

Макропрепарат: на разрезе опухоль яичников мелкокистозного строения с единичными крупными полостями и участками солидного строения. Шейка матки представляет собой экзофитную раковую опухоль с распадом на поверхности. Слизистая полости матки без изменений. Гистологически констатирована мезонефрома в яичниках и в шейке матки. Метастазы в лимфоузлы параметрия справа. Установить первичность возникновения мезонефромы в яичнике или в шейке матки не представляется возможным.

В послеоперационном периоде в полости малого таза выявлена неподвижная, несколько болезненная тяжистость толщиной 0,5 см. Ввиду прорастания опухоли в правый параметрий и в своды влагалища решено было наряду с химиотерапией (160 мг тиоТЭФа и 3000 мг циклофосфана) провести дистанционную гамма-терапию (суммарная очаговая доза 45 Дж/кг на область параметриев) и эндовагинальную ^{60}Co -терапию (3-кратное введение радиоактивного элемента, суммарная аппликационная доза 24,75 Дж/кг). В августе больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Повторно поступила в стационар в сентябре 1975 г. для проведения второго курса химиотерапии.

Данные объективного исследования: живот мягкий. Полость малого таза свободна, инфильтратов нет. Слева у крестцово-подвздошного сочленения пальпируется пристеночное образование, плотноватое, неподвижное, размером 3 × 5 см.

Диагноз: рецидив опухоли. Пристеночный инфильтрат слева. Произведена пункция инфильтрата через переднюю брюшную стенку. Получено около 15 мл мутноватой жидкости желтого цвета.

Данные цитологии: в препаратах гигантские злокачественные клетки с крупными гиперхромными ядрами и многоядерные клетки. Больная до 3 октября получила еще 160 мг тиоТЭФа и 3400 мг циклофосфана на фоне андрогенотерапии (тестостерона пропионат). Инфильтрат в результате лечения резко уменьшился в размерах.

Спустя месяц больная поступила в радиологическое отделение с диагнозом: рецидив опухоли в культе влагалища. Получила курс внутриволостной ^{60}Co -терапии (в аппликациях в культе влагалища 21,33 Дж/кг и в губке по длиннику влагалища 19,3 Дж/кг и дистанционную телегамма-терапию (суммарная очаговая доза 42 Дж/кг). Улучшения не отмечалось. С весны 1976 г. развились явления лимфостаза в правой нижней конечности, в последующем появились внутрикожные метастазы на передней брюшной стенке. Больная умерла в сентябре 1976 г.

Вторая больная была 25 лет, третья — 29 лет. У обеих также были диагностированы мезонефромы. В отличие от первого наблюдения, заболевание было распознано на более ранних этапах; больные были радикально оперированы; им проведена активная радио-химио-терапия. Обе находятся под длительным диспансерным наблюдением, рецидива опухоли и метастазов ее нет.

Обобщая данные о наших больных с мезонефромами, следует отметить их молодой возраст, в отличие от сведений в литературе. Запушенность процесса у этих больных обусловлена тем, что они не были охвачены профилактическими гинекологическими осмотрами ни в учебных заведениях, ни на производстве. Все изложенное дает основание рекомендовать активизацию работы кабинетов детской гинекологии и широкое проведение профосмотров на предприятиях и в учебных заведениях.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 362.147:616—036.12

К МЕТОДИКЕ ОТБОРА ЛИЦ ДЛЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ш. М. Вахитов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — доц. И. Г. Низамов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Р е ф е р а т. Предложена методика, с помощью которой осуществляется отбор контингента лиц, подлежащих диспансерному наблюдению.

Известно, что лица, часто и длительно болеющие, подвергнуты повышенному риску заболеть хронически. Кроме того, состояние здоровья находится в прямой зависимости от комплекса социально-гигиенических факторов, характеризующих условия жизни. В качестве индикатора, отражающего состояние здоровья, а следовательно, и сочетание различных социально-гигиенических факторов, может служить уровень посещаемости поликлиники каждым отдельным лицом. Отсюда следует, что для профилактики различных заболеваний первостепенное значение имеет изучение условий жизни людей и диспансерный учет лиц, находящихся в условиях неблагоприятной

сочетания факторов, влияющих на посещаемость. Весь вопрос в том, как по сочетанию факторов определить степень риска заболеть хроническим заболеванием и, в связи с этим, кого брать на учет.

Предлагаемая методика отбора на диспансерное наблюдение основана на определении степени неблагоприятности сочетания социально-гигиенических факторов, характеризующих условия труда и быта и имеющих достоверное влияние на посещаемость поликлиник.

Для разработки методики были решены три задачи: 1) установление факторов, достоверно влияющих на посещаемость; 2) определение уровней посещаемости, разграничивающих группы риска по степени неблагоприятности сочетания факторов; 3) выбор способа выявления связи всего комплекса отобранных факторов с уровнем посещаемости поликлиники.

Отбор факторов, влияющих на посещаемость, мы проводили при изучении посещаемости городских поликлиник для взрослых репрезентативной для г. Казани группой лиц.

Достоверная связь ($P < 0,05$) обнаружена между посещаемостью и следующими факторами: 1) вид жилья (изолированная квартира, общежитие и др.); 2) обеспеченность коммунальными удобствами; 3) срок проживания в районе обслуживания поликлиники. Еще достовернее ($P < 0,002$) связь с факторами: 1) пол; 2) возраст; 3) доход; 4) образование; 5) социальная принадлежность; 6) наличие медицинской службы по месту работы; 7) недельный график работы (5 дней в неделю, 6 дней и др.); 8) численность семьи.

Перечисленные факторы, безусловно, оказывают определенное влияние на посещаемость поликлиник не только в г. Казани, но и в других городах.

В решении второй задачи — определении уровней посещаемости, разграничивающих группы риска по степени неблагоприятности сочетания факторов, отправным положением служило то, что в каждом городе уровень посещаемости различен, и число посещений, считающееся низким в одном городе, может быть высоким или средним для другого.

В связи с этим был разработан формальный способ определения границ классов низкого, среднего и высокого уровней посещаемости в зависимости от отношения к показателю среднего уровня посещаемости поликлиники взрослым населением города в целом.

Обратимся к рис. 1. К классу низкого уровня посещаемости (I) относятся числа посещений, находящиеся в границах $n_0 - n_1$; к классу среднего уровня посещаемости — числа посещений, лежащие в границах $n_1 - n_2$; классу высокого уровня посещаемости имеет нижнюю границу (n_2), но не имеет верхней, так как теоретически число посещений поликлиники в течение года, приходящееся на одного человека, может быть любым.

Чтобы не определять для каждого города отдельно, какие числа соответствуют границам классов n_1 и n_2 , необходимо принять классы I и II равными по величине интервала; это дает право вывести равенство:

$$n_2 = 2 n_1.$$

Поскольку класс II отражает некий средний уровень посещаемости, заключенный в границах $n_1 - n_2$, середина этого класса должна совпасть с величиной показателя среднего уровня посещаемости в целом по городу — $n_{\text{ср}}$. Тогда $1/3$ интервала $n_0 - n_{\text{ср}}$ составит половина класса II, а $2/3$ — весь класс I.

Следовательно,

$$n_1 = \frac{2}{3} n_{\text{ср}}.$$

$$n_2 = \frac{4}{3} n_{\text{ср}}.$$

$$n_2 = 2 n_1 = 2 \frac{2}{3} n_{\text{ср}} = \frac{4}{3} n_{\text{ср}}.$$

Для определения связи уровня посещаемости с комплексом отобранных факторов принята суммирующая биссектрисная номограмма¹ (рис. 2). Строится она следующим образом. На отрезке оси ординат, лежащей ниже оси абсцисс, откладывают значения средних чисел посещений в год на одного человека, соответствующие градациям первого фактора. Однако наносят на эту ось не значения средних чисел посещаемости, а наименования градаций. Затем на той же оси откладывают величину значения среднего числа посещений по всем факторам и из этой точки возводят перпендикуляр на ква-

¹ Маневич Ш. С. Методика анализа и планирования процессов с помощью сопоставимых показателей. Казань, 1977.

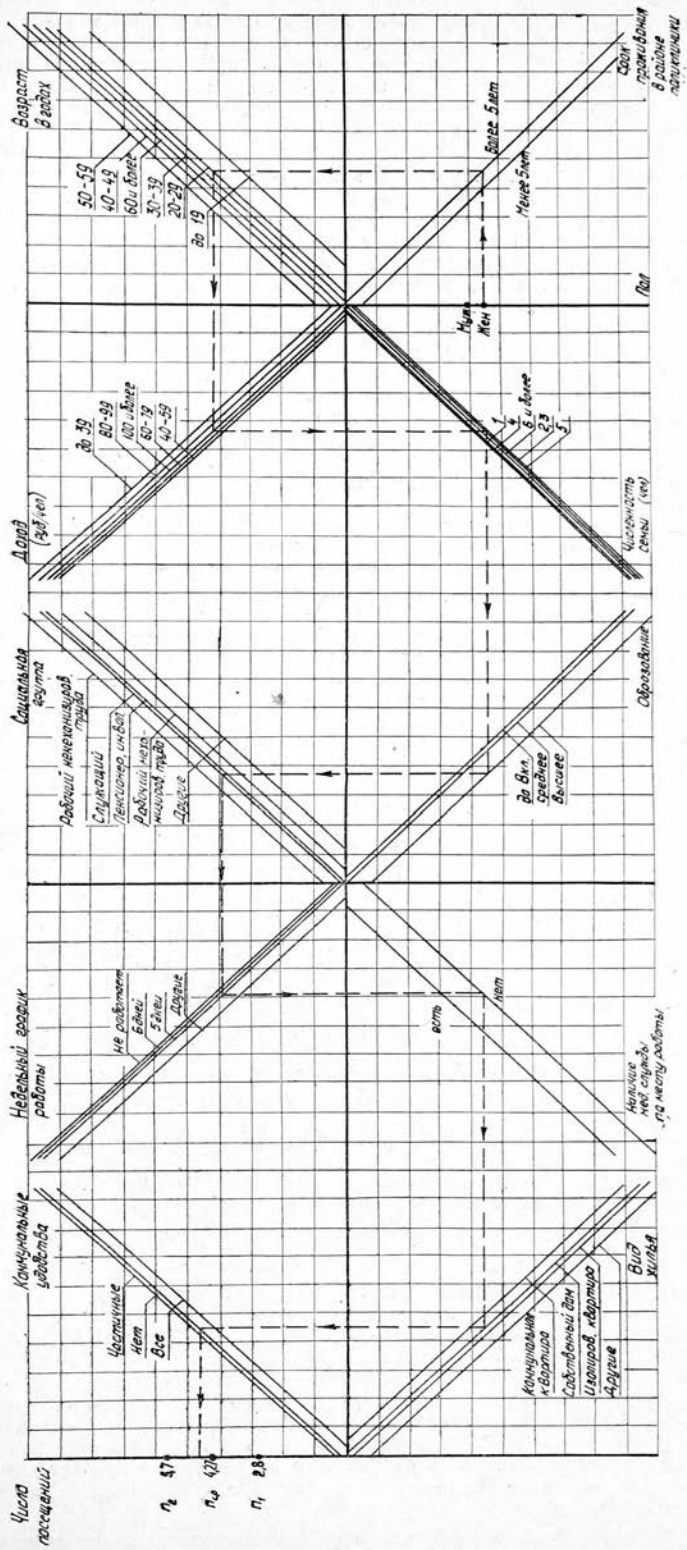


Рис. 2.

дрант, лежащий от оси в направлении против хода часовой стрелки. На перпендикуляре откладывают значения средних чисел посещаемости, соответствующие градациям второго фактора, обозначают по наименованиям градаций признака и через них проводят линии, параллельные биссектрисе угла пересечения осей координат. Для обозначения градаций третьего признака возводят перпендикуляр от следующей против хода часовой стрелки оси на прилежащий квадрант. Все перечисленные операции повторяют до тех пор, пока не будут перебраны все факторы. Значения результативного признака — предполагаемого числа посещений за год для каждого индивидуума — наносят на оси координат, примыкающей к последнему использованному квадранту.

Поскольку результативный показатель формализован, он даст ответ, в какой класс по уровню посещаемости попал данный индивидуум. Если в I — он в диспансеризации не нуждается; если во II, то вопрос о взятии на учет следует решать исходя из его состояния здоровья; если же в III, то его необходимо диспансеризовать, несмотря на отсутствие показаний к диспансеризации по состоянию здоровья.

Пользоваться номограммой следует таким образом. Пришедшего на прием к врачу человека опрашивают последовательно по всем включенным в номограмму факторам. В соответствии с ответами переходят от градаций одного фактора к градациям другого в направлении стрелки и параллельно осям координат до тех пор, пока не дойдут до формализованного показателя уровня посещаемости.

При необходимости можно перейти от формализованного показателя к конкретному для данного города, придав уровню значение величины показателя среднего числа посещений по городу и в соответствующем масштабе разбив шкалу показателя уровня посещаемости.

Не рекомендуется прогнозировать уровень посещаемости хронических больных, так как они заведомо подлежат диспансеризации, а также лиц в возрасте старше 60 лет, подавляющее большинство которых тоже страдает хроническими недугами, и людей, долго посещавших какого-либо «узкого» специалиста по поводу даже острого заболевания.

Ретроспективная проверка показала, что совпадение прогнозируемого и фактического уровней посещаемости высоко и при соблюдении перечисленных условий достигает 85—90% попаданий обоих показателей в один класс. В 10—15% случаев показатели попадали в соседние классы, не различаясь, впрочем, на величину, превосходящую размеры класса. Случаев попадания значений прогнозируемого и фактического уровней в классы I и III не было.

Поступила 27 декабря 1977 г.

ГИГИЕНА И САНИТАРИЯ

УДК 614.712

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПО САНИТАРНОЙ ОХРАНЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА

М. М. Гимадеев, Г. А. Калпина, А. В. Иванов

Кафедра коммунальной гигиены (зав. — проф. М. М. Гимадеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Проанализировано 1199 проб атмосферного воздуха на содержание сернистого ангидрида, тумана серной кислоты, двуокиси азота в промышленном районе города. Загрязненность атмосферного воздуха стала значительно ниже, чем в 1957—1966 гг., однако суммарная концентрация все еще превышает допустимую величину. Разработаны рекомендации, внедрение которых позволяет значительно снизить уровень загрязнения атмосферного воздуха.

Производства химической промышленности могут служить источниками загрязнения атмосферного воздуха комплексом вредных веществ [1, 2]. Нами проводилось изучение содержания окислов азота, сернистого ангидрида и тумана серной кислоты в атмосферном воздухе промышленного района города.

За последние годы в районе были осуществлены меры, направленные на снижение загрязнения атмосферного воздуха выбросами. В частности, закрыто серноокислотное производство, введен ряд усовершенствований в технологические процессы, усилен лабораторный контроль за состоянием воздушного бассейна. В связи с этим возникла необходимость в гигиенической оценке эффективности этих мероприятий. Кроме того, следовало выяснить, какие предприятия и коммунальные объекты продолжают загрязнять атмосферный воздух.

Пробы воздуха для исследования отбирали одновременно с наветренной и подветренной (по факелу) сторон, на расстояниях от 500 до 1500 м от источника выброса. В каждой точке производили отбор проб на содержание сернистого газа, тумана сер-