

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

с туберкулезом и раздают пригласительные билеты на флюорографию тем, кто не подвергался ей по месту работы, составляют списки в двух экземплярах на все население в возрасте свыше 12 лет. На видных местах развешивают санитарные бюллетени о профилактике туберкулеза. Врачи выступают с лекциями перед населением, для чего используются кинотеатры, радио, собрания на предприятиях. В районных газетах помещаются статьи о значении флюорографических осмотров. Контроль за работой флюорографа осуществляется главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Радиус района обслуживания передвижного флюорографа от диспансера достигает 120 км. Мы создали две бригады, меняющие друг друга через каждые 3 дня. Флюорограф работает без выходных дней. В состав бригады входят: шофер-лаборант, владеющий флюорографической съемкой, и санитарка-регистратор. Рентгентехник лишь осуществляет систематический контроль за работой флюорографов, качеством флюорограмм и проводит централизованное проявление пленок. Лица, у которых обнаружены патологические признаки на флюорограмме¹, подвергаются дополнительному обследованию. При необходимости для уточнения диагноза больные госпитализируются в диагностическое отделение тубдиспансера.

Вызовы на дополнительное контрольное рентгенологическое исследование для уточнения изменений, обнаруженных при ширококадровой флюорографии, составили 1,75%, при узкокадровой — 5,5%. Осмотрено в г. Бугульме 51,5%, а в районе — 57,6% от общего числа лиц, подлежащих осмотру. Из общего числа впервые в жизни выявленных больных число больных с кавернозными формами по г. Бугульме составило 7,69%, а по Бугульминскому району — 10,8%.

Выявляемость больных активным туберкулезом легких в сельской местности, где ранее не проводились флюорографические осмотры, почти в два раза выше, чем в сельской местности, где такие осмотры проводились.

По данным литературы, до 70% больных с активными формами туберкулеза легких выявляются врачами амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений и около 30% при групповых обследованиях населения. По нашим данным, выявленные флюорографией больные с локальными формами к общему числу зарегистрированных составляют 63,5%.

Анализ работы флюорографов подтверждает бесспорное преимущество ширококадрового флюорографа перед узкокадровым.

По данным Бернара, флюорограмма 10×10 см дает по сравнению с обзорными рентгенограммами расхождение в диагнозе всего только в пределах 0,9%.

По нашим данным, выявленных больных с активным туберкулезом узкокадровым флюорографом в три раза меньше, чем ширококадровым, при условии, что осматриваемые контингенты были почти одинаковы в отношении возраста, условий труда и быта.

Большее число вновь выявленных больных среди городского населения приходится на возраст 25—50 лет, а среди сельского населения — на возраст 50—60 лет и старше.

Основное число бацилловыделителей падает на возраст 40—49 лет. Среди детей 12—14 лет не было выявлено локальных форм туберкулеза.

Выявлены следующие формы туберкулеза легких: очаговый туберкулез — 68,9%, инфильтративный — 16,9%, диссеминированный — 6,1% и кавернозный (все формы) — 8,1%.

Поступила 7 февраля 1964 г.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА г. КАЗАНИ

Р. В. Тухватуллина-Хамидуллина

Кафедра детских болезней лечебного факультета (зав.—проф. Ю. В. Макаров)
и кафедра организации здравоохранения и истории медицины
(зав.—проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского медицинского института

В настоящее время во многих городах СССР разработаны стандарты физического развития детей (Москва, Ленинград, Алма-Ата, Ташкент, Харьков, Куйбышев и др.) и ведутся динамические наблюдения за их физическим развитием (М. И. Корсунская, А. А. Горюнова, А. Г. Цейтлин и др.).

В ТАССР вопросы физического развития детей, главным образом школьного возраста, были посвящены работы Алексеевой-Козьминой (1929), А. В. Левицкого и А. В. Самойловой (1927), Ф. Г. Мухамедьярова (1935), В. В. Трейман (1945).

О физическом развитии детей дошкольного возраста имеются всего две работы: одна О. М. Войдиновой, относящаяся к 1938 г., и В. А. Трейман (1944). Поэтому

¹ В просмотре флюорограмм принимали участие врачи Г. И. Шиляева и И. Ф. Сатаев.