоречивых данных мы решили проанализировать некоторые показатели заболеваемости раком легкого по Донецкой области, причем исходили из следующих соображений:

1. Все работники угольных шахт, особенно подземные рабочие, находятся под постоянным клинко-рентгенологическим наблюдением Института физиологии труда, и особое внимание уделяется частоте возникновения легочных заболеваний у этих групп рабочих.

2. Специальными исследованиями выездной бригады Академии медицинских наук под руководством члена-корреспондента АМН проф. Л. М. Шабада изучено содержание канцерогенных веществ в крупном городе этой области — Макеевке, что позволяет проводить аналогию с другими городами нашей страны, имеющими сходные условия.

3. В области имеются районы с преимущественно сельскохозяйственным профилем, что позволяет проводить сравнение показателей заболеваемости в этих районах с данными по промышленным районам.

4. Как показали данные ЦСУ, миграция населения области не превышает 4%, и полученные результаты могут считаться достаточно стабильными по отношению к данному району.

В результате многолетних наблюдений было установлено, что легочная патология среди работников угольной промышленности возникает в зависимости от геологических условий залегания пласта и в связи с этим от условий добычи угля в данных шахтах. Определенное значение имеет и качество угля, толщина пласта, характер его разработки и т. д.

По этим признакам угольные районы Донецкой области были сгруппированы в 3 аналогичные группы, материалы по которым мы представляем отдельно. Изучение заболеваемости силикозом и пневмокониозом по группе шахт с крутопадающими пластами показало, что при общем числе жителей в этих районах, равном 592 600 человек, количество больных профзаболеваниями составляло в 1956—1960 гг. 1,5—2,18% к числу подвергшихся осмотру. В этих же районах за тот же период времени было зарегистрировано 433 случая заболеваний раком легкого, что дает средний интенсивный показатель заболеваемости 14,7 на 100 000 населения в год. Из этого количества больных лишь 7 человек работали в угольной промышленности, что составляет 1,6% к общему числу больных.

При анализе заболеваемости по группе шахт, где ведется добыча антрацитовых углей, при общей численности населения этих районов 326 900 человек обнаружено больных силикозом и пневмокониозом от 0,5 до 1,6% к числу осматриваемых. В этих районах установлена заболеваемость раком легкого 115 человек (за период 1956—1960 гг.), из них лишь 8 работали в угольной промышленности (6,9% к числу больных раком легкого).

Третья группа шахт с пологопадающими пластами составляет основную массу угледобывающих районов с общим количеством населения 1 644 900 чел. Заболеваемость профессиональными болезнями среди шахтеров не превышает 0,4% к числу осматриваемых, а рак легкого за 5 лет диагностирован у 684 человек, что дает в среднем 8,4 на 100 000 населения.

Среди этого количества больных работников угольной промышленности было 37 человек, или 5,4% к общему числу больных.

Для сравнения мы изучили заболеваемость раком легкого по районам чисто сельскохозяйственным или имеющим смешанный профиль хозяйства, где проживает 1 704 800 человек. За пять указанных выше лет в этих районах выявлено 803 больных раком легкого, что в среднем дает интенсивный показатель, равный 9,4 человека на 100 000 населения.

Данные по проведенным осмотрам, выявлению больных силикозом, пневмокониозом и раком легкого представлены в следующей таблице:

Население	I группа	II группа	III группа	Сельские районы
	592 600	326 900	1 644 900	1 704 800
Общая заболеваемость раком легкого	433	115	684	803
Заболеваемость раком легкого работников угольной промышленности	7	8	37	—
Общая заболеваемость раком легкого при расчете на 100 000 жителей	14,7	7	8,4	9,4

Как видно из представленных материалов, заболеваемость раком легкого среди работников угольной промышленности Донецкой области не только не превышает средних показателей заболеваемости, но находится на более низких цифрах, и это дает основание усомниться в наличии прямой связи между возникновением рака легкого и запыленностью легких.

Более того, из числа болеющих раком легкого, работников угольной промышленности оказалось значительно меньше, чем других лиц, не имеющих никакой связи с факторами механического и химического повреждения легочной ткани.

Мы попытались обнаружить зависимость между частотой возникновения рака легкого и степенью химического и пылевого загрязнения атмосферного воздуха над отдельными городами Донецкой области.

Гигиеническая комиссия под руководством проф. Л. М. Шабада в 1959 г. изучила состав и концентрацию канцерогенных веществ в воздухе г. Макеевки, причем обнаружила следующее: «В г. Макеевке за сутки выпадает на 1 кв. метр 8 мг бензопи-

рена, т. е. столько же, сколько выпадает на Выборгской стороне г. Ленинграда за полгода» (Шабад). Это дало основание сравнить заболеваемость раком легкого по этим двум городам, причем получены следующие данные. В 1960 году по г. Максевке было выявлено первичных больных раком легкого 10,6 чел. на 100 000 населения, в то время как по области этот показатель достигал в том же году 15,2 чел.

По данным Чаклина и Угловой, в 1956 г. интенсивный показатель заболеваемости по г. Ленинграду составлял 13,5, т. е. был более высоким, чем в Максевке.

Изложенные выше факты касаются только роли некоторых факторов внешней среды и основываются на демографических данных, которые не могут приниматься за вполне достоверные; однако они позволяют сделать следующие выводы:

1) Ведущая роль факторов внешней среды в заболеваемости раком легкого должна быть взята под сомнение, так как заболеваемость этой формой рака мужчин и женщин, находящихся в идентичных условиях жизни, неодинакова, и число болеющих мужчин намного превышает число болеющих женщин.

2) Нет никаких оснований связывать возникновение рака легкого с работой в угольной промышленности.

3) Силикоз и пневмокониоз не могут быть отнесены к числу предопухолевых состояний.

4) Один факт наличия канцерогенных веществ в атмосферном воздухе не объясняет частоты заболеваемости и смертности от рака легкого. Можно предполагать, что в возникновении и развитии рака легкого большая роль принадлежит состоянию и реактивности организма больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорян А. В., Жданов В. С. и Чумаков А. А. Грудная хирургия, 1960, 3. — 2. Григорян А. В., Жданов В. С. и Рыжков Е. В. Вестн. хир. им. Грекова, 1961, 1. — 3. Давыдовский И. В. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Медгиз, М., 1938. — 4. Диллон Я. Г. Первичный рак легкого, Медгиз, М., 1947. — 5. Лернер И. П. Врач. дело, 1954, 7. — 6. Мац Д. И., Мизяк Л. Е. Клин. мед., 1958, 4. — 7. Миронов П. С. Тр. II Всесоюз. конф. онкологов, Л., Медгиз, 1959. — 8. Молоканов К. П. Основы рентгенодиагностики силикоза и других пневмокониозов, М., Медгиз, 1956. — 9. Никишин К. Е., Хавкин Т. Н. Сб. тр. кафедры рентгенологии и медицинской радиологии Ташкентского института усовершенствования врачей, в. 1, 1959. — 10. Раков А. И. Вопр. онкол., 1957, 4. — 11. Рейнберг С. А. Клин. мед., 1954, 3. — 12. Савицкий А. И. Сб. «Вопросы экспериментальной и клинической онкологии», М., Медгиз, 1953; Руководство по хирургии, т. V, М., Медгиз, 1960. — 13. Соколова И. В. Арх. патол., 1951, 4. — 14. Шабад Л. М. Вопр. онкол., 1957, 4; Сов. мед., 1960, 9. — 15. Чаклин А. В., Углова В. М. Тр. II Всесоюз. конф. онкологов, Л., Медгиз, 1959.

Поступила 16 декабря 1963 г.

ОПЫТ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ БУГУЛЬМИНСКОГО РАЙОНА

Засл. врач ТАССР С. Е. Марголин

Как известно, наиболее эффективным способом ранней диагностики туберкулеза является массовая флюорография.

Флюорографическое обследование населения г. Бугульмы начато в 1955 году, а сельского населения Бугульминского района — в 1958 г. Число осматриваемых лиц в 1963 году к общему числу подлежащих осмотру составило 55%.

Кроме того, было осматрено 9056 жителей г. Лениногорска.

С 1963 г. мы пользуемся двумя ширококадровыми и одним узкокадровым флюорографом.

Население сел и рабочих поселков осматривается передвижным ширококадровым флюорографом, установленным на шасси автобуса «Икарус». С октября 1963 г. узкокадровым передвижным флюорографом начаты осмотры сельского населения Бавлинской зоны. Население г. Бугульмы осматривается стационарным флюорографом, который в течение года поочередно устанавливается в трех поликлиниках, чтобы приблизить обследование к населению.

На каждый флюорограф число подлежащих осмотру планируется. План составляется с учетом наиболее рационального времени обследования и полной нагрузки флюорографа для каждого населенного пункта. Осмотр сельского населения намечается на май — октябрь.

В организации осмотров населения активное участие принимают местные советские и партийные органы.

Перед установкой флюорографического аппарата на объекте или в поликлинике средние медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов и квартальные медсестры в городе и рабочих поселках проводят подворные обходы, беседы о борьбе