

В кн.: Санаторно-курортное лечение больных туберкулезом и сопутствующими заболеваниями, М., 1980.—17. Кулачковский Ю. В. Хроническое легочное сердце при туберкулезе. Киев, Здоров'я, 1981.—18. Кулбаева С. К., Покотило Д. И. Здравоохр. Киргизии, 1979, 1.—19. Лаптева И. М. Врач. дело, 1976, 3.—20. Лачинян С. Р. Изменения сердечно-сосудистой системы у больных туберкулезом легких. Автореф. докт. дисс., М., 1968.—21. Молотков В. Н., Матусевич В. Г., Седых Н. Н. Врач. дело, 1982, 12.—22. Нахутин Л. С. Пробл. туб., 1976, 9.—23. Нореико Б. В. Там же, 1977, 3.—24. Паин Г. А., Яглинский В. А., Ушакова А. Г. Там же, 1979, 3.—25. Палеев Н. Р., Одинокова В. А., Гуревич М. А. и др. Миокардиты. М., Медицина, 1982.—26. Рабухин А. Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. М., Медицина, 1976.—27. Степанян Э. С. Нарушение кровообращения легких при туберкулезе. М., Медицина, 1973.—28. Степанян Э. С., Колосовская В. П. В кн.: Химиотерапия туберкулеза легких. Под ред. А. Г. Хоменко. М., Медицина, 1980.—29. Стукало И. Т., Кулачковский Ю. В. Система кровообращения и туберкулез легких. М., Медицина, 1967.—30. Флит И. А. Эффективность комплексного лечения больных пожилого возраста с впервые выявленным туберкулезом легких. Автореф. канд. дисс., М., 1973.—31. Хоменко А. Г. Туберкулез органов дыхания. М., Медицина, 1981.—32. Шебанов Ф. В. Туберкулез. М., Медицина, 1982.—33. Шевченко Р. Н., Паничкин Ю. В., Сакун В. М., Яшина Л. А. Пробл. туб., 1975, 11.—34. Шестерина М. В., Михайлова Ю. В., Козырева А. Л. Там же, 1981, 7.—35. Ярович В. С., Дмитриенко Л. В. Там же, 1970, 11.—36. Раданов Р., Тодоров Ст. Туберкулез легких в сочетании с другими заболеваниями. София, Медицина и физкультура, 1974.—37. Dangubie V., Radojcic M., Azanjas R. Pluc. Bol. Tuberc., 1972, 24.—38. Hirasings R. A., van Bel F. Scand. J. resp. Dis., 1982, 63.

Поступила 1 июня 1983 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 618.19—006.6—084

### И. М. Левин (Йошкар-Ола). Опыт профилактического осмотра и диспансеризации женщин с целью раннего выявления рака молочных желез

Реальным путем выявления рака молочной железы является диспансерное наблюдение с использованием комплекса диагностических мероприятий. Для повышения качества такого наблюдения и его экономической эффективности необходимо выделять среди здоровых женщин, подвергшихся профилактическому осмотру, группу повышенного риска и больных с предопухолевыми заболеваниями.

Разработанная нами карта профилактического осмотра является документом как первичного отбора, так и последующего диспансерного наблюдения. В отличие от существующих анкет и таблиц для выделения группы риска с заболеваниями молочных желез, она не только содержит клинические, функциональные и наследственные признаки, но и дает возможность графически регистрировать данные осмотра и пальпации молочных желез (см. табл.).

#### КАРТА

#### профилактического опроса

Ф. И. О. _____	Данные опроса (нужное подчеркнуть)
Возраст _____	Есть ли уплотнения в молочных железах, язвы, трещины в области сосков? (Да, нет)
Место работы _____	Имеются ли кровянистые выделения из сосков? (Да, нет)
	Беспокоят ли боли в молочных железах, чувство тяжести, нагрубание? (Да, нет)
	Имело ли место раннее (до 13 лет) начало менструаций или позднее (после 50 лет) их прекращение? (Да, нет)
	Болели ли мать или сестры заболеваниями молочных желез? (Да, нет)

Данные осмотра

Подпись врача

На оборотной стороне карты отмечаются результаты дополнительных методов исследования и даты повторных осмотров. Применение этой карты позволит, по нашему мнению, быстрее сориентироваться в имеющихся факторах риска, полнее использовать дополнительные методы исследования для диспансеризации женщин из группы риска в медико-санитарных частях или в здравпунктах, уменьшит документацию и ускорит работу с ней.

Профилактический опрос женщин с использованием указанных карт был проведен нами на заводе «Контакт» имени 50-летия СССР в Марийской АССР. Опрошено 600 женщин, из них 40,7% были в возрасте 35 лет и старше. Жалобы предъявили 94 (15,7%) женщины: боли и чувство тяжести в молочных железах отмечали 57 (9,5%), уплотнения в молочных железах — 21 (3,5%), раннее начало или позднее окончание менструаций — 34 (5,7%), заболевания молочных желез у ближайших родственников — 8 (1,3%). Жалоб на кровянистые выделения из сосков не было ни у кого из опрошенных. Положительно ответили сразу на несколько вопросов 24 (4%) женщины.

Онкологом осмотрены 90 женщин, ответивших положительно хотя бы на один вопрос карты профилактического опроса. Заболевания молочных желез выявлены у 14 (15,6%) женщин (у 11 — диффузная мастопатия, у 2 — фиброаденомы, у 1 — киста молочной железы). Число больных с заболеваниями молочных желез оказалось в 2 раза больше, чем при профосмотре на этом же предприятии, проведенном нами ранее без применения карт профилактического опроса.

Все женщины, у которых не было заболеваний молочных желез, но имелись те или иные факторы риска или жалобы, взяты под диспансерное наблюдение врачами здравпункта завода.

Таким образом, данная форма организации профилактического осмотра женщин на промышленном предприятии способствует, по нашему мнению, раннему выявлению рака молочных желез.

УДК 613.63/65:618.2—083:616.155

#### **Ф. А. Каюмов, В. А. Кулавский (Уфа). Цитохимические показатели клеток крови беременных работниц производства резино-технических изделий**

Работницы производства резино-технических изделий имеют прямой контакт кожи рук с клеем, а также вдыхают испарения основы клея. Содержание бензина и других компонентов основы клея в воздухе производственного помещения имеет значительные колебания, однако не превышает предельно допустимых концентраций (концентрация бензина — 250—300 мг/м<sup>3</sup>). К вредным профессиональным факторам относится и вынужденная поза работниц. Пары растворителей из цехов удаляются при помощи общих вентиляционных установок.

С целью определения ранней реакции и мобилизации защитно-приспособительных механизмов беременных женщин (работниц производства резино-технических изделий) мы изучали изменения, происходящие в лейкоцитах.

Обследованы 146 беременных, проработавших на данном предприятии от 6 мес до 16 лет. В зависимости от производственного стажа все они были распределены следующим образом: до 5 лет работы — 1-я группа, 6—10 лет — 2-я и свыше 10 лет — 3-я. Параллельно у обследованных производили общий анализ крови. Контрольную группу составили 65 здоровых беременных женщин репродуктивного возраста, не имеющих контакта с химическими веществами, а также 89 небеременных работниц этого же производства.

Результаты цитохимических исследований клеток крови показали, что у женщин 1-й группы активность цитохрома С и пероксидазы в нейтрофилах от аналогичных показателей небеременных и беременных женщин контрольной группы существенно не отличались. С увеличением производственного стажа активность этих ферментов, как правило, увеличивается ( $P < 0,01$ ). Активность щелочной и кислой фосфатазы у работниц всех групп была повышенной ( $P < 0,001$ ). Исключением были показатели активности кислой фосфатазы у женщин со стажем работы свыше 10 лет ( $P > 0,05$ ), у которых активность этого фермента оставалась в пределах контроля. Иную картину наблюдали в содержании гликогена, когда его количество у женщин всех трех групп было сниженным по сравнению с контролем ( $P < 0,001$ ).

Следовательно, по мере увеличения стажа работы на данном производстве происходит достоверное увеличение активности как окислительно-восстановительных ферментов, так и гидролаз. Однако на фоне увеличения активности отмеченных ферментов уменьшается количество гликогена нейтрофильных лейкоцитов.

Констатируются изменения и со стороны активности ряда ферментов лимфоцитов. Так, увеличение активности сукцинатдегидрогеназы наблюдалось у всех обследованных по сравнению с контрольной группой ( $P < 0,001$ ). Активность кислой фосфатазы у женщин 1-й группы была меньше аналогичного показателя в контроле ( $P < 0,01$ ), во 2-й группе равна ему, а в 3-й превышала его ( $P < 0,05$ ).

Среднее содержание гликогена лимфоцитов у женщин всех групп оставалось в тех же пределах, что и в контрольной ( $P > 0,05$ ). У небеременных и беременных