

О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ В ТАТАРСКОЙ АССР

Н. М. Хайкинсон

Из Татарского республиканского онкологического диспансера
(главврач — А. К. Мухамедьярова)

В 1958 г. в Татарии было зарегистрировано 3911 больных раком, из них мужчин 1632 (41,7%), женщин 2279 (58,3%). Если учесть, что у нас, как и по стране в целом (А. В. Чаклин, В. М. Углова), учреждения железной дороги и некоторых других ведомств регистрируют онкологических больных не включая свои данные в сводки диспансеров Минздрава, а также и то, что у значительного числа больных диагноз устанавливается посмертно, то показатели регистрируемой заболеваемости все еще нельзя считать полными.

По материалам Ленинграда, заболеваемость раком в 56 г. равнялась 148,4 на 100 000 населения; по Татарской АССР в 58 г. зарегистрировано 137,4, а по Казани — 175,4.

В 56 г. число выявленных больных раком в республиканских городах РСФСР было значительно выше, чем среди жителей других городов и сельских мест, и составляло 155,4 на 100 000 населения. Эту разницу в числовых показателях Е. В. Козлова склонна объяснить лучшей организацией онкологической помощи населению и, в частности, лучшей выявляемостью и учетом больных раком в городах, чем в сельской местности.

В связи с этим нельзя не отметить, что, хотя мы и сравниваем данные разных лет — по Ленинграду за 56 г. и по Казани за 58 г., но столь заметное различие в интенсивных показателях, как 148,4 в Ленинграде и 175,4 в Казани, мы отнюдь не объясняем тем, что в Казани дело поставлено лучше, видимо, здесь играют роль другие причины, что наглядно выражено и в сопоставлениях, приводимых ниже.

По возрасту все заболевшие раком в Татарской АССР распределяются следующим образом (в процентах):

до 29 лет — 1,7,	50—59 лет — 28,6,
30—39 лет — 5,4,	60—69 „ — 29,2,
40—49 „ — 16,4,	70 лет и старше — 18,7.

Если по СССР в целом наибольшее число заболевших зарегистрировано в возрасте 50—59 лет, то по Татарской АССР наиболее уязвимым оказывается возраст 60—69 лет.

На основании материалов по СССР за 47—52 гг. А. В. Чаклин и В. М. Углова сообщают, что больных раком в возрасте моложе 40 лет было 14,5%; в Туркменской ССР — 20,9%; в Латвийской и Эстонской — по 8,3%, в Татарской АССР (58 г.) было только 7,1%.

Материалов, свидетельствующих об „омоложении“ рака у нас, так же, как и у других авторов, нет.

По локализации из заболевших раком на 100 000 населения имелось:

Локализация	По Ленинграду за 56 год	За 58 год	
		по Казани	по ТАССР
Желудок	51,9	49,1	46,6
Матка	15,6	27,8	17,3
Пищевод	14,8	11,5	14,4
Легкие	13,5	10,3	6,6
Молочная железа	12,8	16,2	6,6
Кожа	9,3	23,0	14,7
Гортань	3,6	1,1	0,9
Прямая кишка	3,5	3,4	2,1
Губа	2,0	11,6	13,4
Полость рта	0,9	0,8	0,9

Из таблицы видно, что в Казани отмечаются:

- а) значительно большее распространение рака матки,
- б) рака молочной железы;
- в) трудно объяснимое распространение рака кожи (даже по сравнению с его распространением в целом по ТАССР);
- г) значительное распространение в Татарской АССР рака губы.

Структура заболеваемости представляет интерес не только в интенсивных, но и в экстенсивных показателях. В 49 и 58 гг. в Татарии отмечена следующая структура заболеваемости раком (в процентах):

Локализация	49 г.	58 г.
Желудок	24,6	33,9
Матка	17,7	12,6
Кожа	15,1	10,7
Нижняя губа	9,9	9,9
Пищевод	9,4	10,5
Легкие	1,3	4,8
Молочная железа	5,1	4,8
Прямая кишка	1,9	1,6
Гортань	0,8	0,6

Эти цифры свидетельствуют о безусловном улучшении диагностики висцеральных форм раковой болезни в 58 г., по сравнению с 49 г. При этом следует указать, что улучшение диагностики не носит случайный характер, а идет постепенно, из года в год.

Небезынтересно сравнить данные о структуре заболеваемости раком в Татарской АССР с некоторыми другими.

За 49—54 гг. по РСФСР имелось:

рака желудка — 32,2%,	рака пищевода — 6,0%,
» матки — 15,8%,	» прямой кишки — 1,8%,
» кожи — 12,4%,	» гортани — 1,4%,
» молочной железы — 7,0%.	

При этом Е. В. Козлова тоже отмечает, что из года в год в РСФСР увеличивается удельный вес трудно диагностируемых форм рака внутренних органов, как рак желудка и легких.

А. В. Чаклин, В. М. Углова и другие авторы обращают внимание на увеличение рака легких. В Татарии он отмечался в 49 г. в 1,3%, а в 58 г. в 4,8% к общему числу зарегистрированных больных раком. Но если сравнить данные о заболеваемости раком легких по Татарской АССР с данными, приводимыми авторами по другим республикам, то нужно отметить, что в Татарии рак легких не принял таких размеров, как, например, в Карело-Финской республике — 11,1% в 54 г. (Д. И. Мац, Л. Е. Мизяк, В. М. Углова и А. В. Чаклин).

Об улучшении из года в год диагностики, и притом ранней, свидетельствуют и данные об удельном весе раковых больных по клиническим группам.

Количество подлежащих радикальному лечению (II-а клиническая группа) из больных с впервые установленным диагнозом рака составляло по Татарии в 49 г. — 37,5%, и затем, постепенно возрастая, этот показатель дошел в 54 г. до 66,8, а в 58 г. — до 80,8. По РСФСР II-а клиническая группа составляла в 49 г. — 41,9%, в 54 г. — 55,6 (А. Н. Новиков), а в 56 г. — 63,3% (Л. Ф. Никитина).

Больные, закончившие лечение и являющиеся практически здоровыми (III клиническая группа), составляли в 49 г. 7,7%, а в 58 г. — 69,4%. По РСФСР III клиническая группа равнялась в 54 г. 69,7% (А. Н. Новиков), в 56 г. — 73% (Л. Ф. Никитина). По СССР (Е. Г. Праздникова) в 49 г. — 45,8%, в 56 г. — 71,9%.

По мере улучшения ранней диагностики, одновременно с увеличением II-а клинической группы, идет уменьшение числа больных в запущенной стадии рака, подлежащих лишь симптоматическому лечению (IV клиническая группа среди больных с впервые установленным диагнозом).

Такие больные составили:

по СССР (Е. Г. Праздникова) в 47 г. — 42,0%,
в 56 г. — 23,6%.
по РСФСР (Л. Ф. Никитина) в 49 г. — 31,9%,
в 56 г. — 23,5%.
по ТАССР в 49 г. — 22,8%,
в 58 г. — 19,2%.

Изучение причин запущенности рака в Татарской АССР, например, в 58 г. показывает, что главной причиной является поздняя обращаемость больных (54,2% всех случаев запущенности произошло из-за поздней обращаемости). Второй причиной запущенности служит все еще не достаточная онкологическая квалификация и недостаточная настороженность врачей (по этой причине запущенность рака имеет место в 25,4% случаев). И к третьей причине следует отнести скрытое, малосимптомное течение болезни (20,4% запущенности).

Если же говорить об отдельных локализациях злокачественных новообразований, то, несмотря на безусловное улучшение диагностики висцеральных форм, основная запущенность все же падает на рак легких и желудочно-кишечного тракта.

В соответствии с приведенными материалами о заболеваемости раком в Татарской АССР, можно наметить две важнейшие задачи:

- 1) дальнейшее улучшение учета онкологических больных и
- 2) всемерное продолжение работы по профилактике, ранней диагностике и лечению раковой болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова Е. В. Сб. Вopr. клин. и эксп. онкол., вып. 2, Сталинград, 1957.—
2. Она же. Тр. второй Всес. конф. онкологов, Ленинград, 1959.— 3. Мац Д. И., Мизяк А. Е., Углова В. М. и Чаплин А. Н. Вopr. онкол., III, 5.— 4. Никитина А. Ф. Тр. второй Всес. конф. онкологов, Ленинград, 1959.— 5. Новиков А. Н. Сб. Вopr. клин. и эксп. онкол., вып. 2, Сталинград, 1957.— 6. Праздникова Е. Г. Тр. второй Всес. конф. онкологов, Ленинград, 1959.— 7. Чаплин А. В., Углова В. М. Там же.

Поступила 2 июля 1957 г. — 59 г.

СОСТОЯНИЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ за 1953—57 годы

Главный акушер-гинеколог г. Казани доц. З. Н. Якубова

Родовспоможение в Советском Союзе занимает одно из почетных мест в системе здравоохранения.

Для оказания акушерской помощи населению в Казани имеется 450 родильных коек и 10 женских консультаций. Функционирующие стационары не вполне удовлетворяют потребности населения города. Постоянная перегрузка в родильных отделениях создает угрозу вспышки токсико-септических заболеваний среди матерей и детей, что и наблюдалось в 1955 и 1956 годах. 1957 год оказался в этом отношении благополучным — ни одно родильное отделение не было закрыто вне плана по поводу внутрибольничной инфекции. Главные врачи роддомов и коллективы сотрудников родильных отделений сумели в труднейших условиях поддержать на должном уровне санитарное состояние отделений путем циклической дезинфекции помещений, мягкого и твердого инвентаря без закрытия отделений.

Основной организационной формой работы акушерских объединений является участковость при двухзвеньевой системе обслуживания женского населения по скользящему графику работы участковых врачей. В последние годы произведено разукрупнение врачебных участков, которых в 1955 г. было 23, в 1956 г. — 55, а в 1957 г. стало 75. Приrost врачей за этот период составляет 40 единиц, и это не могло не сыграть положительной роли в достижении тех показателей по родовспоможению в городе, с какими мы пришли к январю 1958 года. Так, широкая санитарно-просветительная работа по борьбе с абортami, проводимая женскими консультациями, привела к росту рождаемости, несмотря на отмену запрещения абортов. Количество родов в городе было в 1956 г. выше 1955 г. на 1,2%, а в 1957 г. — на 11,2% выше 1956 г. Охват стационарной родильной помощью в 1957 году составляет 98,8%.

1957 год принес резкое снижение количества внебольничных абортов, которые составили 19% к числу медицинских абортов, против 40% в 1956 г. Смертность от абортов сведена к нулю.

Отрадныe данные город имеет в отношении материнской смертности, которая за последние годы снизилась в 2,5 раза и составляет в 1957 году 0,018%. Среди причин материнской смертности на первом месте стоят заболевания сердечно-сосудистой системы. Это указывает на отсутствие контакта в работе между участковыми терапевтами и акушерами-гинекологами.

В достижении заметного снижения материнской смертности мы обязаны повышению квалификации рядовых врачей участка и стационаров. Все акушерско-гинекологические стационары систематически проводят ежечасные малые и ежемесячные большие внутриклинические конференции врачей, акушеров и сестер, где разбирают текущую патологию, изучают новые научно-практические достижения акушерства. Далее, систематически проводимые перекрестные комиссии между объединениями вскрывают недостатки одних и популяризируют достижения других. Весьма эффективным оказалось и повышение квалификации врачей на рабочем месте в крупных объединениях, путем временного обмена врачами между более и менее крупными объединениями.

Большую помощь в повышении квалификации врачей оказывает регулярная работа Общества врачей (председатель—проф. П. В. Маненков) и комиссии родовспомо-