

В помещениях с достаточной площадью на одного работающего (4—8 м²) выростали в основном сарцины, актиномицеты, плесень, микрококк, а патогенных микроорганизмов не было обнаружено, что свидетельствует о благополучии воздушной среды в санитарно-эпидемиологическом отношении. Для служебных помещений, где площадь на одного работающего не достигала нормы (2,2—3,4 м²), характерным было выделение золотистого стафилококка, гемолитического стрептококка, палочек субтилис, а также микрококка и плесени.

Такую же закономерность мы отметили в цехах. В помещениях, где кубатура на одного работающего была ниже 15 м³, также выделялись микроорганизмы, свидетельствующие о загрязненности воздуха. В цехах сборки при кубатуре менее 15 м³ на одного работающего выделен золотистый стафилококк, а при кубатуре более 15 м³ на одного рабочего обнаружены белые, коагулазоотрицательные стафилококки. В гальванических цехах при недостаточной площади высевался энтерококк, в то время как при кубатуре более 15 м³ — микрококк, сарцина, палочка субтилис и в единичных случаях — белый стафилококк. В остальных цехах обнаруживались микрококк, палочки субтилис, сарцина и белый стафилококк. Характер микрофлоры воздуха зависел и от специфики работы. В помещениях цехов сборки высевался только стафилококк, и среднее общее микробное число (ОМЧ) составило 389 микроорганизмов в 1 м³ воздуха. В воздухе цехов гальваники преобладала палочка субтилис, плесень, сарцина; белый стафилококк встречался в исключительных случаях. Среднее общее микробное число в цехах гальваники в 1 м³ воздуха достигало 520 микроорганизмов.

Полученные данные показывают, что в помещениях, переуплотненных служащими и рабочими, обсемененность воздуха микробами значительно (до 1,5—2 раза) выше, чем в помещениях с соблюдением нормативов; при этом в воздухе переуплотненных помещений обнаруживались в основном золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк и энтерококк.

Как общий вывод из нашего исследования мы рекомендуем строго соблюдать санитарные нормативы при размещении служащих в административно-контрольных помещениях и в цехах, не допуская их переуплотнения. При значительной бактериальной обсемененности следует не только принять необходимые меры по соблюдению чистоты, но и проводить ультрафиолетовое облучение.

УДК 616.329—006.6(470.344)

Ст. научн. сотр. Р. Ф. Белоконь (Чебоксары). Рак пищевода в Чувашской АССР (медико-географические исследования)

Чувашская АССР относится к районам Советского Союза с низкой заболеваемостью населения злокачественными опухолями пищевода. За исследуемый период (1968—1972 гг.) в ЧАССР раком пищевода заболело 187 человек: 101 мужчина и 86 женщин. Заболеваемость мужчин в городе и селе выше, чем женщин, в 4,2—2,2 раза, причем разница тем больше, чем старше возрастная группа. Пик заболеваемости приходится на возраст 70 лет и старше.

Стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными опухолями пищевода у городских жителей в 1,2—1,6 раза выше, чем у сельских. Особенно значительны различия в заболеваемости мужского населения в возрастной группе 70 лет и старше, что связано, возможно, с лучшей диагностикой и учетом больных в городе. У женского населения подобные различия менее контрастны.

За изучаемый пятилетний период существенных изменений в заболеваемости не отмечено, за исключением ее показателей у мужского сельского населения, которые возросли с 3,7 (1968) до 4,5 (1972) на 100 000, в основном за счет учащения заболеваемости в пожилом возрасте (70 лет и старше).

У татар (мужчин) стандартизованные показатели заболеваемости злокачественными опухолями пищевода в 2,4 раза выше, чем у русских, и в 2,7 раза выше, чем у чувашей; татарки болеют в 2,1 раза чаще, чем русские женщины, и в 9,6 раза чаще, чем чувашки.

Самая высокая заболеваемость обнаружена у татарского населения республики, а самая низкая — у мордовского. Причем мужчины и женщины татарской национальности на селе болеют почти одинаково часто. В городе татары болеют значительно реже, что связано, видимо, с меньшим соблюдением национальных особенностей питания, лучшей сбалансированностью пищевого рациона.

На географию рака пищевода в ЧАССР большое влияние оказывает размещение татарского населения по территории республики. В районах с самой высокой заболеваемостью большую часть населения составляют татары (юго-восток республики). Многие исследователи связывают повышенную заболеваемость татарского населения раком пищевода с особенностями питания (горячий чай, горячая жирная пища) и с генетической предрасположенностью. Кроме того, в татарских селах степной части республики почти нет садов, а на приусадебных участках мы не обнаружили большого разнообразия овощей. Между тем известно, что недостаток витаминов является фоном, предрасполагающим к возникновению рака пищевода. Необходимо отметить также некоторые особенности юго-восточного нозоареала с медико-географических позиций. Воды его высокоминерализованные, а почва местами характери-

зуется высокой засоленностью, что, по мнению некоторых авторов, может способствовать проявлению данной патологии.

Кроме юго-восточного нозоареала повышенной заболеваемости злокачественными опухолями пищевода, обусловленной указанными выше причинами, на территории ЧАССР имеются «гнезда» повышенной заболеваемости, приуроченные к долинам крупных рек — Волги и Суры. Здесь заболеваемость прямо пропорциональна количеству жителей в населенных пунктах, максимально приближенных к реке. В питании населения, проживающего по берегам Суры и Волги, значительную роль играет мелкокостная рыба в разнообразном виде, что также является возможным этнологическим фактором развития рака пищевода.

Итак, Чувашская АССР относится к районам Советского Союза с низкой заболеваемостью населения злокачественными опухолями пищевода: стандартизованный показатель равен 6,64 для мужчин и 2,13 для женщин. Максимальный уровень заболеваемости отмечается среди возрастных групп от 70 лет и старше. У городских жителей заболеваемость регистрируется чаще, что связано, возможно, с лучшей диагностикой в городской местности. Наиболее часто раком пищевода в ЧАССР болеет татарское население, далее в убывающем порядке идут русские, чуваша, мордва.

«Группами повышенного риска» в отношении рака пищевода в ЧАССР можно считать татарское население (сельское) и население прибрежных зон Суры и Волги. Факторами, повышающими риск заболевания, являются национальные особенности питания татар (недостаток витаминов), употребление в большом количестве мелкокостной рыбы населением прибрежных зон, повышенная минерализация природных вод и засоленность почв.

УДК 616.11+616.36—006.6

Канд. мед. наук В. А. Сунцов, В. А. Федотов (Саратов).
Случай злокачественной опухоли перикарда и печени

Опухоли сердца и перикарда, как первичные, так и вторичные, относятся к довольно редким заболеваниям. Тем более редко встречается сочетание опухолей перикарда и печени. Вот почему, на наш взгляд, представляет интерес описанное ниже наблюдение двойной первичной локализации злокачественной опухоли.

Ч., 53 лет, поступила в клинику госпитальной терапии 17/IV 1973 г. с жалобами на одышку в покое, кашель с гнойной мокротой, повышение температуры, общую слабость, отсутствие аппетита, периодическую тошноту, чувство тяжести и давления в правом подреберье.

Считает себя больной с 1970 г., когда после пневмонии появились приступы удушья, которые расценивались как бронхиальная астма. В 1972 г. был диагностирован инфаркт миокарда (стенкардиальная форма). Однако позднее приступов стенокардии не было. За последние 8 месяцев Ч. похудела на 14 кг, отмечала ухудшение аппетита, диспепсические расстройства. С 15/IV повысилась температура до 39° появилась кашель с гнойной мокротой, приступы удушья, в связи с чем больная была направлена в клинику.

При поступлении состояние тяжелое, цвет лица землистый. Грудная клетка эмфизематозна, ригидна при пальпации. Число дыханий 32 в 1 мин. Справа в подлопаточной области усилено голосовое дрожание, здесь же определяется притупление перкуторного звука. По остальным полям коробочный звук. Рассеянные сухие свистящие хрипы. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, АД 105/70 мм рт. ст. Пульс 72 в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Нижняя граница правой доли печени на 2—3 см ниже реберной дуги, левой доли — на 3 см выше уровня пупка. Поверхность печени бугристая, край плотный, болезненный. Первоначально заболевание расценивалось как хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз, бронхоэктазы с перифокальной пневмонией справа, осложненные легочно-сердечной недостаточностью II B степени. Помимо этого, у больной установлен атеросклероз аорты, коронарных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз, хронический гепатит. С 7—8/V состояние больной значительно ухудшилось: отмечалось резкое усиление одышки (до 44 в 1 мин), учащение пульса (до 120 в 1 мин), нарастала глухость тонов, в легких вновь нарастало количество сухих и влажных хрипов, заметно увеличилась печень. Прогрессирующее ухудшение состояния, увеличение печени, бугристость ее поверхности, отсутствие периферических отеков, а также почти полное отсутствие эффекта от лечения заставили заподозрить первичный рак печени. Для исключения новообразования другой локализации произведено обследование желудочно-кишечного тракта и почек; в них патологии не выявлено.

Анализ крови: эр.— $3,4 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb 1,4 ммоль/л, цв. показатель 0,9, л. $6,3 \cdot 10^9$ в 1 л, э.— 1%, п.— 4%, с.— 70%, лимф.— 15%, мон.— 10%, СОЭ 71 мм/ч. Билирубин: общий 12 мкмоль/л, прямой 5,1 мкмоль/л, непрямой 6,8 мкмоль/л. Сулемова проба 1,8 мл, диастаза крови 6,25 ед.

Общий белок 59 г/л. Альбумины — 55%, глобулины: α — 12%, β — 11,4%, γ — 21,6%. Сахарная кривая: 6,0—5,9—10,8—11,4—12,6 ммоль/л. Холестерин 3,9 ммоль/л, протромбиновый индекс 105%.