

хоза. 21/1 1969 г. в кале обнаружены яйца описторхиса. С 24/III был начат курс специфического лечения хлорсилом по 5-дневной схеме (20,0 на курс). В результате длительного комплекса лечения наступило выздоровление. Большой находился в больнице до 20/VI, т. е. почти 6 месяцев.

Мы наблюдали 750 больных, страдающих описторхозом, из которых у 112 (15%) были приступообразные боли в правом подреберье. Некоторых из них с диагнозом «желчная колика» госпитализировали в хирургические отделения больниц г. Казани и районных больниц, где им удалили желчный пузырь, однако симптомы заболевания сохранялись. Их курировали под диагнозом «постхолестатомический синдром». Только проведение специфического лечения хлорсилом после уточнения диагноза (определение яиц описторхиса в желчи или кале) в сочетании с симптоматической терапией избавляло их от страдания.

У 25% больных описторхозом наблюдаются боли в эпигастрии и в левом подреберье, и им ставят диагнозы «гастродуоденит», «хронический колит с преимущественным поражением селезеночного угла», а в лучшем случае — «хронический панкреатит», и больные безуспешно лечатся у многих врачей.

Для диагностики описторхоза большое значение имеет анамнез и исследование желчи и кала с учетом полиморфизма клинической картины.

УДК 616—006.04

## Н. Ф. Каштанов (Казань). Смертность населения г. Казани от злокачественных опухолей в 1960—1970 гг.

Мы проанализировали врачебные свидетельства о смерти, выданные в г. Казани в 1960—1970 гг. За указанный период удельный вес злокачественных опухолей в общей смертности населения города Казани был равен  $17,72 \pm 0,51\%$ .

Анализ показывает, что в структуре смертности от опухолей различных локализаций на долю опухолей желудка приходится 36,70%, легких — 13,88%, пищевода — 8,98%, кишечника — 5,25%, матки — 5,16%, поджелудочной железы — 3,74%, печени — 3,21%, полости рта и глотки — 1,05%, почек — 0,64%, надпочечников — 0,04% и на долю сарком независимо от локализации — 2,69%.

У мужчин наибольшую смертность дают опухоли желудочно-кишечного тракта (49,5%), органов дыхания (23,3%), половых органов (2,9%), нервной системы (2,9%), у женщин — опухоли желудочно-кишечного тракта (51,7%), половых органов (15,3%), грудной железы (5,4%), нервной системы (3,3%).

В последние 10 лет отмечается статистически достоверное «постарение» опухолей. Например, по обобщенным секционным данным Н. С. Подольского и Н. В. Лаптевой за 1848—1938 гг., наибольшая смертность от рака была в возрасте 35—65 лет. По нашим данным 77% умерших от опухолей мужчин были в возрасте 60—75 лет, а 75% женщин — 55—80 лет. Это различие зависит, по-видимому, от увеличения продолжительности жизни в последние десятилетия.

Смертность от опухолей у мужчин (52,1%) явно выше, чем у женщин (соответственно 52,1 и 47,9%,  $P=0,05$ ).

Рак желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половых органов и других локализаций поражает человека в основном с 25-летнего возраста с максимумом до 60—80 лет, опухоли мозга и саркомы встречаются больше всего в возрасте до 10 лет (соответственно 9 и 17%) и в 60 лет (29 и 20%), опухоли предстательной железы выявляются начиная с 50—60-летнего возраста с пиком заболеваемости в 80 лет (36%). Все это говорит о том, что рак, опухоли мозга и саркомы имеют свои патогенетические особенности возникновения и развития.

При анализе показателей ежегодной смертности населения от опухолей обращает на себя внимание снижение ее в 1964 г. на 6,4% и повышение за период с 1964 по 1968 г. на 11,2%.

Интересно отметить, что в 1964 г. был минимум солнечной активности последнего 11-летнего цикла, а в 1968 г. наблюдался максимум.

Литературные данные свидетельствуют о влиянии изменений активности Солнца в течение 11-летнего цикла на многие биологические процессы. Статистическая обработка интенсивных показателей смертности от опухолей и числа Вольфа, характеризующего солнечную активность, обнаруживает значительную степень корреляционной связи (коэффициент корреляции  $r=0,80$ , достоверность результата  $P<0,001$ ). Коэффициент определения, показывающий, какой процент изменений в смертности от опухолей может быть вызван колебаниями солнечной активности, равен 64%, коэффициент неопределения — 36%. Иными словами, в 64% возможно влияние изменений солнечной активности. Таким образом, влияние 11-летнего цикла солнечной активности на смертность от опухолей не исключается. Так как последний максимум был в 1968—1969 гг., когда смертность от опухолей возросла на 11,2%, можно предполагать в последующие 6—7 лет некоторое снижение смертности от опухолей с последующим повышением в 1979—1980 гг.