

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Монография



Уфа
2018

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России)

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Монография

Уфа
2018

УДК 616-006-082

ББК 55.6+51.1,2

П 26

Рецензенты:

Зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор *Е. Л. Борщук*

Зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор *Ю. А. Тюков*

П 26 **Первичная медико-санитарная помощь при онкологических заболеваниях** : моногр. / Н. Х. Шарафутдинова, Р. З. Султанов, М. А. Шарафутдинов, Л. Н. Кудряшова, М. Ю. Павлова. – Уфа: ГАУН РБ «Башэнциклопедия», 2018. – 179 с.

ISBN 978-5-88185-381-5

В работе представлены материалы, освещающие основные показатели деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, характеризующие образ жизни пациентов, их медицинскую активность, эффективность мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи и улучшению состояния здоровья пациентов.

Исследования выполнены в соответствии с планом НИР ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (номер государственной регистрации 115012860132 от 28.01.2015г.).

Монография может быть полезна врачам первичного звена, руководителям медицинских организаций, преподавателям, студентам, аспирантам, ординаторам.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом и утверждено решением редакционно-издательского совета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

УДК 616-006-082

ББК 55.6+51.1,2

© Н. Х. Шарафутдинова, Р. З. Султанов,
М. А. Шарафутдинов, Л. Н. Кудряшова,
М. Ю. Павлова, 2018

ISBN 978-5-88185-381-5

© ГАУН РБ «Башэнциклопедия», 2018

© ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	5
1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ	6
1.1. Заболеваемость и смертность населения от злокачественных новообразований: уровень, структура и динамика показателей	6
1.2. Современные позиции рассмотрения причин высокой заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований	17
1.3. Первичная медико-санитарная помощь пациентам с злокачественными новообразованиями и результаты их эффективности	26
2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ г. УФЫ	38
3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ г. УФЫ ОТ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	44
3.1. Заболеваемость населения г. Уфы онкологическими заболеваниями за 2012-2015гг.	44
3.2. Смертность населения г. Уфы от онкологических заболеваний за 2010-2015гг.	56
4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЦЕНКА УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ	65
4.1. Медико-социальная характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями	65
4.2. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями	68
4.3. Анализ информированности пациентов о факторах риска онкологических заболеваний	87
5. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИК ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	96

5.1. Организация медицинской помощи в поликлиниках г. Уфы при онкологических заболеваниях	98
5.2. Организация диспансерного наблюдения за пациентами с онкологическими заболеваниями	105
5.3. Мероприятия по совершенствованию диспансеризации пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях поликлиники	119
6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	128
7. ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ	135
8. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	136
9. ПРИЛОЖЕНИЕ	162
10. СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	165

ВВЕДЕНИЕ

Экономические преобразования последнего 10-летия XX века, сопровождавшиеся снижением уровня жизни, качества и доступности медицинской помощи, наряду с другими факторами социально-экономического характера и неблагоприятной экологической обстановкой привели к значительному ухудшению здоровья населения, сокращению и качественной деградации трудового потенциала нашей страны (Колядо В. Б., Пуховец И.А., Вахлова Ж.И., 2010). На кризисный период 1990-х годов пришлось стремительное уменьшение удельного веса трудоспособного населения (Вялков А.И., 2006; Тахауов Р.М., Калинин Д.Е., Карпов А.Б. и др., 2011). Известно, что на уровень смертности оказывает влияние возрастная структура населения. В Российской Федерации отмечается тенденция к постарению населения, что сказывается на уровне смертности (Иванова А.Е., 2008; Колядко В.Б., Пуховец И.А., Вахлова Ж.И., 2010). Немалую роль в этих негативных процессах играют злокачественные новообразования (ЗН), оказывающие негативное влияние на показатели здоровья населения.

1. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

1.1. Заболеваемость и смертность населения вследствие злокачественных новообразований: уровень, структура и динамика показателей (обзор литературы)

Рост числа онкологических заболеваний как в мире, так и в России вызывает глубокую озабоченность и настороженность со стороны правительства стран и соответствующих исполнительных органов власти. Вот некоторые статистические данные по данным Международного агентства по исследованию рака (МАИР, Лион): в 2000 году в мире было зарегистрировано более 10 млн. случаев заболевания злокачественными новообразованиями (ЗН), в 2008 году в мире 12,4 млн. новых случаев злокачественных новообразований и 7,6 млн. случаев смертельных исходов, связанных с онкологическими заболеваниями, а общее количество людей с диагностированными злокачественными новообразованиями составило 28 млн. человек (WorldCancerReport, 2008).

В 2012 г. в мире было зарегистрировано 14,1 млн. новых случаев (не включая пациентов с немеланомными новообразованиями кожи), или 182,0 на 100 тыс. населения, число онкологических больных составило 32,6 млн. человек (0,5% от численности населения Земли), зарегистрировано 8,2 млн. смертей от рака (102,4 на 100 тыс. населения) (GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence World wide in 2012: сайт– URL: <http://globocan.iarc.fr/>).

К 2020 году число вновь выявленных случаев достигнет 16 млн. Как полагают эксперты из Всемирного фонда по изучению онкологических заболеваний число случаев заболеваний раком вырастет к 2030 году на 30%.

В мире рост абсолютного количества заболевших лиц ЗНО происходит в результате как увеличения численности населения, так и его старения. Причинами увеличения числа онкологических больных в мире, особенно, в развивающихся странах являются факторы окружающей среды, имеющих канцерогенный характер, и образ жизни. В то же время в большинстве развитых стран заболеваемость и смертность от многих форм ЗН, стандартизованные по возрасту на 100 тыс. населения, снижаются.

По последним данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2020 г. число первично выявленных онкологических заболеваний в структуре заболеваемости населения может вырасти на 50 %. Сейчас вероятность заболевания раком у жителей промышленно развитых стран более чем вдвое выше, чем у граждан развивающихся государств. Но, как утверждает в докладе ВОЗ, картина меняется: рак становится важнейшей проблемой для здравоохранения стран третьего мира. По информации ВОЗ, резкое увеличение числа заболевших лиц связано со старением населения, табакокурением и не рациональному питанию по западному образцу.

Медико-социальная значимость онкологических заболеваний в мире определяется и тем, что они остаются сложной многофакторной проблемой, и по мере снижения инфекционных и паразитарных болезней, распространенных ранее, увеличивается доля в структуре заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований (Тахауов Р.М., Калинин Д.Е., 2011; Аксель Е.М., 2010; 2012; Абдулнагиева Д.И., Абдулхаков Р.А., Абдулхаков С.Р., 2013; Бадоева З.А. и соавт., 2015; Jemal A., 2003).

Поскольку на протяжении последних десятилетий в большинстве развитых стран мира отмечается тенденция к росту заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, а также инвалидности, остается актуальным изучение роли злокачественных новообразований (Татаринов М.В., 2008; Темирханова К.Т., 2012; Сукачев В.Е., 2013;

Антоненкова Н.Н., Антоненкова П.И. и соавт., 2014; Ferlay J., Autier P., Boniol M., 2007; Hayat M. J. et al., 2007).

В 2008 г. стандартизованный показатель заболеваемости всеми видами рака мужского населения в более развитых странах составил 300,1 на 100 тыс. (в менее развитых – 160,3). Стандартизованный показатель заболеваемости всеми видами рака женского населения в более развитых странах составил 225,5 (в менее развитых – 138,0); наивысшие показатели заболеваемости выявлены при раке молочной железы – 66,4 (в менее развитых – 27,3), тела матки – 12,9 (в менее развитых – 5,9), яичника – 9,4 (в менее развитых – 5,0) и шейки матки – 9,1-9,0 (в менее развитых – 3,4-17,8).

В 2013 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 535887 случаев злокачественных новообразований (в том числе 245180 и 290707 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2012 г. составил 1,9%. Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями на 100 тыс. населения России составил 374,2, что на 1,9% выше уровня 2012 г. и на 17,9 % выше уровня 2003 г. Стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) составил 234,7 (в 2012 г. – 227,6), прирост за 10-летний период – 9,9 %. На конец отчетного 2013 г. контингент больных составил 3098855 (2012 г. – 2995566), т.е. 2,2 % населения страны (Каприн А.Д., Старинский В.В., Алексеева Г.С., 2014; Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2014).

Медико-социальная значимость онкологической патологии связана с отчетливой тенденцией к росту числа пациентов с впервые выявленными ЗН (Чиссов В.И. и соавт., 2012). Выявляемость на ранних (I–II) стадиях опухолевого процесса в 2010 г. составила 47,8%, тогда как в 2000 г. – 39,8 %, на III стадии – 22,9 и 26,9 %, на IV – 22,3 и 24,4 % соответственно (Чиссов В.И. и соавт., 2012).

По данным А.Ю.Федотова (2012) в 2010 г. заболеваемость ЗНО среди мужчин в течение 2004-2010 гг. увеличился на 6,6%. Отмечено, что

почти у каждого третьего мужчины выявлено ЗН органов дыхания и у каждого второго ЗН органов пищеварения. В структуре заболеваемости ЗН у мужчин за исследуемый период времени первые два ранговых места стабильно занимали рак легкого (от 24,0% в 2004г. до 19,7% в 2010г.) и рак желудка (от 16,8% в 2004г. до 13,9% в 2010г.).

В нозологической структуре злокачественной онкологической заболеваемости женского населения России в 2010г. первые пять ранговых мест распределились следующим образом: рак молочной железы (РМЖ) – 20,5%, новообразования кожи с меланомой – 16,3%, рак тела матки (РТМ) – 7,1%, рак ободочной кишки – 6,9%, рак желудка – 6,2%. На долю рака шейки матки (РШМ) приходится 5,3%, рака яичника (РЯ) – 4,7%. Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин имеют ЗН органов репродуктивной системы (37,6%), при этом опухоли половых органов составляют 17,1% (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2012; 2013; Мерабашвили В.М., Лилианци Э.И., Субботина О.Ю., 2012).

Анализ литературных данных свидетельствует, что заболеваемость, смертность и инвалидность вследствие ЗН разнятся по территориям Российской Федерации и отличаются от таковых среди населения России (Теплова Е.Г., Айзятова М.В., 2008; Ерофеев Ю.В., Равдугина Т.В., Гальчиков Ю.И., 2009; Лещенко Я.А., Батура О.Г., Лебедева Л.Н., 2008; Гордиенко В.П., Капитоненко Н.А., Павлов А.В. [и др.], 2010; Васильев А.А., Саурина О.С., Макарян А.С. [и др.], 2014). Так, сравнительные данные ситуации по ЗН с показателями в Амурской области свидетельствуют, что в 2012г. было зарегистрировано 2837 новых случаев злокачественных новообразований. По России в 2012г. было зарегистрировано 522410, под диспансерным наблюдением находится 2900629 больных, из них 23,6 % сельские жители. На территории Амурской области под диспансерным наблюдением находится 14 905 пациентов, т. е. 1,8% населения области, из них

сельские жители составили 26,7%. Из впервые зарегистрированных больных по России мужчины составляют 46,0%, женщины – 54,0%. По области: мужчины – 46,1%, женщины – 53,9% (Гордиенко В.П., Сапегина О.В., Коробкова Т.Н., Ролько Е.М., 2014).

В Амурской области заболеваемость злокачественными новообразованиями за последние 5 лет увеличилась на 13,7% (с 304,4 в 2008г. до 346,3 в 2012г. на 100 тыс. населения). По России за этот период увеличение произошло на 5,7 %.

По данным 2012г. среди регионов Дальневосточного Федерального округа по показателям заболеваемости злокачественными новообразованиями Амурская область (346,3) находится после Сахалинской области – 436,5; Хабаровского края – 385,7; Магаданской области – 376,7; Камчатского края – 361,8; Приморского края – 346,9 на 100 тыс. населения. Ниже показатель заболеваемости только в Чукотском автономном округе – 302,6 и Республике Саха (Якутия) – 225,4 (на 100 тыс. населения).

Структура основных локализаций злокачественных новообразований в 2012 году по Амурской области такова: на первом месте рак легкого – 11,8%; на втором рак кожи – 11,7%; на третьем рак молочной железы – 10,8 %; на четвертом рак желудка – 6,9 %.

По данным В.Н. Ручкина, Л.Н. Кудряшовой, Л.Р. Назмиевой (2012) в Республике Башкортостан (РБ) за 10 лет число больных, с впервые установленным диагнозом ЗН увеличилось на 4,5%: в 2001г. было взято на учет 10682 больных, в 2010г. их число достигло 11162 человек. Уровень заболеваемости ЗН на 100 тыс. населения за тот же период в РБ возрос с 264,2 до 279,5; темп прироста составил 5,8%, среднегодовой темп прироста – 0,63%. Что касается вышеуказанных показателей в России, то они выше, чем в РБ, на 15,8% в 2001г. и на 23,3% в 2010 г. Сравнение темпов прироста заболеваемости ЗН показало, что по России он в 2,5 раза выше, чем в РБ (Кудряшова Л.Н., 2012).

В других исследованиях, посвященных анализу заболеваемости и смертности от ЗН в Республике Башкортостан за 2010-2012 гг., авторы считают, что темп снижения смертности от ЗН наглядно отражает показатель относительной смертности (Фаттахов И.А., 2011; Кудряшова Л.П., Назимова Л.Р., Гбайтова Д.М., 2012). По годам показатель относительной смертности распределился следующим образом: 2010 г. – 47,2%, 2011 г. – 50,4%, 2012 г. – 46,7%. Таким образом, относительная смертность в 2012г. ниже по сравнению с предыдущими годами, но ее снижение происходит неравномерно. Поэтому проведенное сопоставление показателя с 2002 г. (65,9%) позволило установить, что он в 2012г. ниже на 41,1% ($p=0,023$).

По данным В.И.Чиссова (2012) в структуре злокачественных новообразований основными локализациями по частоте выявления являются легкие, кожа, желудок и молочная железа. В структуре онкологической заболеваемости мужского населения России на первом месте стоят злокачественные опухоли трахеи, бронхов, легкого – 25,3%, затем желудка – 13,4%, кожи – 8,4%, ободочной кишки – 4,8%, прямой кишки – 4,5%, гемобластозы – 4,5%, мочевого пузыря – 4,3%, предстательной железы – 4%, гортани – 3,3%, поджелудочной железы – 3,1%. В последние годы увеличивается рак предстательной железы (C.Rodriguez, S.J.Freedland, A.Deka [et al.], 2007).

В структуре онкологической заболеваемости женского населения России первое место устойчиво занимают злокачественные опухоли молочной железы – 18,3%, затем кожи – 12,8%, желудка – 9,7%, тела матки – 6,0 %, ободочной кишки - 6,4%, шейки матки – 5,5%, яичников – 5,1%, трахеи, бронхов, прямой кишки – 4,7%, легкого – 4,5%, лимфатической и кровеносной ткани – 4,2% (Аксель Е.М., 2015).

В 2013 г. в России было зарегистрировано 61308 новых больных раком молочной железы, по сравнению с 2008г. прирост составил 16,8%. За период с 2008 по 2013гг. прирост стандартизованных показателей в России

составил 10%; по величине прироста показателей рак молочной железы занимал пятое место в России (Аксель Е.М., 2015).

В Саратовской области на протяжении последних лет злокачественные новообразования молочной железы также являются ведущей локализацией в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения, в 2013г. их доля составила 21,8% (Щенникова Т.И., 2014). Особая медико-социальная значимость данного заболевания заключается в том, что поражается в основном население трудоспособного возраста, что приводит к инвалидизации и преждевременной смертности. Успех лечения опухолевых заболеваний любой локализации в первую очередь зависит от ранней диагностики. Ранняя диагностика позволяет выявить не только начальные стадии опухолевого процесса, при которых возможно проведение радикального лечения, но и различные предопухолевые состояния, эффективное лечение которых является одним из видов профилактики рака. По результатам маммографии 1276 женщин выявлены: фиброкистозная мастопатия – 344, узловые образования – 22, рак – 1, другая патология – 91 (Чукаева И.И., Шургая М.А., Кашежева А.З., Суворова Н.Н., Хачирова А.И., 2011).

В настоящее время рак является одной из основных причин смерти в большинстве районов мира, включая даже развивающиеся страны. Что касается причин смерти от ЗН в развитых странах, рак занимает в них преимущественно второе место (на первом месте сердечно-сосудистые заболевания) и составляет 15-20% от общего ежегодного числа смертельных случаев. Лишь в немногих странах ежегодный показатель смертности от рака составляет менее 100 человек на 100 тыс. населения. По наблюдаемым соотношениям можно подсчитать, что в настоящее время 1 из 5 человек подвергается риску умереть от рака. Смертность от злокачественных опухолей среди женщин в европейских странах в возрасте от 30 до 50 лет стоит на первом месте (это преимущественно рак молочной железы и половых

органов), а среди детей до 14 лет рак занимает второе место после несчастных случаев. Средние показатели смертности от рака среди мужчин выше, чем среди женщин. Отмечается более высокая заболеваемость теми формами рака, которые плохо поддаются излечению (рак верхнего отдела пищеварительного тракта, легкого, желудка).

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что на третьем месте в структуре смертности мужчин и на втором – у женщин России находятся злокачественные новообразования, определяющие 15,2% случаев смерти мужчин и 14,3% – женщин старше 20 лет (Дзодзикова М.Э., Павлова И.Г., Бибоева З.Я., 2008; Газизов М.А., Борисова М.В., 2010; Максимова Т.М., Белов В.Б., 2011; Федотов А.Ю., 2012).

Есть мнение и доказано исследованиями, что ЗНО болеют лица старшего возраста. Однако некоторые формы и локализации рака возникают и в молодом возрасте. М.Н. Бантьевой, Н.С. Прилипко (2013) была изучена заболеваемость населения по обращаемости в шести возрастных группах (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 и 70 лет и старше). В качестве баз исследования выбрано три типичных муниципальных образования Московской области с численностью населения около 20, 50 и 170 тысяч жителей. В результате анализа выявлено, что злокачественные новообразования преобладают в возрастных группах с 60 лет и старше и составляют в группе 60-69 лет 60,9 (82% от всего класса), а в группе 70 и старше – 79,1 на 1000 населения соответствующей возрастной группы (89,7%). У лиц возрастных групп 18-29 и 30-39 лет заболеваемость доброкачественными новообразованиями преобладает над злокачественными и обращаемость по поводу заболеваний данного подкласса в этих возрастных группах наименьшая (3,9 и 9,1 на 1000 населения каждой возрастной группы соответственно).

Исследования авторов, анализировавших заболеваемость населения ЗНО, свидетельствуют, что максимальное число заболевших в Амурской области приходится на возрастную группу 50-59 лет и 60-69 лет: у мужчин – 15,8 % и 22,7 % соответственно, у женщин – 15,4 % и 16,2 %

соответственно. Удельный вес больных в возрасте 30-49 лет в группе заболевших женщин (16,8 %) выше, чем в группе заболевших мужчин (10,6%), 61,7% случаев заболевания у мужчин и 55,1% у женщин диагностируются в возрастной группе 60 лет и старше (Гордиенко В.П., Сапегина О.В., Коробкова Т.Н., Ролько Е. М., 2014).

На момент проведения опроса (Гордиенко В.П., Капитоненко Н.А., Вахненко А.А., 2010) из общего числа опрошенных и получающих медицинскую помощь в Амурском областном онкологическом диспансере 56,7% респондентов были в возрасте от 18 до 60 лет, а группа 60 лет и старше составляла 43,3% от всех участвовавших в анкетном опросе. Большую часть опрошенных (41,4%) составили лица в возрасте 55-65 лет, 9,8% – в возрасте 18-29 лет, 11,2% – в возрасте 30-45 лет, 25,6% – в возрасте 46-54 лет, 19,1% – в возрасте 66-75 лет и 1,9% – старше 75 лет.

Такие же закономерности в возрастных особенностях заболеваемости ЗНО выявлены В.Н. Ручкиным, Л.Н. Кудряшовой, Л.Р. Назмиевой (2012). По их данным ЗНО встречаются во всех без исключения возрастных группах. Максимальное число заболевших раком в РБ (2001г.) приходилось на возрастную группу от 60 до 69 лет, их доля в структуре по возрасту составила 32,6%, но затем их доля снизилась и к 2010г. составила 22,4%, в то время как увеличилась доля лиц в возрасте от 50 до 59 лет (в 2010г. она составила 24,7%). Следует отметить, что имеются значительные отличия заболеваемости ЗН среди мужчин и женщин. У мужчин в РБ более чем в 80% случаев ЗН диагностируются в возрасте от 50 лет и старше. Наибольшее число мужчин, заболевших ЗН в 2001 г., приходится на возрастную группу от 60 до 69 лет (36,1%). В последующие годы в РБ идет постепенное снижение доли пациентов в вышеуказанной группе, но повышается доля возрастных групп 50-59 лет (с 16,2% в 2001г. до 25,3% в 2010г.) и 70-79 лет (с 29,2 до 29,9%).

В структуре инвалидности в России и в большинстве субъектов злокачественные новообразования занимают второе ранговое место, в связи с

этим проблема инвалидности и медико-социальной реабилитации становится все более актуальной (Халястов И.Н., 2009; Домашенко А.А., 2013; Дымочка М.А., Гришина Л.П., Волкова З.М., 2014, Дмитриев В.Н., 2015).

Злокачественные новообразования являются второй по частоте после болезней системы кровообращения причиной смертности населения, формирующей отрицательный демографический баланс в нашей стране (Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2012; Давыдов М.И., Аксель Е.М., 2014). По данным А.Ю.Федотова (2012) в 2010г. в структуре смертности населения РФ они составляли 14,4%, занимая вторую ранговую позицию среди ведущих причин смерти. В Москве данная причина смерти занимала третье ранговое место. Россия относится к числу европейских государств с наиболее высокими показателям смертности от злокачественных новообразований (Антоненкова Н.Н., 2008; Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2012; Домашенко А.А., 2013; Дымочка М.А., Гришина Л.П., Волкова З.М., 2014; Sankaranarayanan R., Swaminathan R., Brenneretal N., 2010).

Н.Н. Антоненковой и соавт. (2012) проведены расчет и анализ потерянных лет потенциальной жизни среди пациентов Беларуси со ЗН основных локализаций, умерших в трудоспособном возрасте в 2004-2013 гг. В качестве критерия “дожить до определенного возраста” принят возраст 60 лет для мужчин и 55 лет для женщин. Количество потерянных лет потенциальной жизни, связанных со смертью от ЗН, у мужчин трудоспособного возраста в 2013г. составило 26570, у женщин 11505. Наибольшие невосполнимые трудовые потери отмечены у мужчин в возрасте 50-54 года и у женщин в возрасте 45-49 лет. В структуре общих потерь человеко-лет жизни от ЗН у мужчин трудоспособного возраста первые места занимают опухоли легкого (19,6%), желудка (10,9%), полости рта и глотки (10,8%), у женщин – опухоли молочной железы (18,7%), шейки матки (15,3%), желудка (9,5%). Таким образом, в Беларуси отмечается рост онкологической заболеваемости. ЗН является одной из важнейших причин, влияющих на

величину невозполнимых социальных потерь, особенно среди трудоспособного населения.

Имеются данные о том, что за последние десятилетия стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака желудка снизились у мужчин и женщин, от рака шейки матки – у женщин, но резко возросли по раку легкого у мужчин и в значительной степени у женщин. Однако, несмотря на то, что смертность от рака снижается по таким показателям, как локализация, пол и возраст, наблюдаемая относительная доля смерти от всех форм рака в общей смертности населения возрастает. Частично это связано с проблемой старения населения и ростом заболеваемости раком. С другой стороны, это объясняется снижением смертности от других, в основном инфекционных заболеваний, а также лучшей диагностикой, снижающей отмечаемое соотношение смертельных случаев, связанных со старением и другими плохо идентифицируемыми состояниями и болезнями (Максимова Т.М., Белов, В.Б., 2011; F. Bray, J. Lortet-Tieulent, J. Ferlay [et al.], 2010).

По данным Globocan, в мире от рака в 2012г. умерли 8,2 млн. человек, в том числе от рака молочной железы 522 тыс. В 2013г. в России от рака молочной железы умерли 23095 человек. В структуре смертности женщин доля рака молочной железы составила 17,0%. У женщин основной причиной смерти от злокачественных опухолей в возрасте 40 лет и старше был рак молочной железы. За период 2008-2013гг. стандартизованные показатели смертности от рака молочной железы в России снизились на 8,2% (Аксель Е.М., 2015).

В структуре онкологической заболеваемости женского населения злокачественные опухоли половых органов являются ведущими и характеризуются неблагоприятной тенденцией к росту (Домашенко Е.В., 2011; Махиня С.А., Перевощиков А.Г., Ковшарь Ю.А., 2013).

Работы И.Н. Халястова (2004-2009) посвящены заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований и оптимизации

онкологической помощи в РФ и Самарской области. Работа А.С. Боброва (2009) посвящена инвалидности и реабилитации при раке молочной железы в Краснодарском крае, Давыдов М.И. изучил клинические проявления рака молочной железы (2010), Дзодзикова М.Э., Павлова И.Г. и соавт. (2008) провели многофакторный анализ заболеваемости и смертности от рака молочной железы. Работы Е.Н. Тельновой (2009-2010) посвящены заболеваемости, инвалидности вследствие злокачественных новообразований в Ростовской области.

1.2. Современные позиции рассмотрения причин высокой заболеваемости и смертности населения вследствие злокачественных новообразований

Неблагоприятные показатели смертности населения во многом обусловлены существующим и растущим неравенством между отдельными социальными группами населения, в том числе по уровню и качеству жизни, охвату профилактическими программами, доступности медицинской помощи, в частности ее современных видов и технологий (Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключит. докл. / ВОЗ, Комис. по соцдетерминантам здоровья, 2009; M. Whitehead, G. Dahlgreen; Европ. регион. бюро ВОЗ. – URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/103825/E89384R.pdf).

Прирост «грубого» показателя заболеваемости в значительной мере определен неблагоприятным направлением демографических процессов в России, обусловивших постарение населения (Лисицын Ю.П., 1998; Мерабашвили В.М., 2008; Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В., 2010; Чиссов

В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В., 2012). По данным Н.С. Киприяновой (2006) показатели заболеваемости ЗН населения России имеют довольно выраженные региональные различия. Об этом прежде всего говорят данные, что среди городского населения показатель заболеваемости выше, чем среди сельского населения (Ручкин В.Н., 2008; Киприянова Н.С., 2007; 2008; Васильев А.А., Саурина О.С., Макарян А.С., 2014). По данным А.А. Евсюкова (2010) в городской местности он составляет 284,2, тогда как в сельской местности – 230,6 на 100 тыс. населения.

Немаловажную роль в этом имеют социально-гигиенические и медико-организационные причины. Образ жизни, медицинская активность населения, наличие условий для ранней диагностики заболеваний являются определяющими в повышении эффективности онкологической медицинской помощи населению в муниципальных районах (Казанцева М.В., 2014, Койчуев А.А., 2015).

По данным этих авторов распространенность основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их вклад в смертность населения достаточно высокий. Поэтому профилактика факторов риска может существенно снизить бремя хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). К основным факторам образа жизни, влияющим на здоровье и определяющим уровень, динамику заболеваемости и смертности, относятся: нерациональное питание, курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела, психосоциальный стресс.

Изучение медико-социальных особенностей онкологической ситуации в Амурской области позволило выявить ряд факторов, неблагоприятно влияющих на результаты медицинского обслуживания населения (Гордиенко В.П., Вахненко А.А., 2012). Во-первых, значительная площадь территории и малая плотность заселения, во-вторых, более 1/3 (34,7%) составляют жители сельской местности, которые отдалены от Онкологического

центра в г. Благовещенске, в-третьих, недостаточная обеспеченность медицинских организаций в районах области подготовленными по онкологии специалистами. Только в семи районах работают освобожденные врачи-онкологи, в остальных – врачи других специальностей, совмещающие эту работу на часть (0,3; 0,5) ставки онколога (Гордиенко В.П., Капитоненко Н.А., Вахненко А.А., 2010; Гордиенко В.П., Сапегина О.В., Коробкова Т.Н., 2014). По свидетельству авторов в шкале факторов риска возникновения злокачественных новообразований второе место после материального статуса занимают причины, связанные с нарушением питания, о чем свидетельствуют показатели поражения опухолевым процессом органов желудочно-кишечного тракта (Гордиенко В.П., Вахненко А.А., 2012).

Рекомендации Американской ассоциации по борьбе с раковыми заболеваниями включают три основных негативных фактора: питание (потребление следует строго ограничить жиров, соленых и копченых продуктов); алкоголь и загрязненная нитратами пища. Определенные ограничения, вызванные онкологической настороженностью, требуют разумного отношения к технологическим вопросам изготовления пищевых продуктов (Ялкут С. И., 2006; Stocks T., Lukanova A., Bjorge T. [et al.], 2010; C.Häggström, T.Stocks, K.Rapp [et al.], 2011; D. Johansen, T. Stocks, H. Jonsson [et al.], 2010; T.Bjorge, A.Lukanova, H.Jonsson [et al.], 2010; T.Bjorge, T.Stocks, A.Lukanova [et al.], 2010.).

D. Michaud et al. [2001] показали, что лица с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м² имеют риск развития рака поджелудочной железы в 1,7 раза выше, чем лица с ИМТ < 23 кг/м². Физическая активность снижает риск рака поджелудочной железы, особенно у людей с избыточной массой тела.

Японские авторы опубликовали работы о связи между увеличением окружности талии и содержанием адипонектина в крови с повышенным риском колоректального рака. Кроме абдоминального ожирения, факторам риска для развития колоректального рака признаны малоподвижный образ

жизни, сахарный диабет, гипергликемия и гиперинсулинемия (Otake S., Takeda H., Suzuki Y., 2005).

Проспективное наблюдение Metabolic Syndrome and Cancer Project (Me-Can) (1974–2009 гг. 578700 пациентов с метаболическим синдромом (МС), средний возраст – 44 года) выявило связь между МС и риском колоректального рака (относительный риск 1,25 у мужчин и 1,1 у женщин (Stocks T., Lukanova A., Bjørge T. et al., 2010), раком мочевого пузыря (2011), раком молочной железы (Bjørge T., Lukanova A., Jonsson H. et al., 2010) и возможную связь с раком поджелудочной железы (Johansen D., Stocks T., Jonsson H. Et al., 2010). Риск заболевания раком молочной железы у женщин с МС в возрасте моложе 50 лет составил 0,8, а у женщин старше 60 лет – 1,2 (Johansen D., Stocks T., Jonsson H. et al., 2010). В том же исследовании найден относительный риск карциномы эндометрия у женщин с МС – 1,4 (Bjørge T., Stocks T., Lukanova A. et al., 2010). Риск любого рака при наличии МС увеличивает в 1,2 раза у мужчин и у женщин (Borena W., Stocks T., Jonsson H. et al., 2011).

В National Health Insurance Corporation Study (Южная Корея) продемонстрировано, что ожирение и инсулинорезистентность являются факторами риска развития ЗН, причем как первичных, так и повторных. Среди излеченных от рака ($n=14181$) пациентов с ИМТ ≥ 25 кг/м² риск повторного развития ЗН толстой кишки в 3,45 раза, а мочеполовой системы – в 3,6 раза выше, чем у пациентов с меньшим ИМТ. У пациентов с уровнем глюкозы натощак ≥ 126 мг/дл риск ЗНО гепатобилиарной системы увеличен в 3,3 раза. Делается вывод, что избыточная масса тела, ожирение и инсулинорезистентность являются факторами риска для развития последующих самостоятельных опухолей после лечения первой опухоли (Sang Min Park, Min Kyung Lim, Kyu Won Jun et al., 2007).

В крупном эпидемиологическом исследовании Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort у 69991 мужчины изучена динамика ИМТ в течение 1982-1992 гг. В 1982-2003 гг. у этих лиц было зарегистрировано 5252

случая рака простаты. Выявлено, что избыточная масса тела и ожирение ассоциированы с увеличением риска высокодифференцированного рака простаты в 1,2, а рака с метастазами – в 1,5 раза (Никитин Ю.П., Опенко Т.Г., Симонова Г.И., 2012; Patel A., Rodriguez C., Bernstein L., 2004; Rodriguez C., Freedland S.J., DeKa A. et al., 2007).

Опросные листы (Гордиенко В.П., Капитоненко Н.А., Вахненко А.А., 2010) свидетельствуют о том, что 37,4% больных курят, 49,8% периодически употребляют спиртные напитки, 41,6% опрошенных недостаточно физически активны, 16,8% ведут малоподвижный образ жизни, 23,7% имеют избыточную массу тела.

Всемирная организация здравоохранения называет основные факторы риска развития злокачественных опухолей: урбанизация; ухудшение экологии; нездоровый образ жизни, нерациональное питание. При этом достоверно известно, что избыточная масса тела и алиментарный фактор являются факторами риска развития рака молочной железы, желудка и кишечника. Именно эти локализации занимают сейчас в онкологии ведущие позиции (Чукаева И.И., Шургая М.А. и др., 2011).

В рейтинге факторов риска ЗНО отмечаются также избыточное УФЛ-облучение, профессиональные вредности, а также «стиль жизни», т.е. наличие склонности к разным излишествам, особенности питания, поведения и др. (Жерновой М.В., Юдин С.В., 2008; Вазиев И.К., 2009).

Одним из стохастических эффектов, имеющих наиболее значительный риск в результате воздействия факторов среды обитания человека, являются злокачественные новообразования. Считается, что 90% злокачественных опухолей человека связаны с воздействием канцерогенов окружающей среды и особенностями образа жизни населения (Решетов И.В., Чиссов В.И., Трофимов Е.И., 2006; Шарафутдинов А.Я., 2006; Амиров Н.Х., Балабанова Л.А., Ситдикова И.Д., 2009).

Влияние курения, в том числе и пассивного, на риск развития онкологических заболеваний продемонстрировано в многочисленных исследованиях (Miller, Y.E., 2005). Неблагоприятное воздействие пассивного курения проявится со временем, и оно становится онкогенным, сопоставимым по силе с активным курением (Robert, N., 2000; Kawachi, I., 2005). Непосредственной причиной 80-85% всех случаев рака легкого является курение (Субраманиан С., 2006). Исследование, проведенное в США с привлечением 116 тыс. женщин, показало, что курение увеличивает риск развития рака груди на 30% по сравнению с таковым у некурящих (Reynolds P., Hurley S., Goldberg D.E., 2004). В Российской Федерации курят около 45% населения. Распространенность курения среди женщин составляет 23,2-29,6%, у мужчин 72% (Субраманиан С., 2006). Отказ от курения приведет к снижению заболеваемости злокачественными опухолями на 25-30%, что для России составляет 98117 тысяч случаев злокачественных опухолей в год.

Согласно исследованиям до 38% злокачественных новообразований у человека связаны с производственными вредностями, воздействию которых подвергаются лица, занятые в различных отраслях промышленности (Ситдикова И.Д., 2009). Создание и внедрение в практику скрининговых методов донозологической диагностики злокачественных новообразований представляется перспективным и эффективным методом профилактики (Смулевич В.Б., 2007; Новикова О.Ю., 2008; Новичкова Н.И., Александрова Г.А. и соавт., 2011).

По данным исследования И.К.Вазиева (2010) онкологическая заболеваемость среди работников характеризуется тенденциями устойчивого роста (с 55,2 до 98,8 на 1000 работников) и неблагоприятным прогнозом – 61,2‰ в 2012 г. Анкетный скрининг позволил выявить факторы риска с учетом производственной и непромышленной сфер деятельности. С увеличением стажевой нагрузки увеличивается риск возникновения ЗН двух и более органов (20,0% при стаже 10 –14 лет, 39,8% – 15-19 лет).

Е.Б. Широковой, Т.Г. Талаевой (2009) проанализирована онкозаболеваемость среди ликвидаторов последствий аварий на Чернобыльской АЭС. Среди них зафиксировано 166 онкологических больных, подвергшихся облучению самой большой дозой.

Как утверждает М.А. Сеньчукова (2009), рак может быть и инфекционным заболеванием. В частности, часть раков печени вызывается вирусами гепатитов В и С. Поэтому не случайно одним из важнейших достижений в изучении этиологии рака принято считать установление факта причинной связи между вирусом папилломы человека (ВПЧ) и раком шейки матки (Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х., 2010).

Некоторые исследования подтверждают, что рак – это генетически обусловленное заболевание, в 5% случаев – врожденное. Рассматривая генетическую предрасположенность к раку, необходимо подчеркнуть, что в данном случае речь идет не о выраженных генетических дефектах, приводящих к довольно редким наследственным формам ЗН, составляющим около 5-7% всей онкологической патологии, а об индивидуальной вариативности фенотипа человека, от которой может зависеть риск развития наиболее распространенных форм рака (Шилова О.Ю., Уразова Л.Н., 2010).

Наследственность может увеличивать риск развития рака, что связано либо с особенностями метаболизма канцерогенов, либо с особенностями восстановления возникающих повреждений ДНК (Порубова Г.М., Демянцева И.В., 2014). На сегодняшний день выявлен целый ряд генов, ответственных за семейный рак молочной железы, семейный рак толстой кишки, желудка и т.д. (Казубская Т.П. и соавт., 2007; Акуленко Л.В., 2008). Эти гены идентифицированы. Наиболее яркий пример – ген рака молочной железы. По-видимому, около 10% женщин, болеющих раком молочной железы, являются носителями данного гена (Порубова Г.М., Демянцева И.В., 2014). Скрининг и раннее выявление патологии шейки матки

приведут к снижению заболеваемости и смертности только тогда, когда будут сопровождаться постоянным дальнейшим наблюдением и лечением всех женщин, у которых были выявлены предраковые и преинвазивные изменения или инвазивные формы рака.

В цитологическом скрининге более важным является широта охвата населения, а не частота его проведения. Связано это и с тем, что переход дисплазии в преинвазивный рак и переход преинвазивного рака в инвазивный являются процессами достаточно длительными (5-10 лет) (Должиков А.А., Жернакова Н.И. и др., 2012). Несовпадения в показателях заболеваемости и смертности между развитыми и развивающимися странами отражают региональные различия в преобладании и распределении основных факторов риска, сложившейся практики выявления заболеваний и/или доступности и эффективности лечебных услуг (Ferlay J., Shin H.R., Brayetal F., 2010).

Бедность населения на фоне затяжных психоэмоционального и социального стрессов в обществе является важным фактором риска возникновения злокачественных новообразований (Жерновой М.В., Юдин С.В., 2008). Результаты анкетного социологического опроса обозначили ряд медико-социальных особенностей жителей Амурской области, которые могут служить предпосылками для оптимизации планирования и организации медицинской помощи онкологическим больным.

Различным вредным факторам строительной и химической промышленности, сельского хозяйства (цемент, хлорфенол, растворители, пестициды) отводится провоцирующая роль в возникновении лимфом кожи (Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В. и др., 2007). Гарифуллиной Э.Ф. (2012) показано, что большая часть больных Т-клеточными лимфомами кожи (61,7%) по роду своей деятельности была занята работами на открытом воздухе и подвергалась действию продолжительной экологической инсоляции на фоне воздействия других факторов производства. К аллергенам и

экзоантигенам также относятся нерациональное использование медикаментов, особенно антигистаминных средств, которые дают иммунодисрегуляторный эффект. Все обследованные больные указывали на то, что принимали различные лекарственные средства, в том числе антигистаминные, в среднем в течение 5-8 лет, предшествующих гистологически диагностируемой лимфоме кожи; получали физиотерапевтическое лечение 78% обследуемых. Клиническая манифестация после гиперинсоляции была замечена в 51,1% случаев после облучения кварцевой лампой (УФО) – в 12,6%, после воздействия инфракрасного облучения (сталелитейщики в горячих цехах и на вредных производствах) — в 5,0% случаев. Было установлено, что лимфомы кожи развивались на фоне хронических воспалительных заболеваний других барьерных лимфоэпителиальных органов: желудочно-кишечного тракта – у 44,3%, легких – у 13,4%, лимфоидной ткани глоточного кольца – у 12,3%, мочевыделительных органов – у 4,1%.

Лужецким В.А., Дубовой И.И. и соавт. (2014) выделены ведущие факторные признаки, определена связь с заболеваемостью ЗН гортани, создана иерархическая шкала факторов риска: периодичность медицинского осмотра; табакокурение; уровень материального благополучия; фактор частого переохлаждения организма; регулярный контакт с горюче-смазочными материалами; место работы родителей; факт и кратность употребления алкогольной продукции; профессиональный фактор; рацион питания; неблагоприятный наследственный онкологический анамнез по раку верхних дыхательных путей; место рождения.

Таким образом, изучение медико-социальных факторов риска онкологических заболеваний свидетельствует о комплексном воздействии их на организм человека.

1.3. Первичная медико-санитарная помощь пациентам со злокачественными новообразованиями и результаты ее эффективности

Важную роль в профилактике онкологических заболеваний, в продлении жизни пациентов, в улучшении качества их жизни играет диспансерный метод организации медицинской помощи (Марущак И.А., 2006; Киприянова Н.С., Эверстова А.В., 2006; Ормонова Ж.А., 2008; Синяков А.Г., Зотов П.Б., Вшивков [и др.], 2011; Пузин С.Н., Паяниди Ю.Г., Огай Д.С., 2012; Кудрякова А.Ю., Синяков А.Г., Гайсин Т.А. [и др.], 2014; Сулейманова И.Д., 2016). На основании медико-социологического исследования В.П. Гордиенко, А.А. Вахненко (2012) установлено, что по данным анкетного опроса в 12,6% случаев онкозаболевание было обнаружено при профилактическом осмотре в участковых поликлиниках, поликлиниках профилактических осмотров или при выездных профилактических осмотрах врачами онкоцентра, в 4,2% – при осмотре в женских консультациях. У остальных 83,2% опрошенных ЗН первично диагностированы в поликлиниках по месту жительства (18,3%) и стационарах (областной – 6,5%, городских – 5,5%, центральных районных – 2,8% и участковых больниц – 0,8%), куда они обращались в связи с уже появившимися различными жалобами. У 49,3% больных диагноз установлен в онкологическом центре, куда они направлялись с подозрением на ЗН из вышеназванных медицинских учреждений или обращались самостоятельно. Высокий удельный вес респондентов с первично диагностированной онкологической патологией в условиях участковых поликлиник объясняется достаточной доступностью последних, в том числе удобством их посещения в связи с приближенностью к месту жительства пациентов, а также их приспособленностью для массового обследования населения. В областном центре первичный диагноз ЗН в 55,3% случаев был выставлен в поликлиниках, в 37,9% – в

онкоцентре, в 6,8% – в областной и городской больницах. Также установлено, что выявленные в результате медико-социологического опроса уклонения респондентов от прохождения регулярных профилактических медицинских осмотров и несвоевременное обращение за медицинской помощью (52,7%); нечеткое и неполное исполнение пациентами врачебных рекомендаций (46,1%); убеждение их в том, что ответственность за состояние здоровья больного несут исключительно медицинские работники (24,3%) свидетельствуют о низком уровне медицинской активности значительной части населения, отсутствии у нее мотивации на правильный образ жизни, укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

А.А. Федотовым (2012) предложен комплекс мероприятий по совершенствованию системы организации дополнительной диспансеризации работающих граждан, который направленной на усиление профилактической направленности в деятельности ЛПУ по медицинскому обеспечению трудоспособных граждан; совершенствование действующих стандартов диагностики заболеваний среди работающего населения с учетом их потребностей; формирование положительных стереотипов самих граждан на сохранение и укрепление здоровья; внедрение современных автоматизированных систем учета и ведения первичной медицинской документации, электронной базы данных диспансерного наблюдения работающего населения.

В Саратовской области был проведен анализ заболеваемости РМЖ в рамках реализации мероприятий по совершенствованию медицинской помощи при данной патологии. Отмечено, что при увеличении доли опухолей, выявленных при профилактических осмотрах, значительная часть заболеваний выявляется на поздних стадиях – показатель запущенности продолжает оставаться стабильно высоким. Не произошло за исследуемые годы и увеличения доли заболеваний, выявленных на ранних (1-2 стадии развития опухолевого процесса). Причиной этого может быть низкая онко-

логическая настороженность как населения, так и врачей амбулаторно-поликлинических учреждений. Санитарно-просветительная работа, проводимая в амбулаторно-поликлинических учреждениях, может значительно повысить эффективность мероприятий по ранней диагностике рака молочной железы. *Основными задачами санитарно-просветительной работы определены следующие:*

1) информирование населения о значении раннего выявления для успешного лечения любой злокачественной патологии, в том числе рака молочной железы;

2) повышение осведомленности населения о ранних начальных признаках рака и предраковых заболеваниях;

3) проведение тематических циклов по онкологии для врачей и среднего медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений.

Все эти мероприятия помогут активному выявлению и эффективному лечению рака молочной железы, а следовательно, и снижению инвалидности и смертности при данном заболевании.

Об эффективности проводимой работы могут свидетельствовать следующие показатели:

- динамика посещаемости лечебных учреждений;
- структура взятых на учет онкологических больных;
- охват профилактическими осмотрами;
- количество выявленных запущенных случаев заболевания.

Среди задач противораковой борьбы, сформулированных ВОЗ, профилактика и раннее выявление стоят в ряду наиболее приоритетных. Стратегической целью первичной профилактики рака является снижение онкологической заболеваемости населения (Модель региональной программы первичной профилактики рака: методические рекомендации: утвержденные Роспотребнадзором 08.10.2010 г.).

Снизить заболеваемость раком желудка и смертность от него можно только с помощью государственных целевых программ по выявлению, профилактике и лечению предрака желудка. Государственные целевые программы по предраку желудка обязательно должны включать в себя следующий комплекс мероприятий: серологический скрининг предрака желудка, последующий эндоскопический мониторинг пациентов с высоким риском развития рака желудка с целью своевременного выявления раннего рака и немедленного радикального его лечения, фармакотерапию пациентов с предраком по итогам серологического скрининга в рамках Приказа МЗ РФ № 1006н от 30.12.2012 г. с учетом предложенных дополнений. При проведении копрологического скрининга в рамках Приказа МЗ РФ № 1006н от 30.12.2012 г. по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения необходимо использовать современные высокочувствительные и высокоспецифичные копрологические тесты.

Внедрение современных скрининговых программ как за рубежом, так и в России уже показало свою эффективность (Синяков А. Г. и др., 2009; Михетько А.А., 2010; Мошуров И.П., Кравец П.П., 2014; Койчуев А.А. 2015; Straatman H. et al., 2004). Диагностика злокачественных опухолей на ранних стадиях способствовала повышению эффективности адъювантной терапии, увеличению длительности жизни, снижению смертности при этой патологии. Прямым следствием такого подхода явилось увеличение контингентов больных, находящихся на диспансерном наблюдении и лечении (Савкова Р.Ф., 2007; Сдвижков А.М., Борисов В.И., Васильева И.Д., 2007; Сквирская Г.П., 2010).

Так, только по югу Тюменской области за период с 2006 по 2010 гг. этот показатель увеличился на 20,5%, с 1522,38 до 1834,71 на 100 тыс. населения (Синяков А. Г. и др., 2011; Синяков А. Г. и др., 2010).

При раннем выявлении заболевания значительно уменьшается смертность от ЗН, увеличивается пятилетняя выживаемость, на длительное

время качество жизни остается благополучным (Макаров С.В., 2008; Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., 2009). В достижении этих показателей первостепенное значение имеют медицинские организации первичного звена (Лазарев А.Ф., 2007; Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., 2013; Каприн А.Д., Александрова Л.М., Старинский В.В., 2014).

Синяков А.Г., Зотов П.Б., Вшивков В.В., Никитина М.В. (2014) отмечают, что с целью повышения эффективности третичной профилактики при РМЖ у женщин в Тюменском областном онкологическом диспансере в течение ряда последних лет теоретически обосновывается, разрабатывается и активно внедряется организационная модель мобильной диспансеризации в системе третичной профилактики при раке молочной железы. Идея базовой модели довольно проста и подразумевает использование программного комплекса, обеспечивающего рассылку sms-сообщений на мобильный телефон, и возможность дублирования информации по другим видам связи, женщинам, состоящим на учете в канцер-регистре. Эффективность профилактической программы заключалась в обеспечении индивидуального подхода. В данном случае индивидуальный подход – это оценка для каждой женщины обоснованных сроков периодического осмотра и объема инструментальных методов обследования, рассчитываемых по данным факторного анализа и выделения групп риска: учитываются возраст женщины, гистологическая форма и гормональная чувствительность опухоли, стадия заболевания и другие показатели.

Сдвижков А.М., Шацкая Н.Х., Кузнецов И.Л. (2010) в своей статье показали роль диспансеризации больных с онкопатологией головы и шеи. Авторы отмечают, что поликлинический этап включает: регулярные осмотры, общие и специальные обследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и шеи для выявления непальпируемых метастазов; эндоскопическое обследование; компьютерная томография; биопсия подозрительных на опухоль участков; пункция непальпируемых

метастазов и другие специальные исследования. Диспансерное наблюдение за больным, находящимся в фазе ремиссии, заключается в регулярном прохождении осмотров и обследований.

Совершенствование системы учета и диспансеризации онкологических больных улучшает эффективность противораковой борьбы (Аверкин Ю.И., Смайлите Г., Мисиныш Я и др., 2010; Старинский В.В., 2013; Котевец С.А., 2013).

Д.С. Огай, С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, О.Т. Богова, Е.В. Воробьева (2012) описывают порядок проведения диспансерного наблюдения онкогинекологических больных. По их данным диспансерное наблюдение пациенток после проведенного лечения в первый год осуществляется 1 раз в квартал, на второй и третий годы – 1 раз в полугодие, далее – 1 раз в год.

Гарифуллиной Э.Ф (2012) изучены амбулаторные карты пациентов с диагнозом лимфомы кожи, ранее получавших стационарное лечение в Республиканском кожно-венерологическом диспансере (РКВД). Проанализированы статистические талоны для записи заключительных (уточненных) диагнозов (ф.025/29), контрольные карты диспансерного наблюдения (ф.30), отчетная документация (ф.7.12). Результаты позволили обосновать мероприятия по повышению эффективности диспансеризации пациентов.

Первостепенное значение в раннем выявлении онкологических больных и обеспечении эффективности диспансеризации имеют первичные онкокабинеты (Кривонос О.В., Чиссов В.И., Старинский В.В., 2010; Подковыркин Н.А., Турков С.Б., Шутова И.А., 2011; Федотов А.Ю., 2012; Котевец С.М., 2013; Филимонюк А.В., 2013; Плутницкий А.Н., 2014).

С целью изучения объема амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным Е.С. Введенской, М.В. Дютовой (2013) проведен анализ 268 амбулаторных карт (Форма № 025/у-04) больных, умерших от ЗНО на дому в течение года, находившихся под наблюдением участковых врачей-терапевтов городских поликлиник. В среднем в течение года к не-

которым больным было осуществлено $4,280 \pm 0,165$ посещений к врачам поликлиники. Количество посещений больного на дому в 2,5 раза больше, чем количество посещений в поликлинику.

Как выяснилось, объем амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в поликлиниках по месту жительства, ввиду низкого уровня госпитализации недостаточен. Более половины всех посещений в течение последнего года осуществляется больными с ПМЖ, что с учетом тяжести и особенностей этого периода болезни требует разработки специального протокола мероприятий оказания паллиативной медицинской помощи (ПМП) онкологическим больным в конце жизни. При формировании системы ПМП целесообразно уделять внимание не только созданию стационарных отделений или центров, но и внедрять формы организации данного вида помощи на уровне первичного звена здравоохранения (Введенская Е.С., 2012, 2013, 2015).

Мошуров И.П., Кравец Б.Б. (2014) предлагают внедрение в онкологическую службу системного подхода, что, прежде всего, позволит совершенствовать работу первичного звена в профилактике онкологических заболеваний. Элементами подсистемы профилактической деятельности являются работа смотровых кабинетов, организация профосмотров работающего контингента, функционирование цитологической и флюорографической службы и т.д. Системный подход к анализу профилактической деятельности позволяет выявить связи между элементами и определить слабые звенья в подсистеме: отсутствие со стороны администрации поликлиник контроля над потоком пациентов в смотровые кабинеты; игнорирование опроса по «сигналам тревоги» по поводу рака; недостаточный охват онкопрофосмотрами работающего населения на предприятиях негосударственной формы собственности; низкая информативность цитологических исследований из-за нарушений методики забора материала; дефекты в ответственности флюорографической службы и деятельности участковых врачей.

На основе выполненных исследований А.А.Койчурев (2015) предлагает региональную модель оптимизации оказания профилактической и реабилитационной помощи пациентам онкологического профиля с последующей ее детализацией на всех этапах. Этап I - первичная профилактика – предупреждение возникновения заболевания, коррекция факторов риска, повышение грамотности в вопросах здоровья.

Этап II - вторичная профилактика - предупреждение осложнений: уменьшение степени тяжести заболевания, профилактика метастазирования (ранняя диагностика + комплексное лечение: хирургическое, химиотерапевтическое, радиологическое).

Этап III – третичная профилактика (реабилитация) – восстановление соматического, психического здоровья + трудовая и социальная реабилитация.

Этап IV – обеспечение гуманного ухода из жизни (рациональное эффективное обезболивание, медицинский уход, духовная поддержка). Основной ожидаемый результат профилактических вмешательств – это сокращение смертности и заболеваемости, а также общее снижение расходов в результате снижения заболеваемости.

В настоящее время для выявления социально значимых заболеваний нередко проводятся целевые медицинские осмотры различных групп населения. Стремление охватить профилактическими осмотрами как можно большую часть населения в условиях ограничения ресурсов обусловило разработку и внедрение форм обследования с использованием многообразных тестов. Эти организационные формы носят общее название «скрининг» (англ. screening – отсев, отбор). Одной из целей скрининга является формирование групп повышенного риска развития определённой патологии (Медик В.А., 2003). Разработка скрининг-теста для выявления групп повышенного риска возникновения рака гортани среди населения может быть связана с изучением факторов риска и их распространенности в популяции. О возникновении риска правомерно говорить, если, во-первых,

установлена научно-аргументированная связь между нарушениями здоровья и анализируемым фактором, а во-вторых, если имеется воздействие данного фактора на чувствительный к нему организм (Румянцев Г.И., Новиков С.М., Шашина Е.А., 2013).

Важную роль в организации профилактики рака сыграл национальный проект «Здоровье», который позволил организовать раннее выявление заболеваний (Важенин А.В., Журавлев Е.А и соавт., 2010; Котелевец С.М., Пронько М.Г., Хубиева М.М., 2012). Предложенный А.А.Арефьевым (2010) комплекс мероприятий по совершенствованию системы организации дополнительной диспансеризации работающих граждан направлен на усиление профилактической направленности в деятельности ЛПУ по медицинскому обеспечению трудоспособных граждан; совершенствование действующих стандартов диагностики заболеваний среди работающего населения с учетом их потребностей; формирование положительных стереотипов самих граждан на сохранение и укрепление здоровья; внедрение современных автоматизированных систем учета и ведения первичной медицинской документации, электронной базы данных диспансерного наблюдения работающего населения (Пузин С.Н., Паяниди Ю.Г., Огай Д.С., 2012).

Большое значение для пациентов в улучшении диспансеризации и изучении факторов риска онкологических заболеваний играет территориальный раковый регистр (Старинский В.В., Кривонос О.В., Чиссов В.И., 2010; Котелевец С.М., 2012). В 2013г. в Белоруссии было зарегистрировано 42716 пациентов с впервые установленным диагнозом ЗН, из них 7,1% были признаны инкурабельными. Основную массу пациентов, относимых к IV клинической группе, составляют лица с запущенными формами рака поджелудочной железы, желудка, легкого. Большинство пациентов с распространенными формами заболевания получают симптоматическое лечение. Несомненно, что многие из них нуждаются в госпитализации для оказания им паллиативной медицинской помощи. Для оказания паллиативной

медицинской помощи взрослым организованы хосписы. В 2013г. в стране 16558 пациентов умерли от онкологических заболеваний, из них 32,0 % из числа зарегистрированных с онкологической патологией и отнесенных к IV клинической группе с впервые установленным диагнозом. На диспансерном учете на конец 2013 г. состояло 249903 человека с онкологическими заболеваниями, из них 2,4% пациенты IV клинической группы. В перспективе предполагается совершенствование организации паллиативной медицины, консолидация целенаправленных усилий организаций системы здравоохранения и социальной защиты, представителей научных кругов, государственных и общественных организаций (Антоненкова Н.Н., Якимович Г.В., Черных И.Д., Курьян Л.М., Лось Д.М., 2014).

Кудряков А.Ю. (2011) в своем исследовании показал эффективность амбулаторно-поликлинического звена в оказании медицинской помощи населению и предложил интегральный показатель, оценивающий эффективность по 4-м критериям. Алгоритм его расчета был следующий: в начале каждый из 4 первичных показателей нормировался к интервалу 0-1, что позволило нивелировать их исходную направленность, обусловленную наличием у каждого из них своего интервала значений, в дальнейшем величина интегральный показатель рассчитывалась как среднее арифметическое нормированных значений 4-х используемых показателей.

В достижении эффективности диспансеризации пациентов немаловажную роль играют информационные системы, обеспечивающие возможность динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов (Straatman, H., 2004).

Достижения современной онкологии позволяют не только добиваться улучшения результатов лечения, но и ставят вопрос о реабилитации и повышении качества жизни больного (Демин Е.В., Чулкова В.А., 2007; Павлова В.И., 2008; Попова Т.Н., Кузенова Е.А., 2011; Подковыркин Н.А., 2011). Проведение реабилитационных мероприятий в восстановительном

отделении поликлиники диспансера позволяет снизить выход на инвалидность онкологических больных. При этом восстановительная помощь в амбулаторных условиях при сохранении медико-социальной эффективности обходится значительно дешевле по сравнению с восстановительной помощью, оказанной в условиях стационара (Ганцев Ш.Х., Ханов А.М., Селезнев И.Ю., 2011; Ганцев Ш.Х., 2012; Огай Д.С., Пузин С.Н., Паяниди Ю.Г., 2012; Шипова В.М., 2012; Бутрина В.И., 2014).

Недавний Д.А., Мушников Д.Л., Козлов В.А. (2015) показали, что, несмотря на проведение мероприятий по снижению рака молочной железы, шейки матки, тела матки и яичников, добиться положительных результатов в Ивановской области не удалось. По их данным в структуре злокачественных новообразований в Ивановской области преобладает патология желудочно-кишечного тракта, (25,8%), меньшую долю занимают ЗН женской репродуктивной системы и рак молочной железы (24,8%), далее следует рак кожи, рак органов дыхания (9,5%), рак предстательной железы (3,4%) и другие (18,7%).

Козлов В.А., Поляков Б.А., Недавний Д.А., Стоеловский М.И., Мушников Д.Л. (2015) по данным экспертной оценки определили качество ранней диагностики ЗН и установили, что оно является низким (количество диагностических и медико-организационных дефектов в среднем составляет 1,7 на один случай диагностированного рака), что приводит к запущенным случаям онкопатологии.

В диссертации Маркиной А.Ю. (2013) оценивается сложившаяся до 2009 г. схема маршрутизации онкологических больных в Челябинской области. Выявлено, что имеются существенные недостатки, которые привели к тому, что только 5,5% женщин с ЗН яичника, 45,1% с опухолями молочной железы первично обращались к онкологам. Значительная часть занималась «самолечением», вследствие чего сроки получения специализированной помощи затягивались до $207 \pm 20,1$ дня (ЗН молочной железы), до $468 \pm 33,5$ дня (ЗН яичника), а после специализированного лечения

только от 51,2% (ЗН яичника) до 75,5% (ЗН молочной железы) женщин фертильного возраста регулярно наблюдались у хирургов и гинекологов по месту жительства. В своем исследовании Кудряков А.Ю. (2014) убедительно показал роль школ здоровья для улучшения здоровья пациентов. Однако низкая медицинская активность пациентов не позволяет широко использовать эти школы здоровья.

Семенова В.Г., Денисенко А.Н. (2015) изучили потери от новообразований в контексте Программы по совершенствованию организации онкологической помощи населению. Для оценки ее эффективности сравнивалась ситуация в первых пилотных регионах, начавших реализовывать Программу в 2009-2010 гг., и на непилотных территориях России во время реализации Программы и в предшествующий период. Проведенный анализ показал, что в целом существенных, принципиальных различий в развитии ситуации для населения пилотного и непилотного ареалов не отмечено: и динамика, и структура онкологической смертности на этих территориях были сходными и для населения трудоспособного возраста и для пожилых лиц.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. УФЫ

Столица Республики Башкортостан город Уфа – крупный промышленный центр, площадь города 468 кв. км. В городе функционируют научно-исследовательские и проектные институты, Башкирский филиал Российской академии наук, более 11 вузов, 25 средних специальных учебных заведений, в том числе 2 медицинских колледжа, имеются филиалы центральных вузов.

Ведущее место в промышленности города занимают производство продукции химии, нефтехимии, нефтепереработки, значительное место – машиностроение и металлообработка, продукция электротехнической и приборостроительной промышленности, средства связи и автоматики, горного оборудования, деревообрабатывающей, легкой и пищевой промышленности.

Административно город разделен на 7 городских районов: Демский, Кировский, Ленинский, Советский, Октябрьский, Калининский, Орджоникидзевский. Население города на 01.01.2017г. составило 1126098 человек, в том числе дети 0-17 лет – 232795 (20,7%), лица старше 50 лет – 348546 (30,95%), старше 60 лет – 200491 (17,8%). Таким образом, в г. Уфе регрессивный тип возрастной структуры и население демографически старое.

Показатель рождаемости в г. Уфе в 2016г. составил 16,1‰, общая смертность – 11,3‰, естественный прирост – 4,8‰. Общая заболеваемость взрослого населения г. Уфы в 2016г. в расчете на 100 тыс. человек составила 161205,0 случаев, первичная заболеваемость – 59328,0 случаев. В структуре общей заболеваемости взрослого населения наибольший удельный вес составляют болезни системы кровообращения (17,2%), органов дыхания (12,0%), мочеполовой системы (10,9%). Первичный выход на ин-

валидность взрослого населения составил 51,8 на 10 тыс. соответствующего населения, детская инвалидность – 19,2 на 10 тыс. детей в возрасте 0-17 лет.

В г. Уфе развернуто 58 медицинских организаций, в том числе 13 больничных учреждений, 35 амбулаторно-поликлинических учреждений, 1 станция скорой медицинской помощи, 3 учреждения охраны материнства и детства, 4 фармацевтических предприятия, 34 ФАП и др.

Мощность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в г. Уфе равна 28744 посещениям в смену, или 238,2 на 10 тыс. населения. В 2016 г. было выполнено 7,9 посещений на 1 жителя, из них профилактических посещений – 1,98.

В стационарах г. Уфы на конец 2016 г. было 5767 круглосуточных коек, обеспеченность которыми составила 51,4 на 10 тыс. жителей, уровень госпитализации – 17,1 на 100 жителей, средняя длительность пребывания в стационаре 9,7 дня, среднегодовая занятость койки – 318 дней, летальность 1,47%. Число мест в дневных стационарах без учета сменности составило 1507, с учетом сменности – 2067, обеспеченность на 10 тыс. населения 18,4, средняя длительность пребывания в стационаре – 10,4 дня.

В медицинских организациях города занято 4263 врача и 7443 средних медицинских работника. В 2016г. обеспеченность врачами составила 38,0 на 10 тыс. жителей, средним медперсоналом – 66,4 на 10 тыс. жителей. Укомплектованность врачами достигла 84,9%, в том числе в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях – 83,0%, в стационарах – 87,0%.

Город Уфа по социально-экономической и демографической характеристике является схожим с другими городами, входящими в Приволжский и Уральский федеральные округа России.

Онкологическая служба республики в настоящее время представлена (схема 1):

1. ГБУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер» МЗ РБ и ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница» МЗ РБ.

2. Онкологическими отделениями в городских округах и поселениях (гг. Стерлитамак, Кумертау, Белорецк, Октябрьский, Салават, Нефтекамск), выполняющими функцию межмуниципальных центров для оказания специализированной онкологической стационарной помощи.

3. Межмуниципальными медицинскими онкологическими центрами (ММОЦ) в муниципальных образованиях для оказания специализированной онкологической амбулаторно-поликлинической помощи (15).

4. Онкологическими койками круглосуточного пребывания в центральных городских и районных больницах.

5. Первичными онкологическими кабинетами амбулаторно-поликлинических подразделений в учреждениях здравоохранения республики.

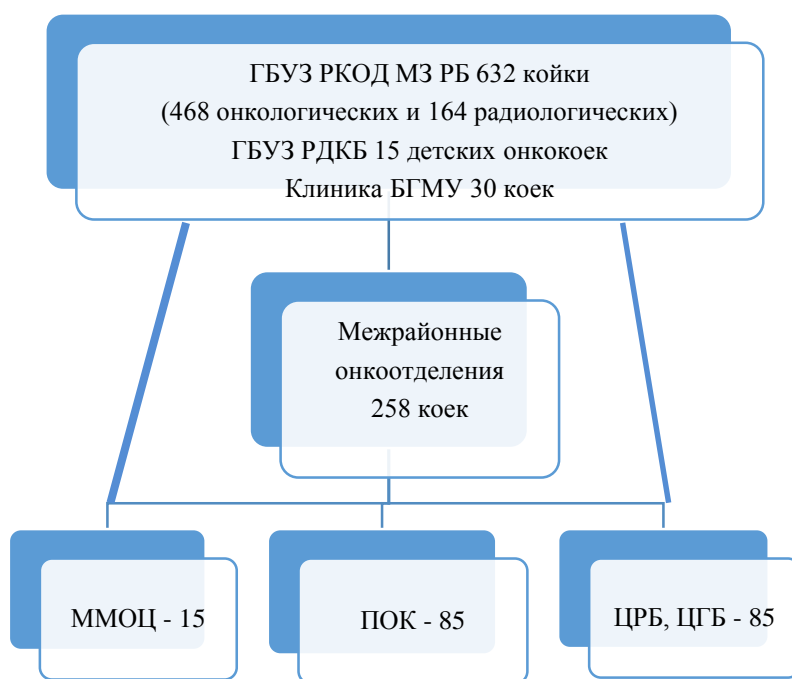


Схема 1. Онкологическая служба в Республике Башкортостан

В медицинских организациях предусмотрено 282,5 штатной должности врачей онкологов, из них занято 258 должностей (укомплектованность

91,3%), в том числе физическими лицами заняты 172 должности (укомплектованность 60,9%) (табл. 1).

В республике развернуто 1018 коек для лечения пациентов с онкологическими заболеваниями, из них 839 коек для взрослых, 15 коек для детей и 164 радиологические койки.

Обеспеченность онкологическими койками составила 2,0 на 10 тыс. населения, радиологическими койками – 0,41 на 10 тыс. населения, врачами-онкологами - 0,4 на 10 тыс. населения.

Таблица 1

**Штаты врачей-онкологов и радиологов
в Республике Башкортостан в 2015 г.**

Должности	Штатные должности	Занятые должности	Физические лица	Укомплектованность, %	Укомплектованность физическими лицами, %	Обеспеченность на 10 тыс. населения
Врачи-онкологи	282,5	258,0	172,0	91,3	60,9	0,4
Врачи-радиологи	58,25	56,25	45,0	96,6	77,2	0,11

Врачи-онкологи оказывают специализированную онкологическую помощь населению городов и районов в соответствии с утвержденным Порядком маршрутизации больных с подозрением на онкологическую патологию и уже диагностированными злокачественными заболеваниями (приказ 3208-Д от 27.12.2012г. МЗ РБ).

Согласно приказу основными задачами первичного онкологического кабинета являются:

- диагностика ЗН;
- направление больных с подозрением на ЗН в ММОЦ;
- диспансеризация онкологических больных;

- оказание медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями по рекомендации специалистов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения республиканский клинический онкологический диспансер Министерства здравоохранения Республики Башкортостан (далее ГБУЗ РКОД МЗ РБ);
- восстановительное, реабилитационное лечение больных со злокачественными новообразованиями в амбулаторных условиях;
- консультативная помощь по ведению онкологических больных на дому участковым врачом-терапевтом или врачом общей практики (семейным врачом);
- ведение канцер-регистра пациентов;
- систематический анализ основных показателей первичного онкологического кабинета;
- представление информации в ГБУЗ РКОД МЗ РБ о мониторинге реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.

В 2012 г. в г. Уфе организовано 5 ММОЦ на базе медицинских организаций, четыре из них в составе самостоятельных поликлиник, один центр в составе поликлиники больницы № 13 г. Уфы.

Основными задачами ММОЦ являются:

- консультативная и специализированная диагностическая помощь, в том числе выездная с обеспечением взаимодействия и преемственности в работе онкологов территориально прикрепленных к ММОЦ поликлиник;
- диспансеризация больных ЗНО;
- организация электронной консультации пациента с подозрением или впервые выявленным ЗН в текущем году в Консультационно-координационном центре ГБУЗ РКОД МЗ РБ (электронная амбулаторная карта

пациента) для решения вопроса о тактике ведения и необходимости оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара ГБУЗ РКОД МЗ РБ;

- направление больных с новообразованиями в межрайонное онкологическое отделение и/или ГБУЗ РКОД МЗ РБ для оказания специализированной медицинской помощи (по согласованию);
- консультативная помощь по ведению больных со ЗН на дому участковым врачом-терапевтом (врачом общей практики, семейным врачом);
- наблюдение за больными, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, проведение лекарственной противоопухолевой терапии (амбулаторное), в соответствии с рекомендациями специалистов ГБУЗ РКОД МЗ РБ;
- ведение канцер-регистра пациентов;
- систематический анализ основных показателей онкологической службы на прикрепленной территории, деятельности ММОЦ, в том числе проведение совместно с врачами первичного звена разборов диагностических ошибок и причин запущенности онкозаболеваний;
- ведение учетно-отчетной документации и своевременное представление отчетов и сведений в ГБУЗ РКОД МЗ РБ: о впервые выявленных случаях ЗН, смертности онкобольных, мониторинге реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;
- санитарно-гигиеническое просвещение населения.

3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ г. УФЫ ВСЛЕДСТВИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Медико-социальные аспекты онкологических заболеваний определяются высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, а также большими экономическими потерями. Поэтому снижение распространенности этих патологий и повышение эффективности лечения пациентов остаются важной проблемой здравоохранения.

3.1. Заболеваемость онкологическими заболеваниями в г. Уфе за 2010-2015 гг.

Динамику заболеваемости онкологическими заболеваниями провели за 2010-2015 гг. Для выявления динамики определили групповую среднюю величину заболеваемости. При сравнении групповой средней показателя заболеваемости за период с 2010 по 2012 г. и с 2013 по 2015 гг. (табл. 2) нами было выявлено, что по всем локализациям данный показатель вырос на 6,4 % (с 320,6 до 341,2 случаев в расчете на 100 тыс. населения).

При этом рост данного показателя зарегистрирован во всех возрастных группах, за исключением лиц старше 70 лет. В этой возрастной группе отмечено незначительное снижение показателя на 0,5% (с 1511,6 до 1503,6 случаев в расчете на 100 тыс. соответствующего возраста) (рис. 1). Однако необходимо отметить, что в данной возрастной группе регистрируется наибольший показатель заболеваемости ЗН.

**Динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями
по возрастным группам в г. Уфе, групповые средние данные
за 2010-2012 и 2013-2015 гг.**

Злокачественные новообразования	Годы	Всего по всем возрастам	Возрастные группы, лет						
			до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Все локализации, в том числе	2010-2012гг.	320,6	12,0	20,9	67,8	188,9	509,9	1059,3	1511,6
	2013-2015гг.	341,2	12,8	23,1	75,4	191,5	533,4	1132,5	1503,6
	темп роста/убыли	106,4	106,7	110,5	111,2	101,4	104,6	106,9	99,5
Желудок	2010-2012гг.	23,6	0,0	0,7	1,5	9,8	32,4	81,3	133,4
	2013-2015гг.	21,7	0,0	0,3	2,3	9,6	33,4	72,3	110,4
	темп роста/убыли	91,9	0	42,9	153,3	98,0	103,1	88,9	82,8
Ободочная кишка	2010-2012гг.	19,0	0,1	0,2	2,4	7,6	23,2	59,6	116,9
	2013-2015гг.	21,4	0,0	0,5	2,3	5,7	24,8	78,5	120,3
	темп роста/убыли	112,6	0,0	250,0	95,8	75,0	106,9	131,7	102,9
Прямая кишка	2010-2012гг.	20,7	0,0	0,2	4,8	9,4	32,6	72,6	110,5
	2013-2015 гг.	18,7	0,0	0,3	2,1	4,2	28,6	66,2	97,1
	темп роста/убыли	90,3	0	150,0	43,8	44,7	87,7	91,2	87,9
Поджелудочная железа	2010-2012гг.	9,0	0,0	0,2	0,2	4,5	15,8	30,0	45,0
	2013-2015гг.	10,0	0,0	0,0	0,7	4,4	16,8	28,4	54,6
	темп роста/убыли	111,1	0	0,0	350,0	97,8	106,3	94,7	121,3
Трахея, бронхи и легкие	2010-2012гг.	32,3	0,0	0,2	3,2	11,7	61,1	127,2	142,9
	2013-2015гг.	32,4	0,0	0,2	1,5	12,6	61,8	121,9	133,2
	темп роста/убыли	100,3	0	100,0	46,9	107,7	101,1	95,8	93,2
Другие новообразования кожи	2010-2012гг.	38,1	0,0	0,7	2,4	10,0	39,3	110,1	266,0
	2013-2015гг.	36,6	0,3	0,6	3,4	13,1	34,7	107,9	241,6
	темп роста/убыли	96,1	0	85,7	141,7	131,0	88,3	98,0	90,8
Молочная железа	2010-2012гг.	44,0	0,0	1,3	14,1	51,9	89,5	136,8	140,7
	2013-2015гг.	47,8	0,0	1,8	11,5	53,3	101,2	135,7	150,5
	темп роста/убыли	108,6	0	138,5	81,6	102,7	113,1	99,2	107,0

Продолжение табл.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Шейка матки	2010-2012гг.	5,7	0,0	0,8	6,2	7,3	11,4	14,0	12,0
	2013-2015гг.	6,8	0,0	1,0	3,8	10,8	13,3	15,7	12,3
	темп роста/ убыли	119,3	0	125,0	61,3	147,9	116,7	112,1	102,5
Тело матки	2010-2012гг.	14,2	0,0	0,0	1,7	11,9	32,2	48,2	50,0
	2013-2015гг.	14,2	0,1	0,5	1,5	9,4	35,1	48,5	41,9
	темп роста/ убыли	100,0	0	0	88,2	79,0	109,0	100,6	83,8
Яичник	2010-2012гг.	8,5	0,4	1,9	3,4	9,3	17,6	23,0	24,2
	2013-2015гг.	9,9	0,4	1,3	3,4	12,3	18,5	28,9	24,3
	темп роста/ убыли	116,5	100,0	68,4	100,0	132,3	105,1	125,7	100,4
Предстатель- ная железа	2010-2012гг.	19,4	0,0	0,2	0,0	0,2	16,1	79,6	130,4
	2013-2015гг.	33,4	0,0	0,0	0,2	0,5	24,1	146,4	206,5
	темп роста/ убыли	172,2	0	0,0	0	250,0	149,7	183,9	158,4
Мочевой пу- зырь	2010-2012гг.	8,5	0,0	0,5	1,1	3,6	9,8	27,7	48,8
	2013-2015гг.	7,7	0,1	0,3	1,9	4,4	10,3	23,0	38,2
	темп ро- ста/ убыли	90,6	0	60,0	172,7	122,2	105,1	83,0	78,3
Кроветворная и лимфатиче- ская система	2010-2012гг.	12,9	4,2	5,5	6,9	8,0	15,7	35,6	45,7
	2013-2015гг.	16,9	3,9	3,7	5,3	8,6	23,2	50,0	55,4
	темп роста/ убыли	131,0	92,9	67,3	76,8	107,5	147,8	140,4	121,2

При анализе заболеваемости ЗН выявлен наибольший рост заболеваемости в возрастной группе 20-29 лет – на 10,5% и 30-39 лет – на 11,2%.

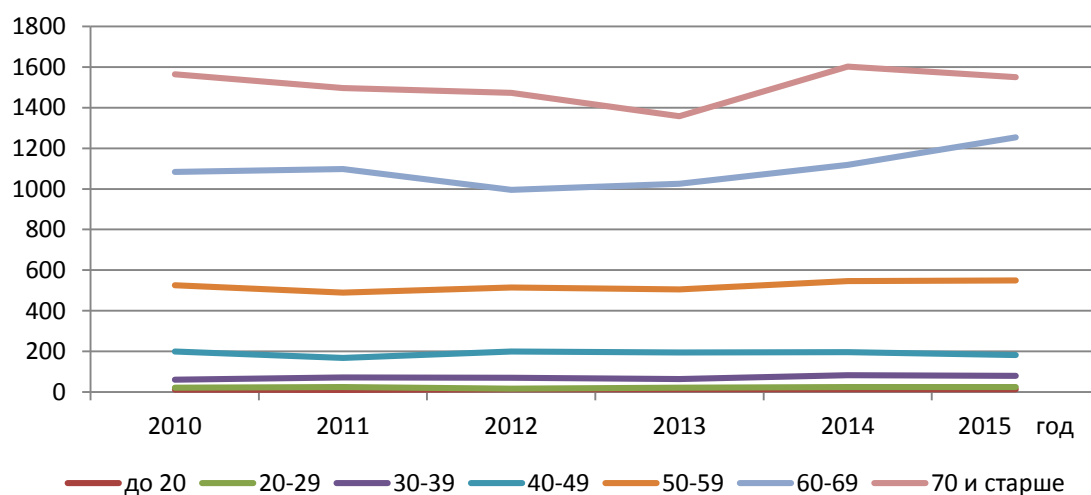


Рис. 1. Динамика первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями по возрастным группам в г. Уфе в 2010-2015 гг. (на 100 тыс. населения)

Для составления прогноза заболеваемости злокачественными новообразованиями населения г. Уфы был применен метод регрессионного моделирования. При выборе модели мы ориентировались на коэффициент детерминации, который определяет, насколько удачной и информативной является полученная регрессионная модель. Если $R^2 > 0,5$, то модель можно признать достаточно качественной (Юнкеров 2002). В нашем случае при выборе экспоненциальной модели $y = 331,42e^{0,0012x}$ коэффициент детерминации равен $R^2 = 0,073$, полиномиальной – $y = 1,3636x^2 - 14,516x + 361,3$; $R^2 = 0,5265$, линейной – $y = 0,4836x + 331,3$; $R^2 = 0,0101$.

Среди всех выбранных моделей информативной оказалась только полиномиальная ($R^2 = 0,5265$), использование которой позволило рассчитать к 2020 году ожидаемый показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями равный 450,4 в расчете на 100 тыс. населения (рис. 2).

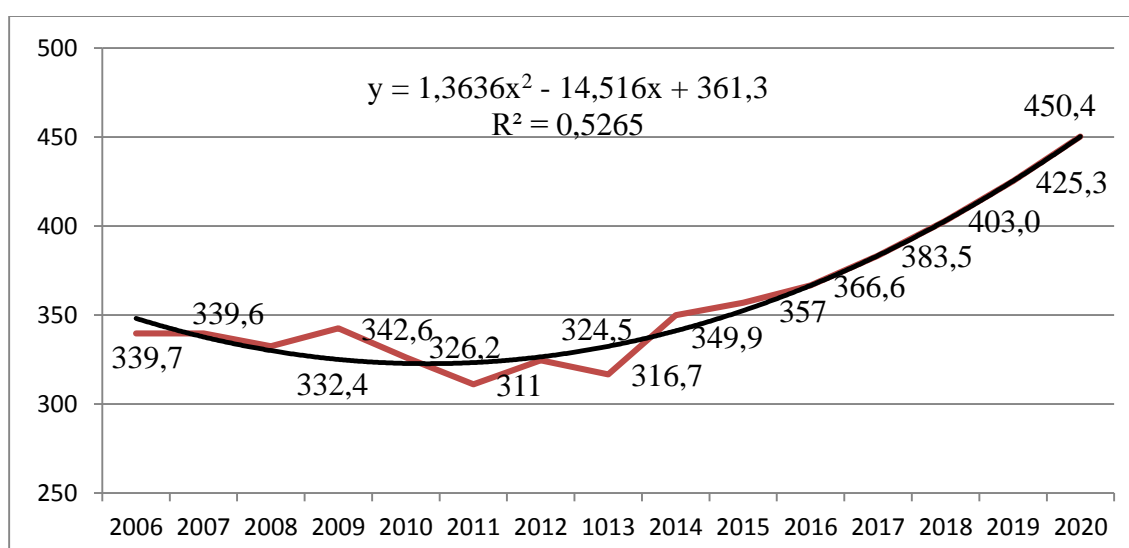


Рис. 2. Прогноз заболеваемости злокачественными новообразованиями в г. Уфе до 2020г., на 100 тыс. населения

При анализе заболеваемости ЗН по различным локализациям нами были выявлены следующие результаты. Сравнение групповой средней величины показателя заболеваемости ЗН желудка двух исследуемых периодов показал, что он снизился на 8,1% (с 23,6 до 21,7 случаев в расчете на

100 тыс. населения) (рис. 3). Наибольшее снижение (на 57,1%) произошло в возрастной группе 20-29 лет (с 0,7 до 0,3 случая в расчете на 100 тыс. соответствующей возрастной группы), в возрастной группе старше 70 лет (на 17,2% – с 133,4 до 110,4 на 100 тыс. населения). Наибольший рост (на 53,0%) зарегистрирован у лиц в возрасте 30-39 лет (с 1,5 до 2,3 случая в расчете на 100 тыс. населения).

Заболеваемость ЗН ободочной кишки выросла на 12,6% (с 19,0 до 21,4 случая в расчете на 100 тыс. населения). При данной локализации наибольший рост (в 1,5 раза, с 0,2 до 0,5 случая в расчете на 100 тыс. населения) зарегистрирован в возрастной группе 20-29 лет, также значительное увеличение (на 31,7% – с 59,6 до 78,5 случая в расчете на 100 тыс. населения) наблюдался в возрастной группе 60-69 лет. На 25% (с 7,6% до 5,7 случая в расчете на 100 тыс. населения) снизилась заболеваемость у лиц в возрастной группе 40-49 лет.

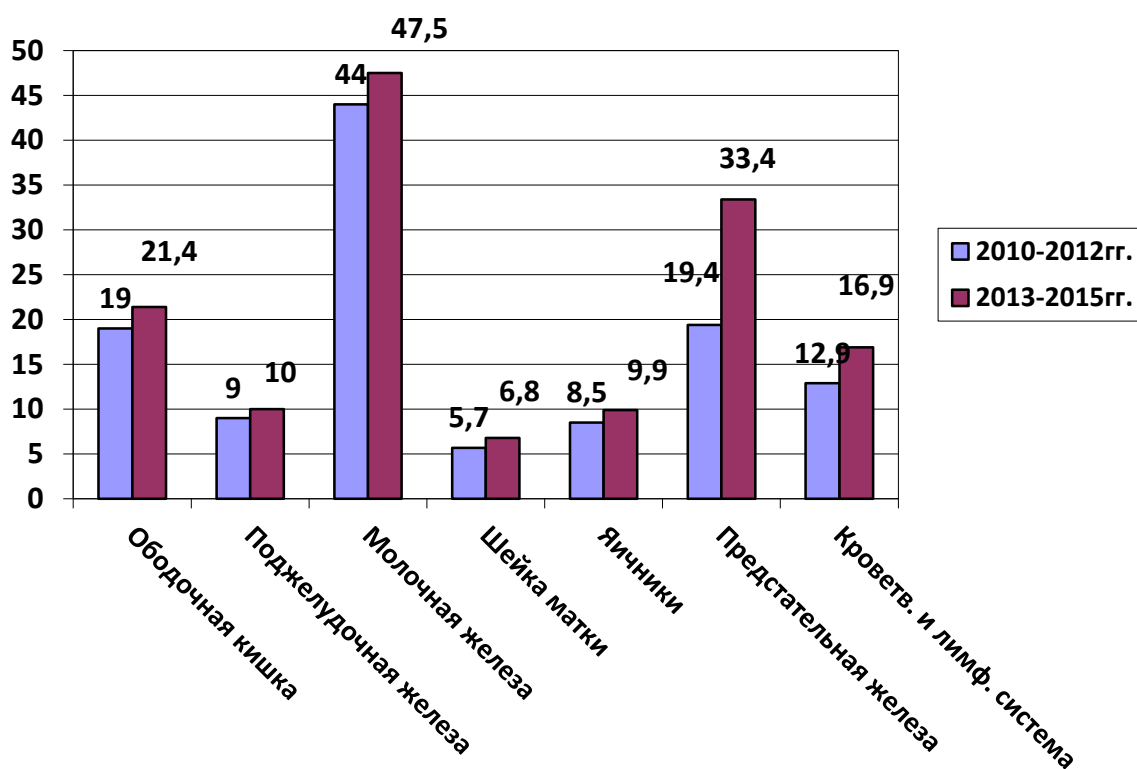


Рис. 3. Показатели заболеваемости населения г. Уфы онкологическими заболеваниями различной локализации за 2010-2012 и 2013-2015 гг., на 100 тыс. человек

Заболеваемость ЗН прямой кишки снизилась на 9,7% (с 20,7 до 18,7 случая в расчете на 100 тыс. населения), наибольшее снижение произошло в возрастных группах 30-39 лет (на 56,3%, с 4,8 до 2,1 случая в расчете на 100 тыс. соответствующего возраста) и 40-49 лет (на 55,3%, с 9,4 до 4,2 случая в расчете на 100 тыс. соответствующего возраста). На 50% (с 0,2 до 0,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) выросла заболеваемость данной локализации у лиц в возрастной группе 20-29 лет.

Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями поджелудочной железы за исследуемые периоды произошел на 11,1% (с 9,0 до 10,0 случая в расчете на 100 тыс. населения). У лиц в возрастной группе 30-39 лет заболеваемость выросла на 250% – с 0,2 до 0,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста, в возрасте старше 70 лет (на 21,6% – с 45,0 до 54,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), в возрастной группе 50-59 лет (на 6,3% – с 15,8 до 16,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). Снижение заболеваемости до 0 с 0,2 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста зарегистрировано в возрастной группе 20-29 лет, на 5,3% (с 30,0 до 28,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) у лиц в возрастной группе 60-69 лет, на 2,2% (с 4,5 до 4,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) у лиц в возрастной группе 40-49 лет.

Вследствие злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов и легкого произошел незначительный рост заболеваемости на 0,3% (с 32,3 до 32,4 случая в расчете на 100 тыс. населения). При этом наибольший рост регистрировался в возрастной группе 40-49 лет (на 7,7% – с 11,7 до 12,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), также выросла онкологическая заболеваемость трахеи, бронхов и легкого у лиц в возрастной группе 50-59 лет – на 1,1% (с 61,1 до 61,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). В 2 раза (с 3,2 до 1,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) снизилась заболеваемость у лиц в возрастной группе 30-39 лет, в возрастной группе 60-69

и в возрасте старше 70 лет снижение произошло на 4,2% и 6,8% соответственно.

Заболеваемость другими новообразованиями кожи снизилась на 3,9% (с 38,1 до 36,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). При этом в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет регистрировался существенный рост – на 41,7% (с 2,4 до 3,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) и на 31,0% (10,0 до 13,1 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) соответственно. До 0,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста выросла заболеваемость у лиц в возрасте до 20 лет. В старших возрастных группах, напротив, отмечается снижение показателя: у лиц в возрасте 50-59 лет – на 11,7% (с 39,3 до 34,0 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 60-69 лет – на 2,0% (с 110,1 до 107,9 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), возрасте старше 70 лет – на 9,2% (266,0 до 241,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Злокачественные новообразования молочной железы показали увеличение заболеваемости на 8,6%, с 44,0 до 47,8 случая в расчете на 100 тыс. населения. Наибольший рост наблюдался у лиц в возрастной группе 20-29 лет – на 38,5% (с 1,3 до 1,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), также выросла заболеваемость в возрастных группах: 40-49 лет – на 2,7% (с 51,9 до 53,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 50-59 лет – на 13,1% (с 89,5 до 101,2 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), старше 70 лет – на 7,0% (с 140,7 до 150,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). Заметное снижение данной патологии произошло у лиц в возрастной группе 30-39 лет – на 18,4% (с 14,1 до 11,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), в возрастной группе 60-69 лет заболеваемость снизилась на 0,8% (с 136,8 до 135,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Онкологические заболевания шейки матки увеличились за исследуемый период времени на 19,3% (с 5,7 до 6,8 случая в расчете на 100 тыс.

человек соответствующего возраста). Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями наблюдалось только в возрастной группе 30-39 лет (так же как и при онкозаболеваниях молочной железы), снижение на 38,7% (6,2 до 3,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). У лиц в возрасте до 20 лет заболеваемость не регистрировалась. В остальных возрастных группах отмечался рост: в возрастной группе 40-49 лет на 47,9% (с 7,3 до 10,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 20-29 лет – на 25,0% (с 0,8 до 1,0 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 50-59 лет – на 16,7% (с 11,4 до 13,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 60-69 лет – на 12,1 % (с 14,0 до 15,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), в возрасте 70 лет и старше – на 2,5% (с 12,0 до 12,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Злокачественные новообразования тела матки в обоих исследуемых периодах с 2010 по 2012 и с 2013 по 2015 гг. имели одинаковое среднее значение заболеваемости на уровне 14,2 случая в расчете на 100 тыс. населения. При этом у лиц в возрасте до 20 лет и 20-29 лет заболеваемость также находилась на одном уровне 0,1 и 0,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста соответственно. Наибольший рост наблюдался в возрастной группе 50-59 лет – на 9,0% (с 32,2 до 35,1 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). В возрастной группе 60-69 лет рост был незначительным – на 0,6% (с 48,2 до 48,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). В возрастных группах 30-39, 40-49 и 70 лет и старше регистрировалось снижение заболеваемости на 11,8%, 21,0% и 16,2% соответственно.

На 16,5% (с 8,5 до 9,9 на 100 тыс. населения) увеличилась заболеваемость злокачественными новообразованиями яичников. Снижение регистрировалось только в возрастной группе 20-29 лет на 31,6% (с 1,9 до 1,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). В возрастных группах до 20 лет и 30-39 лет средняя заболеваемость осталась неизменной – 0,4 и 3,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста. В более старших возрастных группах она выросла: у лиц в

возрасте 40-49 лет – на 32,3% (с 9,3 до 12,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 50-59 лет – на 5,1% (с 17,6 до 18,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 60-69 лет – на 25,7% (с 23,0 до 28,9 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) и в возрасте старше 70 лет – на 0,4% (с 24,2 до 24,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Значительный рост – на 72,2% (с 19,4 до 33,4 случая в расчете на 100 тыс. населения) отмечался заболеваемости с локализацией процесса в предстательной железе. Не было зарегистрировано случаев заболевания у лиц в возрасте 20 лет, в возрасте 20-29 лет заболеваемость снизилась с 0,2 до нуля случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста. В 2013-2015 гг. зарегистрирована заболеваемость злокачественными новообразованиями предстательной железы у лиц в возрастной группе 30-39 лет на уровне 0,2 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста, тогда как в 2010-2012 гг. отсутствовала. В возрастной группе 40-49 лет наблюдалось наибольший рост заболеваемости – на 150% с 0,2 до 0,5 на 100 тыс. человек соответствующего возраста. В возрастных группах 50-59, 60-69 лет и 70 лет и старше рост заболеваемости составил: 49,7% (с 16,1 до 24,1 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 83,9% (с 79,6 до 146,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) и 58,4% (с 130,4 до 206,5 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) соответственно.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевого пузыря снизилась на 9,4% (с 8,5 до 7,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). Наибольший рост заболеваемости был зарегистрирован у лиц в возрастной группе 30-39 лет – на 72,2% (с 1,1 до 1,9 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). В возрастных группах 40-49 и 50-59 лет рост составил 22,2% (с 3,6 до 4,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) и 5,1% (с 9,8 до 10,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) соответственно. Снижение было отмечено в возрастных группах 20-29 лет –

на 40,0% с (0,5 до 0,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), в 60-69 лет – на 17,0% (с 27,7 до 23,0 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 70 лет и старше – на 21,7% (с 48,8 до 38,2 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Заболеваемость онкологическими заболеваниями кроветворной и лимфатической систем увеличилась на 31,0% (с 12,9 до 16,9 случая в расчете на 100 тыс. населения). В младших возрастных группах регистрировалось снижение данного показателя: в возрасте до 20 лет – на 7,1% (с 4,2 до 3,9 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 20-29 лет – на 32,7% (с 5,5 до 3,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 30-39 лет – на 23,2% (с 6,9 до 5,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). Рост заболеваемости отмечался в более старших возрастных группах: в возрасте 40-49 лет – на 7,5% (с 8,0 до 8,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 50-59 лет – на 47,8% (с 15,7 до 23,2 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 60-69 лет – на 40,4% (с 35,6 до 50,0 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 70 лет и старше – на 21,2% (с 45,7 до 55,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

При сравнении структуры заболеваемости злокачественными новообразованиями в г. Уфе в 2010 и в 2015 годах нами было выявлено, что первое место в рейтинге по локализации занимала молочная железа с одинаковым удельным весом 13,9% (табл. 3).

Второе место в структуре занимали злокачественные новообразования кожи, однако доля их снизилась с 11,6% до 10,8%. В 2010 г. на третьем месте находились ЗН трахеи, бронхов и легкого – 10,7%, в 2015 г. доля их снизилась до 9,5%, что соответствует четвертому месту.

Значительные изменения отмечены в удельном весе, занимаемом ЗН предстательной железы, с 5,2% в 2010 г. (7-е место), он увеличился до 9,6% в 2015 г. (3-е место). Локализация процесса в желудке в 2010 г. составляла

7,6% (4-е место), в 2015 произошло снижение удельного веса до 5,2% (7 место).

На 5 и 6-ом местах в оба периода находились ЗН прямой и ободочной кишки: в 2010 г. прямая кишка составляла 6,3% от всех локализаций (5-е место), в 2015 г. – 5,7% (6-е место), ободочная кишка соответственно – 5,9% (6-е место) и 6,9% (5-е место).

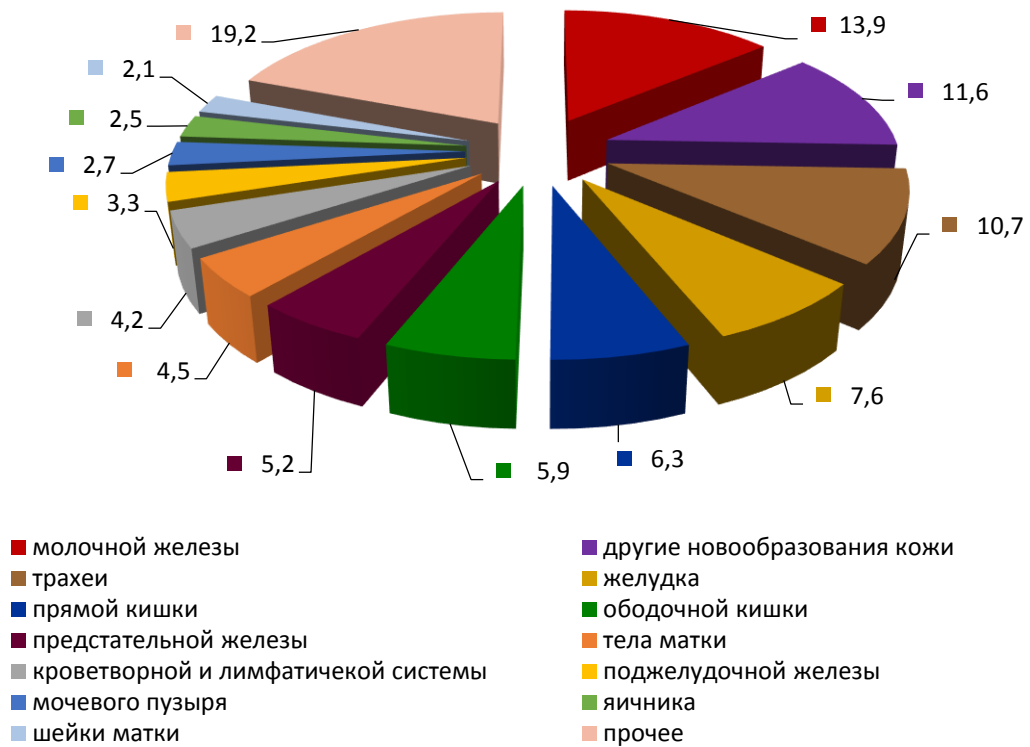
Таблица 3

Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями в г. Уфе и рейтинг локализаций по удельному весу в 2010 и в 2015 гг.

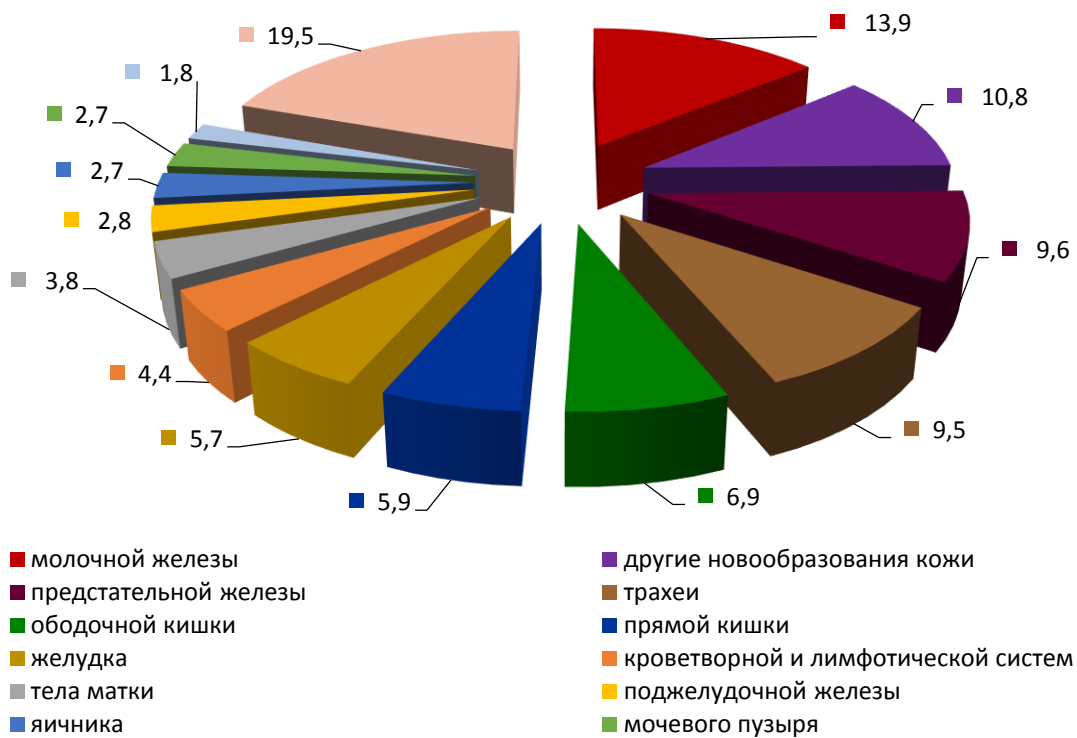
Локализация злокачественного новообразования	Удельный вес в структуре, %		Рейтинг в структуре		Изменение в рейтинге
	2010 г.	2015 г.	2010 г.	2015 г.	
Молочная железа	13,9	13,9	1	1	0
Другие новообразования кожи	11,6	10,8	2	2	0
Трахея, бронхи, легкие	10,7	9,5	3	4	-1
Желудок	7,6	5,7	4	7	-3
Прямая кишка	6,3	5,9	5	6	-1
Ободочная кишка	5,9	6,9	6	5	+1
Поджелудочная железа	3,3	2,8	10	10	0
Предстательная железа	5,2	9,6	7	3	+4
Тело матки	4,5	3,8	8	9	-1
Яичник	2,5	2,7	12	12	0
Шейка матки	2,1	1,8	13	13	0
Мочевой пузырь	2,7	2,7	11	11	0
Кровотворная и лимфатическая системы	4,2	4,4	9	8	+1

В структуре онкологических заболеваний с 4,5% (8-е место) до 3,8% (9-е место) снизилась доля ЗН тела матки, с 2,1% до 1,8% – шейки матки (13 место), с 3,3% до 2,8% – поджелудочной железы (10-е место) (рис. 4).

Увеличение удельного веса зарегистрировано при локализации заболевания в кровотворной и лимфатической системах с 4,2% (9-е место) до 4,4% (8-е место), и яичниках с 2,5% до 2,7% (12-е место). Доля мочевого пузыря в структуре локализаций не изменилась и составила 2,7% (11-е место).



2010 год



2015 год

Рис. 4. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями по локализациям в г. Уфе за 2010 и 2015гг., %

Резюме. Таким образом, наибольший рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в исследуемые периоды (2010-2012 и 2013-2015 гг.) был зарегистрирован при ЗН предстательной железы – на 72,2%, а наибольшее снижение от ЗН прямой кишки – на 9,7%. Из 13 рассмотренных локализаций рост заболеваемости наблюдался при 8-ми локализациях (ободочная кишка, поджелудочная железа, трахея, молочная железа, шейка матки, тело матки, яичник, предстательная железа, кроветворная и лимфатическая системы) снижение при 4-х локализациях (желудок, прямая кишка, новообразования кожи, мочевого пузыря).

3.2. Смертность населения г. Уфы от онкологических заболеваний за 2010-2015 гг.

Онкологические заболевания являются причиной высокой смертности населения, занимая второе место в структуре общей смертности. Анализ смертности населения г. Уфы показал, что ее динамика не была однонаправленной. К 2011 г. смертность возросла до 182,7 случая в расчете на 100 тыс. человек (на 3,8%), к 2012 г. снизилась (на 5,3%).

Начиная с 2013 г., смертность от онкологических заболеваний имела тенденцию к росту и в 2015 г. составила 189,9 случая в расчете на 100 тыс. человек (табл. 4).

Рост смертности за этот период произошел от ЗН ободочной кишки, трахеи, бронхов, легкого, поджелудочной железы, грудной железы, предстательной железы, кроветворной и лимфатической тканей.

Увеличение смертности произошло от ЗН ободочной кишки, поджелудочной железы, грудной железы, предстательной железы, кроветворной и лимфатических тканей. Снижение смертности произошло от ЗН желудка, прямой кишки, женских половых органов, мочевого пузыря.

Среди мужчин смертность от онкологических заболеваний возросла с 206,6 в 2010г. до 214,4 в 2015г. среди женщин смертность от онкологических заболеваний была ниже, чем среди мужчин, и составила за эти годы 162,0 и 168,1 на 100 тыс. человек (рис. 5). Как среди мужчин, так и среди женщин смертность за этот период возросла на 3,8%.

Таблица 4

Динамика смертности населения г. Уфы от онкологических заболеваний за 2010-2015гг., на 100 тыс. человек

Злокачественные новообразования	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего ...	176,0	182,7	173,0	184,7	185,3	189,9
Пищевода	4,3	5,0	3,3	5,9	4,2	4,9
Желудка	18,0	19,2	19,2	19,7	18,2	17,6
Ободочной кишки	13,3	15,0	11,8	13,5	14,1	15,7
Прямой кишки	12,5	15,7	12,0	14,0	10,6	13,5
Поджелудочной железы	9,7	11,0	9,9	11,5	12,6	10,1
Трахеи, бронхов, легких	28,8	31,5	27,0	30,9	31,5	29,7
Молочной железы	17,6	17,3	18,6	15,9	17,0	19,7
Других женских половых органов	13,8	14	9,6	12,6	12,4	12,8
Предстательной железы	7,9	6,6	7,5	8,0	9,0	10,0
Мочевого пузыря	4,8	3,0	3,3	3,9	3,8	3,7
Кроветворной и лимфатической тканей	8,6	9,4	10,2	8,3	9,8	12,7
Прочие	4,4	3,7	7,1	14,1	7,2	5,0

При составлении прогноза смертности от злокачественных заболеваний так же было применено регрессионное моделирование. С использованием экспоненциальной модели $y=178,74^{0,0019x}$ коэффициент детерминации был равен $R^2=0,066$, полиномиальной – $y=0,2989x^2-2,9311x+185,34$; $R^2=0,3792$, линейной – $y=0,3564x+178,76$; $R^2=0,0689$. Несмотря на то, что все модели имеют низкую информационную активность, наиболее удачной оказалась полиномиальная модель ($R^2=0,3792$). Ожидаемый показатель смертности от злокачественных новообразований к 2020 году, с использованием полиномиальной модели, равен 208,6 на 100 тыс. населения (рис. 6).

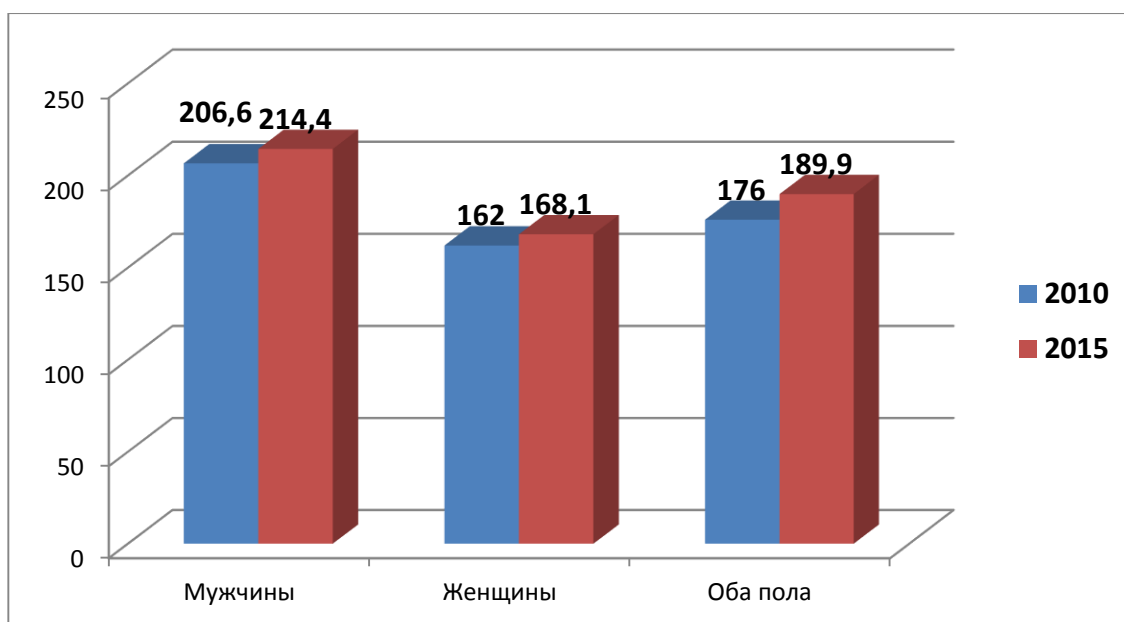


Рис. 5. Динамика смертности от онкологических заболеваний в г. Уфе за 2010 и 2015 гг., на 100 тыс. человек

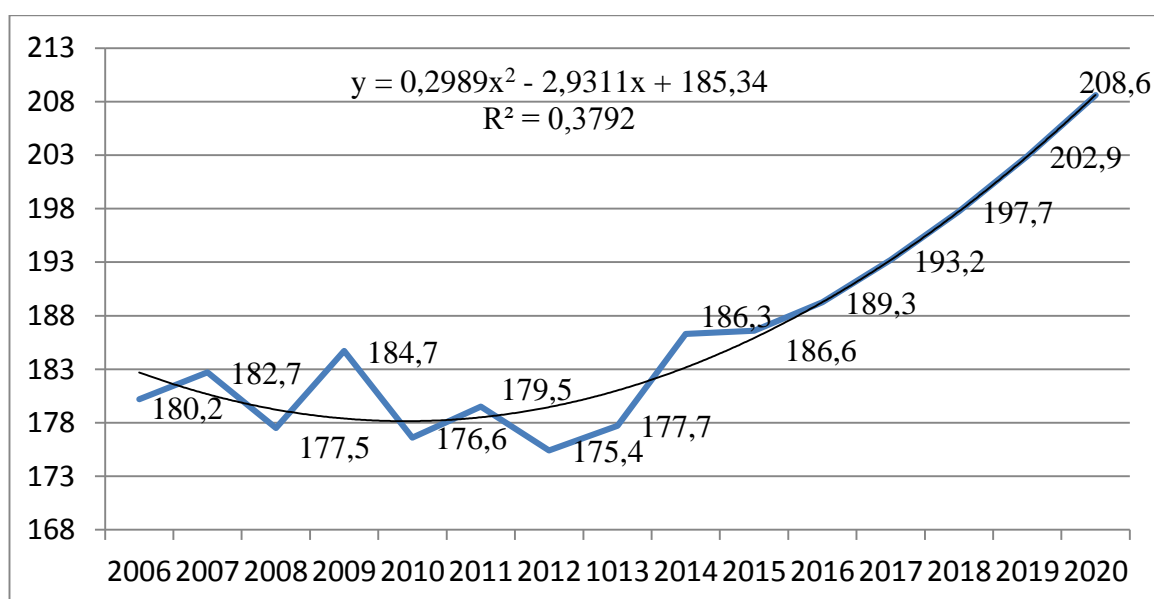


Рис. 6. Прогноз смертности при злокачественных новообразованиях в г. Уфе до 2020 г., на 100 тыс. населения

Возрастные показатели смертности свидетельствуют, что смертность возросла у лиц в возрасте до 20 лет и у лиц старше 70 лет. В остальных возрастных группах смертность снизилась (табл. 5).

**Динамика возрастных показателей смертности
от злокачественных новообразований за 2010-2015 гг.**

Показатели	Возрастные группы, лет						
	до 20 лет	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
Оба пола							
2010	2,2	8,2	27,7	77,0	257,9	609,6	942,9
2015	2,8	4,3	21,5	66,0	260,6	572,8	1098,7
Темп роста/ убыли, %	126,9	51,9	77,5	85,8	101,0	94,0	116,5
Мужчины							
2010	1,8	9,6	23,2	74,1	335,8	905,0	1449,8
2015	2,4	3,0	21,3	68,1	343,1	895,0	1708,6
Темп роста/ убыли, %	136,4	31,7	91,7	91,9	102,2	226,6	117,9
Женщины							
2010	2,73	7,4	31,9	79,4	199,0	400,3	724,4
2015	3,3	5,3	22,7	64,2	201,1	379,3	858,1
Темп роста/ убыли, %	120,9	71,6	71,2	80,9	101,1	94,8	118,5

В возрасте до 20 лет смертность за 2010-2015 гг. возросла с 2,2 до 2,8 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста, в возрасте старше 70 лет – с 942,9 до 1098,7 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста. Значительное снижение количества умерших от онкологических заболеваний произошло в возрастных группах 20-29 лет (на 48,1%) и 30-39 лет (на 32,5%). Среди мужского населения анализируемый показатель возрос в возрастной группе до 20 лет – с 1,8 до 2,4 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста, 70-79 лет – с 1449,8 до 1708,6 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста). Среди женщин смертность возросла также в возрастной группе до 20 лет – с 2,73 до 3,3 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста) и в возрастной группе старше 70 лет – с 724,4 до 858,1 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста).

Анализируя статистические данные по г. Уфе за 2010-2015 гг. установлено, что в структуре смертности от ЗН по нозологии в 2010 г. ранговые места распределились следующим образом: ЗН трахеи, бронхов и легкого (16,4%), желудка (10,2%), молочной железы (10,0%), ободочной кишки (7,6%), прямой кишки (7,1%). Кроме того, определили долю ЗН других женских половых органов (шейки матки, тела матки, яичника), которая в 2010 г. составила 7,6%. В 2015 г. доли ЗН трахеи, бронхов и легкого в структуре умерших от ЗН составили 15,6%, молочной железы – 10,4%, желудка (9,3%), ободочной кишки – 8,3%, прямой кишки – 7,1%, женских половых органов – 8,0% (рис. 7).

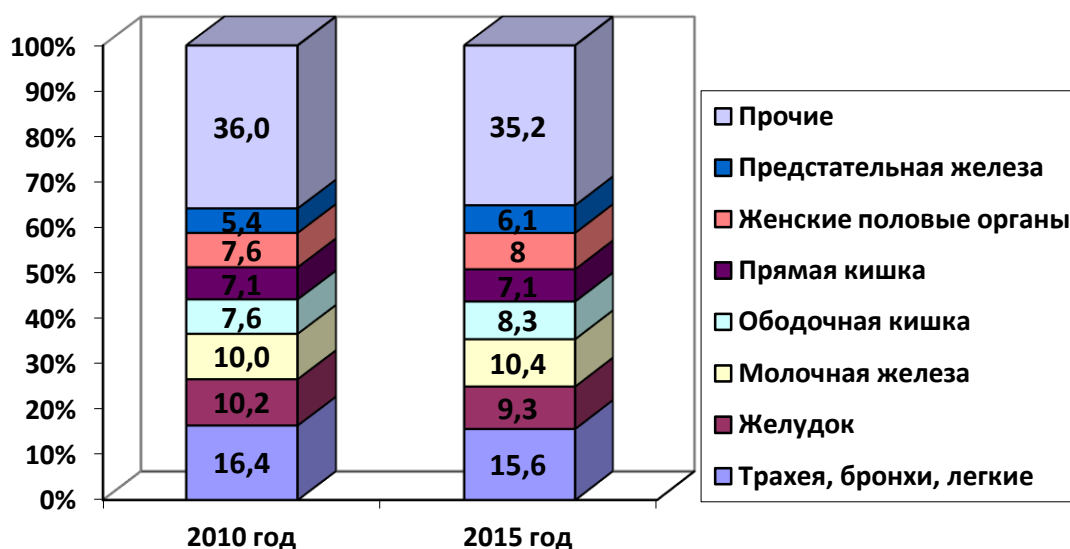


Рис. 7. Структура смертности от злокачественных новообразований в г. Уфе за 2010 и 2015 гг. %

Преобразование динамического ряда путем определения групповой средней величины позволило выявить динамику смертности от онкологических заболеваний отдельных локализаций. В целом смертность от онкологических заболеваний возросла с 177,2 до 186,6 на 100 тыс. человек (табл. 6).

Анализ показателей смертности по групповой средней позволил выявить, что заболеваемость ЗН желудка возрос в целом на 11,4%, ободочной

кишки – на 7,5%, поджелудочной железы – на 11,8%, трахеи, бронхов, легкого – на 5,5%, шейки матки – на 9,7%, предстательной железы – на 23,3%, кроветворной и лимфатической системы – на 9,5%.

Динамика смертности от злокачественных новообразований отдельной локализации процесса по возрастным группам выглядела следующим образом. Показатель смертности от ЗН желудка возрос у лиц в возрастной группе 50-59 лет – на 14,8% и старше 70 лет – на 90,7%.

Таблица 6

**Динамика смертности от злокачественных новообразований,
групповая средняя за 2010-2012 и 2013-2015гг., на 100 тыс.
соответствующего возраста**

Злокачественные новообразования	Годы	Всего по всем возрастам	Возрастные группы, лет						
			до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Все локализации, в том числе	2010-2012гг.	177,2	2,5	6,65	26,1	83,95	252,8	592,8	926,2
	2013-2015гг.	186,6	2,8	5,4	24,2	73,8	263,7	600,2	1032,0
	Темп роста/убыли	105,3	112,2	81,2	92,7	87,9	104,3	101,2	111,1
Желудок	2010-2012гг.	18,8	0	0,5	2,2	19,6	21,9	60,7	56,8
	2013-2015гг.	18,5	0,0	0,0	1,7	4,1	25,2	53,7	108,3
	Темп роста/убыли	98,4	0,0	0,0	77,3	20,7	114,8	88,5	190,7
Ободочная кишка	2010-2012гг.	13,4	0,0	0,0	1,0	3,6	10,2	42,1	91,9
	2013-2015гг.	14,4	0,0	0,5	1,2	2,6	12,9	43,3	106,2
	Темп роста/убыли	107,5	0,0	0,0	126,3	71,8	127,1	102,9	115,6
Прямая кишка	2010-2012гг.	13,4	0,0	0,0	1,0	4,8	14,1	38,8	84,1
	2013-2015гг.	12,7	0,0	0,0	1,2	4,6	12,5	35,2	76,4
	Темп роста/убыли	94,8	0,0	0,0	121,1	95,8	88,6	90,7	90,8
Поджелудочная железа	2010-2012гг.	10,2	0,0	0,3	0,3	2,8	14,1	35,7	59,7
	2013-2015гг.	11,4	0,0	0,0	0,6	4,4	17,4	38,8	60,3
	Темп роста/убыли	111,8	0,0	0,0	200,0	160,0	123,8	108,8	101,0

Продолжение табл.6

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Трахея, бронхи и легкие	2010-2012гг.	29,1	0,0	0,3	0,7	12,2	52,2	125,3	122,6
	2013-2015гг.	30,7	0,0	0,0	2,0	9,6	55,4	119,0	142,1
	Темп роста/убыли	105,5	0,0	0,0	67,0	79,0	106,0	95,0	115,9
Другие новообразования кожи	2010-2012гг.	2,6	0,0	0,0	0,3	0,4	1,0	1,2	2,8
	2013-2015гг.	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4	0,7	1,5	6,2
	Темп роста/убыли	30,8	0,0	0,0	0,0	100,0	65,0	120,8	223,6
Молочная железа	2010-2012гг.	17,8	0,0	0,3	4,5	13,7	27,6	48,3	74,4
	2013-2015гг.	17,5	0,3	2,0	4,0	21,2	41,8	85,6	46,3
	Темп роста/убыли	98,3	0,0	780,0	87,8	155,3	151,5	177,1	62,2
Шейка матки	2010-2012гг.	3,1	0,0	0,3	1,6	3,1	5,6	6,6	12,0
	2013-2015гг.	3,4	0,0	1,0	1,5	3,7	5,5	9,0	12,4
	Темп роста/убыли	109,7	0,0	380,0	93,5	119,4	98,2	136,6	103,3
Тело матки	2010-2012гг.	4,5	0,0	0,3	0,7	2,1	5,2	16,5	23,4
	2013-2015гг.	3,7	0,0	0,0	0,6	1,1	3,9	13,5	21,4
	Темп роста/убыли	82,1	0,0	0,0	92,3	52,4	74,0	81,8	91,2
Яичник	2010-2012гг.	5,7	0,0	0,0	0,9	5,6	10,8	16,3	23,1
	2013-2015гг.	5,5	0,0	0,3	0,3	3,7	11,3	17,2	22,0
	Темп роста/убыли	96,6	0,0	0,0	33,3	66,1	104,6	105,5	95,2
Предстательная железа	2010-2012гг.	7,3	0,0	0,0	0,0	0,4	5,3	27,5	57,1
	2013-2015гг.	9,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9	29,8	79,5
	Темп роста/убыли	123,3	0,0	0,0	0,0	0,0	55,2	108,6	139,4
Мочевой пузырь	2010-2012гг.	3,7	0,0	0,0	0,4	0,0	5,0	8,6	33,7
	2013-2015гг.	3,8	0,0	0,0	0,0	1,8	2,6	7,9	30,4
	Темп роста/убыли	102,7	0,0	0,0	0,0	0,0	52,5	91,9	90,2
Кроветворная и лимфатическая система	2010-2012гг.	9,4	0,7	1,0	1,0	3,5	7,5	21,9	21,7
	2013-2015гг.	10,3	1,1	0,7	2,3	2,6	9,7	31,1	39,1
	Темп роста/убыли	109,5	157,1	70,0	242,1	75,4	129,3	142,0	180,2

Характеризуя динамику смертности в результате ЗН ободочной кишки, следует отметить, что рост произошел в возрастной группе 30-39 лет – на 26,3%, 50-59 лет – на 27,1 % и в возрастной группе старше 70

лет – на 11,5%. При раке прямой кишки рост смертности произошел в возрастной группе 30-39 лет – на 26,3%. Смертность от рака поджелудочной железы выросла в возрастной группе 30-39 лет – в 2 раза, 40-49 лет – на 60,0%, 50-59 лет – на 23,8%, 60-69 лет – на 8,8%. Таким образом, наиболее неблагоприятная ситуация по смертности от онкологических заболеваний наблюдалась при ЗН поджелудочной железы, особенно в молодых возрастных группах.

Для ЗН трахеи, бронхов и легкого характерен рост показателя смертности в возрастных группах 50-59 лет (на 6,0%) и 70 лет и старше (на 15,9%). Рост смертности от ЗН других новообразований кожи возрос в возрастной группе 60-69 лет – на 20,8%, в возрасте 70 лет и старше – на 23,6%.

От ЗН молочной железы смертность возросла в молодых возрастных группах. Так, в возрастной группе 20-29 лет она возросла в несколько раз (с 0,3 до 2,0 случая в расчете на 100 тыс. человек соответствующего возраста), 40-49 лет – на 55,3%, 40-49 лет – на 51,5%, 60-69 лет – на 77,1%.

Значительный рост смертности в отдельных возрастных группах наблюдался при локализации ЗН в шейке матки: в возрастной группе 20-29 лет – почти в 4 раза, в возрасте 40-49 лет – на 19,4%, в возрасте 60-69 лет – на 36,6%.

При локализации рака в предстательной железе рост отмечался в основном в возрастной группе 60-69 лет – на 19,4%, в возрастной группе 70 лет и старше – на 36,6%.

Почти во всех возрастных группах отмечался рост смертности от ЗН кроветворной и лимфатической тканей. Так, в возрасте до 20 лет она возросла на 57,1%, в возрастной группе 30-39 лет – в 2,4 раза, 50-59 лет – на 29,3%, 60-69 лет – на 42,0%, в возрастной группе старше 70 лет – на 80,2%.

Резюме. Таким образом, смертность от онкологических заболеваний, так же как и заболеваемость среди лиц обоего пола по сравнению с 2010 г. возросла на 7,9%, среди мужчин – на 3,7%, среди женщин – 3,8%.

В структуре смертности от ЗН по нозологии в 2010 г. ранговые места распределились следующим образом: ЗН трахеи, бронхов и легкого (16,4%), желудок (10,2%), молочная железа (10,0%), ободочная кишка (7,6%), прямая кишка (7,1%). В 2015 г. Злокачественные новообразования трахеи, бронхов и легкого в структуре умерших от ЗН заняли 15,6%, грудной железы – 10,4%, желудка (9,3%), ободочной кишки – 8,3%, прямой кишки – 7,1%, женских половых органов – 8,0%.

Преобразование динамического ряда путем определения групповой средней величины позволило выявить динамику смертности от онкологических заболеваний отдельных локализаций. В целом смертность от онкологических заболеваний возросла с 177,2 до 186,6 случая в расчете на 100 тыс. человек.

Анализ показателей смертности по групповой средней позволил выявить, что заболеваемость ЗН желудка возросла в целом на 11,4%, ободочной кишки – на 7,5%, поджелудочной железы – на 11,8%, трахеи, бронхов, легкого – на 5,5%, шейки матки – на 9,7%, предстательной железы – на 23,3%, кроветворной и лимфатической систем – на 9,5%. Наиболее неблагоприятная ситуация по смертности от онкологических заболеваний в молодых возрастных группах наблюдались при ЗН поджелудочной железы, молочной железы, шейки матки, кроветворной и лимфатической тканей.

4. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ОЦЕНКА УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТОВ

Практический опыт свидетельствует о том, что профилактика, соблюдение определенных условий, ранняя диагностика могут предотвратить или купировать на ранней стадии эти заболевания. Социально значимые заболевания имеют явно выраженную зависимость от социальных факторов среды обитания человека. Практически факторы риска можно рассматривать как индикаторы неблагополучия среды обитания. Однако и поведенческие факторы играют немаловажную роль в развитии онкологического заболевания.

4.1. Медико-социальная характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями

Поликлиника № 38 г. Уфы обслуживает население северной части города, где в основном население занято на объектах нефтепереработки, строительства, транспорта и на других промышленных предприятиях. Для медико-социальной характеристики пациентов взято под наблюдение 894 пациента, состоящие на диспансерном наблюдении на начало года.

Сбор данных из медицинских карт пациентов показал, что среди пациентов отмечается высокая распространенность сопутствующих заболеваний органов и систем. На 100 обследованных пациентов пришлось 358,7 заболевания, среди мужчин несколько больше (412,9 случая в расчете на 100 обследованных), чем среди женщин (399,0 случаев в расчете на 100 обследованных) (табл. 7). Наиболее распространенными заболеваниями

оказались гипертоническая болезнь (56,2 случая в расчете на 100 обследованных), ишемическая болезнь сердца (53,0 случаев в расчете на 100 обследованных), цереброваскулярные болезни (37,2 случая в расчете на 100 обследованных), болезни желудка и 12-ти перстной кишки (36,6 случая в расчете на 100 обследованных), остеоартроз и остеоартриты (25,9 случая в расчете на 100 обследованных), сахарный диабет (30,2 случая в расчете на 100 обследованных) и др.

Таблица 7

Распространенность сопутствующих заболеваний среди пациентов с онкологическими заболеваниями, на 100 обследованных

Заболевания	Мужчины	Женщины	Оба пола
Гипертоническая болезнь	55,6	58,4	56,2
Ишемическая болезнь сердца	58,0	49,0	53,0
Цереброваскулярные болезни	32,5	41,6	37,0
Хронический бронхит	36,3	25,9	31,4
Болезни желудка и 12-перстной кишки	48,0	25,6	36,6
Болезни печени	26,3	15,9	21,4
Болезни почек	25,6	12,0	17,3
Остеоартроз, артрит	23,5	27,4	25,9
Сахарный диабет	22,5	19,9	21,4
Болезни половых органов	35,4	25,0	28,5
Прочие болезни	55,6	34,7	30,5
Всего заболеваний	412,9	343,0	358,7

Среди мужчин часто регистрировались ишемическая болезнь (58,0 случаев на 100 обследованных), болезнь желудка и 12-перстной кишки (48,0 случаев в расчете на 100 обследованных), болезни половых органов (35,4 случая в расчете на 100 обследованных).

В структуре сопутствующих заболеваний 40,7% приходится на болезни системы кровообращения, 13,0% – болезни желудка и 12-перстной кишки, 12,8% – болезни суставов, 11,5% – на сахарный диабет и др.

Изучение состояния здоровья пациентов в зависимости от стадии онкологического заболевания выявило, что у пациентов с III-IV стадиями заболевания была выше распространенность сопутствующих заболеваний

(510,0 случаев в расчете на 100 обследованных), в основном болезни системы кровообращения (158,4 случая в расчете на 100 обследованных, 31,0%), болезни органов пищеварения (94,5 случая в расчете на 100 обследованных, 18,5%), сахарный диабет (42,5 случая в расчете на 100 обследованных, 13,7%) и прочие.

Среди обследованных инвалидность имели 72,0% пациентов. Распределение инвалидов по группам инвалидности показало, что 61,3% имели третью группу инвалидности, 37,8% – вторую группу и 1,0% – первую группу инвалидности (рис. 8).

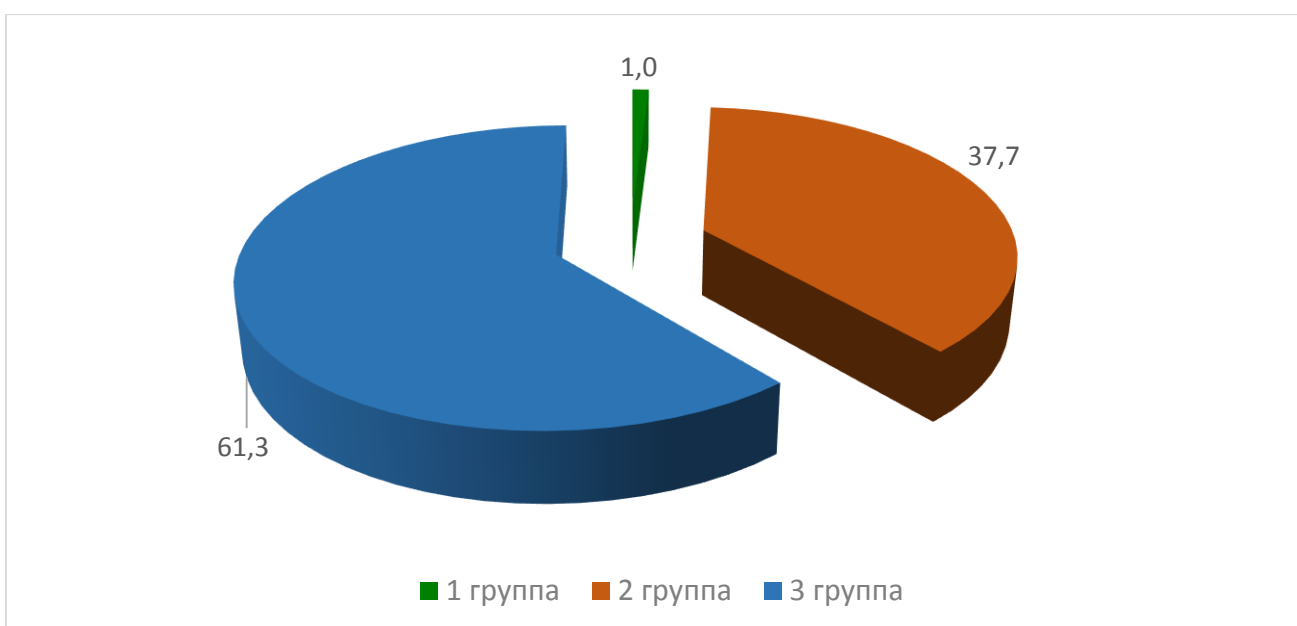


Рис. 8. Структура пациентов с онкологическими заболеваниями по группам инвалидности, %

Пациенты с III-IV стадиями заболевания большинство имели инвалидность (92,0%). Среди них 15,0% имели первую группу инвалидности, 55,0% - вторую группу и 30,0% - третью группу инвалидности.

4.2. Социально-гигиеническая характеристика пациентов с онкологическими заболеваниями

Изучение образа жизни пациентов проводилось с помощью анкетирования. Анкетированием было охвачено 680 человек. В проведении анкетирования не включили пациентов с ЗН кожи исходя из того, что исследованиями доказаны вероятностные факторы ЗН кожи. Известно, что эти пациенты снимаются с диспансерного наблюдения.

Из числа опрошенных 280 составили мужчины (41,2%) и 400 человек – женщины (58,8%). Вопросы анкеты были направлены на изучение условий и образа жизни пациента. В исследование не включали лиц старше 75 лет.

В связи с тем, что образ и условия жизни мужчин и женщин отличаются, была разработана анкета отдельно для мужчин и женщин. Анкета для мужчин состояла из 86 вопросов, анкета для женщин из 96 вопросов.

Среди принявших участие в опросе большинство пациентов были в возрастных группах 65-69 лет и 70-74 года (в двух возрастных группах 43,1%). Другими возрастными группами, занявшими 14,4 и 13,2%, были 55-59 лет и 60-64 года (табл. 8).

Средний возраст мужчин составил $66,9 \pm 0,7$ года, женщин – $68,8 \pm 0,4$ года. Анализ образовательного уровня респондентов показал, что большинство имеют среднее специальное образование (45,8%), пятая часть – высшее образование (22,8%). Среднее общее образование имели 19,4% опрошенных, неоконченное высшее – 2,6% и неполное среднее образование – 4,7%. Состояли в первом браке 41,2%, во втором браке 22,6%, не состояли в браке – 12,0%, разведены – 8,2%, были вдовыми – 16,0%. Среди мужчин 56,3% состояли в первом браке, 19,9% - во втором браке, 9,3% – не состояли в браке, 8,6% – были разведены, 5,9% – оказались вдовцами.

**Распределение пациентов с онкологическими заболеваниями
по полу и возрасту на момент опроса**

Возрастные группы, лет	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
20-24	1	0,4	3	0,8	4	0,6
25-29	6	2,1	3	0,8	9	1,3
30-34	2	0,7	12	3,0	14	2,1
35-39	7	2,5	12	3,0	19	2,8
40-44	8	2,9	20	5,0	28	4,1
45-49	18	6,4	30	7,5	48	7,1
50-54	35	12,5	42	10,5	77	11,3
55-59	48	17,1	50	12,5	98	14,4
60-64	38	13,6	52	13,0	90	13,2
65-69	60	21,4	81	20,3	141	20,7
70-74	57	20,4	95	23,8	152	22,4
Всего ...	280	100	400	100	680	100

Среди женщин состояли в первом браке 42,2%, во втором браке – 11,5%, не состояли в браке – 14,3%, разведены – 11,5% и были вдовыми – 20,5% (рис. 9).

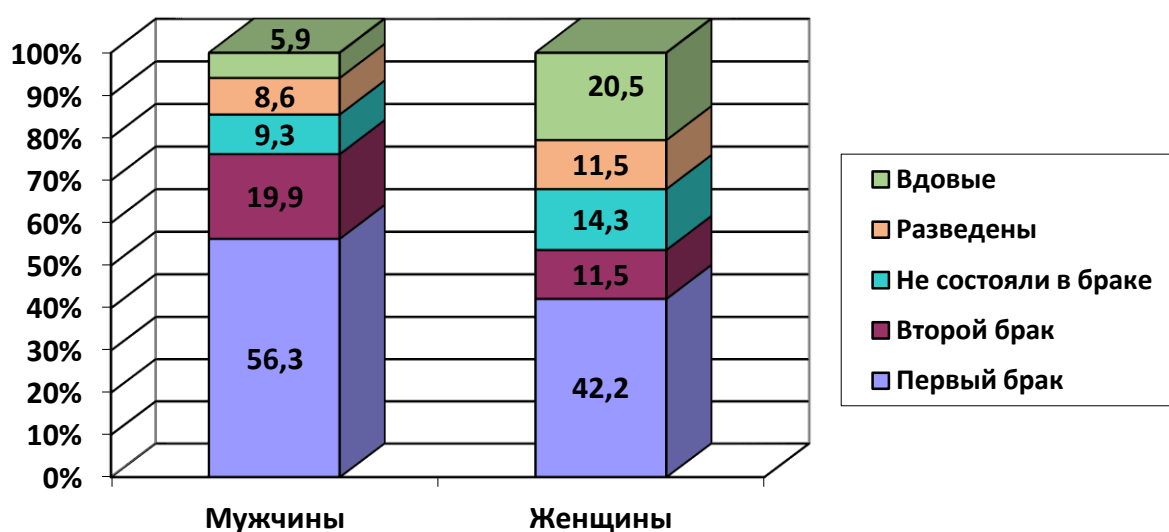


Рис. 9. Структура респондентов по семейному положению, %

Анамнез трудовой деятельности пациентов показал, что среди мужчин, работавших в промышленных предприятиях, оказалось 30,7%, строительных объектах работали 16,4%, в торговле – 14,3%, в транспортных объектах – 9,6% и т.д. Среди женщин неработающих было 20,2%, среди работающих большинство работали в торговых объектах (20,2%), в строительстве – 14,6%, в сфере образования были заняты 7,3%, в здравоохранении – 5,4% и т.д.

Среди работающих пациентов 31,2% среди мужчин и 39,5% среди женщин составили рабочие, соответственно 24,4% и 22,2% – служащие, 6,4% мужчин были предпринимателями.

На момент обследования работающих пациентов было 35,0%. Продолжали работать в основном пациенты с I-II стадиями заболевания, среди них работал каждый второй, с III-IV стадиями – каждый десятый.

По общему стажу работы опрошенные распределились следующим образом: среди работающих мужчин имели общий стаж работы до 10 лет 16,8%, свыше 10 лет – 83,2%, среди женщин соответственно 15,4 и 84,6%.

Высоким уровень дохода отметили 17,2% опрошенных (10,0% мужчин и 24,0% женщин), низким – 39,8% (48,6% мужчин и 39,4% - женщин). Источниками дохода большинство мужчин указали зарплату, женщины на зарплату и на пенсию. Среди мужчин уровень дохода высоким оценили работающие на предприятиях и предприниматели, среди женщин – работающие в торговле, строительстве, здравоохранении (табл. 9).

Долю случаев рака, причинно-связанного с профессиональным воздействием, оценить трудно, но по имеющимся в литературе данным в развитых странах она составляет до 5,0% всех злокачественных новообразований.

Воздействию профессиональных вредностей по данным респондентов подвергались больше мужчины, чем женщины, – 40,7% против 33,3%. Респонденты, имеющие контакт с вредными факторами производства, чаще указывали на воздействие вредных химических веществ – 34,5%

(43,5% мужчин и 25,2% женщин), вредных условий работы в строительстве - 15,5% (16,0% мужчин и 14,6% женщин), взвешенных веществ - 26,4% (32,8% мужчин и 20,2% женщин), работа, в условиях повышенной температуры – 18,0% (5,0% мужчин и 10,9% – женщин), работу в условиях низкой температуры – 16,9% (26,6% мужчин 12,1% – женщин). Кроме того, 24,9% подвергались воздействию вибрации и шума (среди мужчин таких было 36,7%, среди женщин –13,2%) .

Таблица 9

**Социально-гигиеническая характеристика пациентов
с онкологическими заболеваниями**

Учетные признаки	Ответ	Мужчины (280 пациентов)	Женщины (400 пациентов)
1	2	3	4
Доход Вашей семьи	высокий	10,0	24,0
	средний	42,9	36,6
	низкий	48,6	39,4
Наличие вредных факторов на работе	да	40,7	33,0
	нет	59,3	67,0
Наличие нервно-эмоциональных стрессов на работе	да	50,7	32,9
	нет	49,3	67,1
Жилищные условия	хорошие	34,3	47,5
	стесненные	65,7	52,5
Взаимоотношения в семье	дружеские, ссоры бывают редко, только по серьезным причинам	39,3	49,2
	бывают частые ссоры, скандалы	60,1	50,8
Курение	да	67,6	23,4
	нет	32,4	76,6
Продолжительность курения	до 5 лет	2,1	12,5
	5-10 лет	41,8	62,8
	более 10 лет	56,1	24,7
Количество выкуриваемых сигарет в день	в день до 10 сигарет	20,4	51,5
	в день 10-20 сигарет	39,2	25,4
	больше 20 сигарет	40,4	23,1
Употребление алкоголя	да	76,8	76,2
	нет	23,2	

Продолжение табл.9

1	2	3	4
Периодичность употребления алкоголя	ежедневно	12,5	8,7
	1-2 раза/неделю	55,7	26,2
	3-4 раза в неделю	21,4	21,7
	по праздникам	10,4	43,5
Режим питания	соблюдали	20,0	23,1
	старались соблюдать, но не всегда получалось	27,9	45,0
	не соблюдал	52,1	31,9
Какая пища преобладала (преобладает) в рационе?	жирная	39,3	39,8
	постная	20,0	18,5
	и то и другое	44,3	41,7
Употребление острой пищи	часто	42,9	51,0
	редко	33,6	37,4
	не употреблял	23,6	11,6
Присутствие овощей и фруктов в рационе питания в достаточном (на Ваш взгляд) количестве	да	27,9	35,0
	недостаточно	39,3	25,0
	нет	32,9	40,0
Наличие онкопатологий у близких родственников	да	34,3	27,9
	нет	65,7	72,1
Количество хронических заболеваний	1-2	37,5	36,5
	3 и более	62,5	63,5
Частота обострения хронического заболевания	один раз/год	7,1	8,7
	два раза/год	27,9	32,1
	три раза/год и чаще	65,0	59,2
Частота обращения в поликлинику	не обращались в поликлинику с профилактической целью в последние 3 года	57,8	35,5
	не обращались в поликлинику с профилактической целью в течение последних 3-х лет	54,6	37,7
Прохождения диагностических исследований (лабораторные, функциональные, УЗИ, МРТ)	не проходили в течение последних трех лет	58,6	50,8
Прохождение медосмотра за последние 3 года	не проходили	66,4	65,8

1	2	3	4
Прохождение флюорографии за последние 3 года (или другое рентгенологическое обследование)	не проходили	59,6	49,4
Прохождение маммографии в течение последних 3 года	не проходила		56,4
Использование гормональных контрацептивов	да		52,0

Кроме наличия профессиональной вредности, 42,5% респондентов указали на наличие нервно-эмоционального напряжения на работе (50,7% мужчин и 32,9% женщин).

Частые ссоры и конфликты в семье отметили около 55,0% опрошенных (среди мужчин 60,1%, среди женщин 50,8%). Причиной частых конфликтов в семье респонденты считают частое потребление алкоголя как мужа так и жены (72,5%), а также низкий доход семьи (52,8%).

Среди обследованных не соблюдали режим питания 42,2% респондентов (52,1% мужчин и 31,9% женщин). Большинство (около 40,0%) из них принимали пищу до 4 раз в день, 3 раза в день – 35,6%, 2 раза – 19,2%, 5 раз – 3,3%, более чаще – 1,9%. Питались в основном дома 35,6% опрошенных, в общепите или на работе – 41,0%, остальные питались по-разному. Чаще питались в общепите мужчины (36,4%), чем женщины (20,2%).

По мнению респондентов, рацион питания был регулярным и разнообразным у 33,9% мужчин и 37,1% женщин, нерегулярным и однообразным у 39,3% и у 41,3% соответственно. Употребляли часто жирную пищу 39,3% мужчин и 39,8% женщин, часто острую пищу – 42,9% и 51,0% соответственно. Употребляли свежие овощи и фрукты в достаточном количестве 27,9% мужчин и 35,0% женщин, не употребляли 32,9% и 25,0%, употребляли редко 39,3% и 40,0%.

Курение сигарет является причиной 25-30% всех случаев злокачественных опухолей. Материалы исследования позволили установить, что курили 45,7% респондентов, курящих мужчин среди них было 67,6%, женщин 23,4%. Среди курящих продолжительность курения более 10 лет отметили 56,1% мужчин и 24,7% женщин. Выкуривали в день до 10 сигарет 20,4% мужчин и 51,5% женщин, в день от 10 до 20 сигарет – соответственно 39,2% мужчин и 25,4% женщин и более 20 сигарет – 40,4% мужчин и 23,1% женщин.

Результаты некоторых исследований доказывают воздействие алкоголя на заболеваемость раком некоторых локализаций. Так, чрезмерное потребление алкогольных напитков повышает риск развития рака полости рта, глотки, гортани, пищевода, желудка, печени, поджелудочной железы, ободочной и прямой кишки, молочной железы. Среди пациентов с онкозаболеваниями употребляли алкоголь до заболевания 75,9 %, в том числе 76,8% мужчин (из них 41,3% предпочитали пиво) и 75,5 % женщин (59,2 % – вино). Среди мужчин 10,4%, среди женщин – 43,5 % указали, что алкогольные напитки употребляли только по праздникам. Однако 12,5 % мужчин и 8,7% женщин употребляли их ежедневно, 21,4 % и 21,7 % соответственно 3-4 раза в неделю.

Кроме того, 34,3% мужчин и 27,9% женщин отметили наличие онкологических заболеваний у близких родственников.

Изучение медицинской активности до заболевания показало, что не обращались в поликлинику с профилактической целью 57,8% мужчин и 35,5% - женщин, не обращались при появлении жалоб – 54,6% мужчин и 37,7% женщин и при появлении жалоб – половина обследованных пациентов 53,2% (58,6% мужчин и 47,7% женщин). В то же время в анкетах было отмечено, что 27,8% мужчин и 33,8% женщин 1 раз в год посещали поликлинику, соответственно 13,6% и 18,8% – 2 раза в год.

Диагностические исследования (лабораторные, УЗИ, МРТ, КТ) не проходили в течение последних трех лет 58,6% мужчин и 50,8% женщин,

проходили 1 раз в год 15,6% мужчин и 24,2% женщин, проходили редко (1 раз в течение 2-3 лет) 25,8% мужчин и 25,0% женщин.

Выявлена низкая медицинская активность и в плане прохождения медицинских осмотров. В течение года не проходили его две трети обследованных (66,4% мужчин и 65,8% женщин).

Для социально-гигиенической характеристики женщин в анкете были предусмотрены вопросы об их репродуктивной функции и репродуктивного поведения. Исследования показали, что у 37,7% были одни роды, у 31,7% – двое родов и у 14,2% – трое родов. Не было родов у 16,3% женщин. Три и более аборта в анамнезе имели 56,4% опрошенных женщин. Применение гормональных контрацептивов отметили половина женщин (51,8%). Выявлен низкий уровень медицинской активности женщин. Так, 44,6% женщин отметили, что не посещали акушера-гинеколога в течение последних трех лет, 44,2% посетили 1 раз за год. Лишь 6,7% посетили акушера-гинеколога 2-3 раза в год.

Для выяснения вероятностных факторов риска онкологических заболеваний нами проведено изучение образа и условий жизни пациентов, обратившихся в поликлинику с профилактической целью (контрольная группа).

В числе вошедших в обследование было 315 мужчин (35,0%), остальные женщины (585 женщин – 65,0%).

По возрасту пациенты распределились следующим образом: наибольшую возрастную группу составили лица в 55-59 лет (19,1%), 50-54 года (17,7%), 60-64 года (14,6%).

Среди мужчин пятая часть респондентов находилась в возрастной группе 55-59 лет, одинакова доля пациентов в возрастных группах 50-54 и 60-64 года.

Для определения относительного риска (ОР) развития онкологических заболеваний и оценки его статистической значимости нами сопоставлены частота встречаемости 29 факторов среди мужчин основной и контрольной групп и 33 факторов среди женщин основной и контрольной

групп. Достоверность разницы между факторами риска основной и контрольной групп определена по доверительному интервалу (ДИ). Значение ДИ больше единицы свидетельствует о наличии статистически значимых различий.

Было установлено, что среди мужчин основной группы (пациенты с онкологическими заболеваниями) статистически значимое значение фактора риска по сравнению с контрольной группой выявлено при низком доходе семьи (ниже прожиточного минимума) 48,6% и 32,4% (ОР=1,5; ДИ 1,23-1,99); наличие вредных производственных факторов на работе – 60,7% и 49,5% (ОР=1,22, ДИ 1,05-1,42).

Наиболее значимыми факторами риска возникновения онкологических заболеваний оказались жилищно-бытовые условия и благополучие в семье.

Так, стесненные жилищные условия отметили 65,7% основной и 43,5% контрольной группы (ОР=1,51, ДИ 1,29-1,76), неблагополучие семьи – соответственно 55,4% и 30,8% соответственно (ОР=1,80, ДИ 1,48-2,19) и т.д.

Следующими наиболее существенными факторами риска оказались факторы питания (табл. 10).

Существенное значение относительного риска онкологических заболеваний имели: избыточная масса тела 76,7% и 60,3% (ОР=1,3; ДИ 1,21-2,23), наличие онкологических заболеваний у близких родственников 25,6% и 18,2% (ОР= 1,4, ДИ 1,08-1,78), низкая медицинская активность (редкое – 1 раз в течение 3-4-х лет прохождения медицинских осмотров и диагностических исследований) – 67,9% и 37,5% (ОР=1,8; ДИ 1,68-3,46); курение – 70,0% и 56,3% (ОР=1,24; ДИ 1,1-1,41) и др.

**Частота встречаемости фактора нерационального питания
как риска онкологических заболеваний**

Факторы риска		Частота встречаемости, %				ОР	ДИ
		Основная группа		Контрольная группа			
		абс.ч.	%	абс.ч.	%		
Характер питания	1.Регулярно и однообразно	95	33,9	198	62,9	0,54	0,45-0,65
	2.Нерегулярно, однообразно	110	39,3	78	24,8	1,59	1,24-2,02
	3.По разному	75	26,8	39	12,4	2,16	1,52-3,08
Режим питания	1.Соблюдал (ю)	56	20,0	96	30,5	0,60	0,49-0,87
	2.Старался (стараюсь) соблюдать, но не всегда получался (получается)	78	27,9	118	37,5	0,74	0,59-0,94
	4. Не соблюдал (не соблюдаю)	146	52,1	101	32,1	1,62	1,34-1,98
Место, где чаще питались (питаетесь)	1.Дома	110	39,3	138	43,8	0,89	0,73-1,09
	2.В общепите	46	16,4	78	24,8	0,66	0,47-0,91
	3.По разному	124	44,3	99	31,4	1,41	1,14-1,72
Какая пища преобладала (преобладает) в рационе?	1.Жирная, соленая, копченая	110	39,3	78	24,8	1,59	1,25-2,02
	2.Постная	56	20,0	87	27,6	0,72	0,54-0,97
	3. И то и другое	124	44,3	150	47,6	0,93	0,78-1,01
Употребление острой пищи	1.Часто	120	42,9	94	29,8	1,44	1,16-1,78
	2.Редко	94	33,6	125	39,7	0,85	0,68-1,05
	3.Не употребляю	66	23,6	96	30,5	0,77	0,59-1,01
Присутствие овощей и фруктов в рационе питания в достаточном (на Ваш взгляд) количестве?	1.Да	78	27,9	122	38,7	0,72	0,57-0,91
	2.Недостаточно	110	39,3	96	30,5	1,29	1,03-1,61
	3.Нет	92	32,9	97	30,8	1,07	0,84-1,35

На основе изучения факторов риска онкологических заболеваний среди женщин выяснили, что наиболее значимыми среди анализированных нами факторов были: доход семьи ниже прожиточного минимума 39,4% и 25,2% (ОР=1,5; ДИ 1,41-2,17), контакт с вредными факторами производства – 43,3% и 30,4% (ОР=1,42; ДИ 1,23-1,67), наличие нервно-эмоционального стресса на работе (ОР=1,26, ДИ 1,11-1,43). Риск был высоким у часто потребляющих алкоголь 43,5% и 28,4% (ОР=1,53, ДИ 1,33-1,60), у лиц с частыми конфликтами в семье – 50,8% и 31,5% (ОР=1,61; ДИ 1,39-1,87), у питающихся нерегулярно и однообразно (ОР=1,37, ДИ 1,17-1,61), у не соблюдающих режим питания (ОР=1,71, ДИ 1,39-2,12), у часто потребляющих острую пищу (ОР=1,61, ДИ 1,38-1,87), при наличии онкологических заболеваний у близких родственников 24,8% и 17,4% (ОР=1,41, ДИ 1,10-1,68).

Среди медицинских факторов, имеющих достоверное значение, оказались: редкое обращение в поликлинику (1 раз в течение 2-3-х лет) – 37,7% и 18,3% (ОР=2,06; ДИ 1,68-2,53), не прохождение медосмотра в течение года – 65,8% и 41,7% (ОР=1,58; ДИ 1,41-1,77) и маммографии – 78,5% и 52,8% (ОР=1,5; ДИ 1,95-3,34), частые аборт – 55,0% и 23,4% (ОР=2,34; 1,99-2,77), редкое посещение врача акушера-гинеколога – 24,6% и 16,2% (ОР=1,99-2,77) (табл. 11).

Таблица 11

Медицинские факторы риска онкологических заболеваний у женщин

Вопросы	Ответ	Основная группа n=400		Контроль- ная группа n=585		ОР	ДИ
		абс.ч.	%	абс.ч.	%		
1	2	3	4	5	6	7	8
Обращения в поликлинику в течение года	1 раз в год	82	20,4	180	30,8	0,66	0,54-0,82
	2 раза в год	75	18,8	220	37,6	0,50	0,41-0,62
	1 раз в 2-3 года	151	37,7	107	18,3	2,06	1,68-2,53
	не обращались	92	23,1	78	13,3	1,73	1,33-2,24

Продолжение табл.11

1	2	3	4	5	6	7	8
Прохождение обследований в течение года (лабораторные, функциональные, УЗИ, МРТ)	1 раз в год	137	34,2	256	43,8	0,78	0,66-0,92
	2 раза в год	43	10,8	178	30,4	0,35	0,26-0,48
	1 раз в 2-3 года	128	31,9	52	8,9	3,6	2,68-4,85
	не проходила	92	23,1	99	16,9	1,36	1,05-1,75
Прохождения медосмотра в течение года	да	137	34,2	341	58,3	0,59	0,51-0,67
	нет	263	65,8	244	41,7	1,58	1,41-1,77
Прохождение маммографии	не проходила	12	3,0	26	4,4	1,46	0,56-1,37
	раз в 3-4 года	314	78,5	309	52,8	1,5	1,95-3,34
	раз в 2 года	60	15,0	230	39,3	0,38	0,30-0,48
	ежегодно	14	3,5	20	3,4	1,0	0,54-1,27
Количество родов	1	151	37,7	189	32,3	1,17	0,99-1,37
	2	127	31,7	215	36,8	0,86	0,73-1,02
	3 и более	57	14,2	76	13,0	1,1	0,81-1,47
	не было	65	16,3	105	17,9	0,91	0,70-1,18
Количество аборт	1	60	15,0	228	39,0	0,38	0,31-0,48
	2	120	30,0	220	37,6	0,80	0,67-0,94
	3 и более	220	55,0	137	23,4	2,34	1,99-2,77
Применение гормональных контрацептивов	да	205	51,3	310	53,0	0,97	0,86-1,08
	нет	195	48,7	275	47,0	1,03	0,91-1,17
Частота посещения акушера-гинеколога по поводу заболеваний	не посещала	98	24,5	118	20,2	1,21	0,97-1,51
	один раз в год	177	44,2	196	33,5	1,32	1,14-1,53
	2-3 раза в год	27	6,7	176	30,1	0,22	0,16-0,32
	один раз в последние 2-3 года	98	24,6	95	16,2	1,52	1,19-1,92

Установление статистически значимых различий в частоте встречаемости факторов риска онкопатологии методом вычисления относительного риска позволило их использовать в построении прогностической таблицы отдельно для мужчин и для женщин (табл. 12). Были определены нормированный интенсивный показатель (НИП), его весовой коэффициент R и прогностический коэффициент (X).

Из представленных 18 статистически значимых факторов риска онкопатологии были выявлены такие, которые имели наибольшие весовые коэффициенты: редкое прохождение диагностических исследований ($R=2,88$), низкий уровень дохода в семье ($R=2,68$), не регулярное и однообразное питание ($R=2,03$), частое употребление алкоголя ($R=1,87$), плохие взаимоотношения в семье ($R=1,86$), курение ($R=1,45$).

Таблица 12

Прогностическая таблица для оценки риска возникновения злокачественных заболеваний среди мужчин

Факторы риска	Градация факторов	НИП N	Весовой коэффициент R	Прогностический коэффициент X
1	2	3	4	5
Уровень дохода Вашей семьи	высокий	0,50	2,68	1,34
	средний	0,97		2,59
	низкий	1,34		3,58
Жилищные условия	хорошие	0,74	1,64	1,22
	стесненные	1,22		2,00
Взаимоотношения в семье	дружеские, ссоры бывают редко, только по серьезным причинам	0,72	1,86	1,34
	бывают частые ссоры, скандалы	1,34		2,49
Степень благополучия семьи	благополучная	0,77	1,69	1,31
	неблагополучная	1,31		2,21
Характер питания	регулярно и однообразно	0,69	2,03	1,40
	нерегулярно, однообразно	1,24		2,52
	по-разному	1,40		2,84
Наличие профессиональной вредности	да	1,11	1,27	1,41
	нет	0,87		1,10
Число хронических заболеваний	1-2	0,77	1,59	1,22
	3 и более	1,22		1,94
Курение	да	1,12	1,45	1,62
	нет	0,77		1,11

Продолжение табл. 12

1	2	3	4	5
Частое употребление алкоголя	да	1,20	1,87	2,25
	нет	0,64		1,20
Режим питания	соблюдаю	0,78	1,61	1,26
	стараюсь соблюдать, но не всегда получается	0,84		1,36
	не соблюдаю	1,25		2,02
Место питания	дома	0,94	1,25	1,18
	в общепите	0,79		0,98
	по-разному	1,18		1,48
ИМТ	норма	0,78	1,73	1,34
	ожирение 1-й степени	1,16		2,00
	ожирение 2-й степени	0,89		1,54
	ожирение 3-й степени	1,34		2,33
Наличие у близких родственников онкопатологии	да	1,17	1,26	1,48
	нет	0,93		1,17
Наличие хронических заболеваний	желудка	1,19	1,22	1,45
	предстательной железы	0,99		1,21
	мочевого пузыря	0,99		1,20
	почки	1,12		1,37
	трахеи, бронхов и легкого	1,21		1,47
Частота обращения в поликлинику	раз в год	0,85	1,49	1,26
	2 раза в год	0,88		1,31
	1 раз в 2-3 года	1,01		1,50
	не обращаюсь	1,26		1,87
Частота диагностических исследований (лабораторные, функциональные, УЗИ, МРТ)	1 раз в год	0,52	2,88	1,50
	2 раза в год	1,18		3,40
	1 раз в 2-3 года	1,20		3,45
	не проходил	1,50		4,33
Прохождение медицинского осмотра ежегодно	да	0,96	1,07	1,03
	нет	1,02		1,09

1	2	3	4	5
Частота прохождения флюорографии (или другое рентгенологическое обследование)	не проходил	1,35	1,58	2,13
	раз в 3-4 года	0,85		1,35
	раз в 2 года	0,92		1,45
	ежегодно	0,91		1,43

Для интегральной оценки факторов риска возникновения онкопатологии необходимо определить возможный диапазон значений риска по комплексу взятых факторов. Определение возможного диапазона риска проводилось по формуле:

$$R_0 = \Sigma X / \Sigma R,$$

где ΣX – сумма самых минимальных (или максимальных) значений прогностических коэффициентов по каждому фактору, ΣR – сумма весовых коэффициентов. Найденная величина и будет являться начальным и конечным значением интервала риска.

В нашем случае:

$$R_{\min} = \frac{21,25}{30,17} = 0,70, \quad R_{\max} = \frac{48,01}{30,17} = 1,59$$

Диапазон риска возникновения онкопатологии находится в пределах 0,70-1,59. Весь интервал разделен на три группы прогноза: группа благоприятного прогноза (0,70-0,99), группа внимания (1,00-1,29) и группа неблагоприятного прогноза (1,30-1,58) (таблица 13).

Таблица 13

**Пороговые значения прогностических коэффициентов риска
возникновения онкологических заболеваний у мужчин**

Группы риска	Интервал прогностических коэффициентов	Группа прогноза
Наименьшая вероятность риска	0,70-0,99	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность риска	1,00-1,29	Группа внимания
Наивысшая вероятность риска	1,30-1,58	Неблагоприятный прогноз

В отличие от мужчин, у которых выявлено 18 статистически значимых факторов риска онкопатологии, у женщин их оказалось 22 (табл. 14).

Таблица 14

Прогностическая таблица для оценки риска возникновения злокачественных заболеваний среди женщин

Признаки	Значение признака	НИП N	Весовой коэффициент R	Прогности- ческий ко- эффициент X
1	2	3	4	5
Уровень дохода семьи	высокий	0,72	1,96	1,40
	средний	0,92		1,81
	низкий	1,41		2,76
Взаимоотношения в семье	дружеские, ссоры бывают редко, только по серьезным причинам	0,81	1,59	1,29
	бывают частые ссоры, скандалы	1,29		2,05
Степень благополучия семьи	благополучная	0,84	1,35	1,13
	неблагополучная	1,13		1,52
Характер питания	регулярно и разнообразно	0,82	1,45	1,19
	нерегулярно, однообразно	1,19		1,73
	По-разному	1,11		1,54
Наличие профессиональной вредности	да	1,21	1,38	1,67
	нет	0,88		1,22
Работа связана с нервно-эмоциональным напряжением	да	1,14	1,30	1,49
	нет	0,88		1,14
Число имеющих хронических заболеваний	1-2	0,98	1,03	1,01
	3 и более	1,01		1,04
Курение	да	1,27	1,15	1,46
	нет	1,10		1,27
Употребление алкоголя	да	1,23	1,98	2,44
	нет	0,62		1,24
Режим питания	соблюдала	0,91	1,49	1,36
	старалась соблюдать, но не всегда получалось	0,89		1,32
	не соблюдала	1,33		1,98

Продолжение табл. 14

1	2	3	4	5
Место питания	дома	1,04	1,07	1,11
	в общепите	0,97		1,04
	по-разному	0,98		1,04
ИМТ	норма	0,60	1,97	1,18
	ожирение 1-й степени	1,18		2,32
	ожирение 2-й степени	1,11		2,18
	ожирение 3-й степени	1,17		2,30
Наличие у близких родственников онкопатологии	да	1,19	1,27	1,51
	нет	0,94		1,20
Наличие хронических заболеваний	желудка	1,07	1,14	1,21
	женских половых органов	1,11		1,27
	молочной железы	1,21		1,38
	кишечника	1,06		1,20
Частота обращения в поликлинику	1 раз в год	0,77	2,29	1,76
	2 раза в год	0,63		1,43
	1 раз в 2-3 года	1,33		3,05
	не обращалась	1,44		3,30
диагностические исследования до заболевания (лабораторные, функциональные, УЗИ, МРТ)	1 раз в год	0,86	3,65	3,13
	2 раза в год	0,48		1,75
	1 раз в 2-3 года	1,19		4,33
	не проходили	1,75		6,39
Ежегодно медицинский осмотр	да	0,71	1,8	1,27
	нет	1,28		2,30
Частота прохождения маммографии	не проходила	1,11	3,08	3,43
	раз в 3-4 года	1,57		4,83
	раз в 2 года	0,51		1,57
	ежегодно	0,89		2,74
Количество родов	1	1,09	1,20	1,31
	2	0,91		1,10
	3 и более	1,06		1,27
	не было	0,94		1,13
Количество абортов	1	0,51	2,98	1,53
	2	0,87		2,59
	3 и более	1,52		4,52
Применение гормональных контрацептивов	да	0,98	1,04	1,02
	нет	1,02		1,06
Частота посещения акушера-гинеколога по поводу заболеваний	не посещала	1,25	3,79	4,74
	один раз в год	1,17		4,43
	2-3 раза в год	0,33		1,24
	один раз за последние 2-3 года	1,12		4,23

Анализируя факторы риска онкопатологии у женщин, были выявлены факторы, которые имели наибольшую силу влияния. К ним отнеслись: частота посещений акушера-гинеколога по поводу заболеваний ($R=3,79$), редкое прохождение диагностических исследований ($R=3,65$), редкое прохождение маммографии ($R=3,08$), частота аборт в анамнезе ($R=2,98$), редкое обращение в поликлинику ($R=2,29$).

Таким образом, у женщин ведущую позицию занимает группа факторов риска онкопатологии, относящихся к медицинской активности, у мужчин – группа социально-гигиенических факторов (уровень дохода в семье, регулярность питания, употребление алкоголя, взаимоотношения в семье).

Далее был установлен интервал прогностических коэффициентов риска возникновения онкологических заболеваний у женщин в пределах 0,69-1,32 ($R_{\min} = \frac{27,74}{39,96} = 0,69$, $R_{\max} = \frac{52,91}{39,96} = 1,32$). Весь интервал разделен на три группы прогноза: группа благоприятного прогноза (0,69-0,90), группа внимания (0,91-1,12) и группа неблагоприятного прогноза (1,13-1,32) (табл. 15).

Разработанные оценочные таблицы позволяют прогнозировать онкопатологию в зависимости от сочетания факторов риска, воздействующих отдельно на мужчин и на женщин.

Таблица 15

Пороговые значения прогностических коэффициентов риска возникновения онкологических заболеваний у мужчин

Группы риска	Интервал прогностических коэффициентов	Группы прогноза
Наименьшая вероятность риска	0,69-0,90	Благоприятный прогноз
Средняя вероятность риска	0,91-1,12	Группа внимания
Наивысшая вероятность риска	1,13-1,32	Неблагоприятный прогноз

Путем суммирования всех прогностических коэффициентов риска онкопатологии по каждому пациенту получены данные, которые позволяют оценить прогностическую группу риска и выделить пациентов, особенно нуждающихся в мероприятиях по профилактике онкопатологии.

Пример. На медицинский осмотр пришел пациент 49 лет. Из анамнеза было выявлено, что он курит ($X=1,62$) и употребляет алкоголь ($X=2,25$), имеет средний уровень дохода ($X=2,59$), проживает в благополучной семье ($X=1,31$), но условия проживания стесненные ($X=2,00$), из-чего бывают частые ссоры и скандалы ($X=2,49$), питается регулярно и однообразно ($X=1,40$), не всегда соблюдает режим питания ($X=1,36$), питается в общепите и дома ($X=1,48$), не имеет профессиональной вредности ($X=1,41$), имеет повышенный индекс массы тела (ожирение 1 степени $X=2,00$), у отца пациента был рак легкого ($X=1,48$). В ходе опроса было установлено, что пациент имеет два хронических заболевания ($X=1,22$), пять лет назад у него выявлена язвенная болезнь желудка ($X=1,45$) по поводу которой он обращался в поликлинику не регулярно (1 раз в 2-3 года $X=1,50$), ФГС не проходил последние три года ($X=3,45$), медицинский осмотр проходил не ежегодно ($X=1,09$), последний раз флюорографию прошел 5 лет назад ($X=2,13$).

Для определения интегрального показателя риска возникновения онкопатологии R_0 суммируем прогностические коэффициенты и делим на ΣR (сумму весовых коэффициентов).

$$R_0 = \frac{32,23}{30,17} = 1,07$$

Риск возникновения онкопатологии составляет 1,07, что относится к средней вероятности и, соответственно, к группе внимания.

Резюме. Изучение образа и условий жизни пациентов с онкопатологией в сравнении с пациентами без наличия онкопатологии позволило определить статистически значимые факторы образа и условий жизни как

риск возникновения онкологических заболеваний. У мужчин статистически значимыми факторами риска онкологических заболеваний по сравнению с контрольной группой оказались наличие вредных факторов на работе, доход семьи ниже прожиточного минимума, стесненные жилищные условия, неблагополучие семьи, избыточная масса тела, наличие онкологических заболеваний у близких родственников, редкое прохождение диагностических исследований.

Среди женщин существенное значение имели такие факторы, как доход семьи ниже прожиточного минимума, наличие вредных производственных факторов, наличие нервно-эмоционального стресса на работе, стрессы в семье. Риск был высоким у часто потреблявших алкоголь, питавшихся нерегулярно и однообразно, не соблюдавших режим питания, часто потреблявших острую пищу, при наличии онкопатологий у близких родственников. Среди медицинских факторов, имеющих достоверное значение, следует отметить редкое обращение в поликлинику, редкое прохождение медосмотров и маммографии, частота аборт, редкое посещение врача акушера-гинеколога.

4.3. Анализ информированности пациентов о факторах риска онкологических заболеваний

Среди значимых мер по снижению заболеваемости населения и проведению профилактики заболеваний является информированность населения о факторах риска. В связи с этим в анкету по социально-гигиенической характеристике пациентов были включены 24 вопроса, которые предусматривали выбор одного или несколько ответов из представленных вопросов или вписать свои ответы исходя из информированности пациента.

Результаты свидетельствуют, что большинство пациентов как причину возникновения патологии считают загрязнение окружающей среды и условий работы. Так, из представленных возможных факторов риска формирования онкологических заболеваний на первое место 65 из 100 опрошенных поставили загрязнение окружающей среды токсическими веществами, на второе место – 57,0 из 100 опрошенных – факторы производства, на третье место – 45,0 из 100 опрошенных – курение, на четвертое место – 37,0 из 100 опрошенных – качество и доступность медицинской помощи, пятое место – 31,0 из 100 опрошенных – частое употребление алкоголя (табл. 16).

Мужчины ведущим фактором риска считают состояние производственной среды (57 из 100 опрошенных), женщины – загрязнение окружающей среды (68,0 из 100 опрошенных). На второе место мужчины и женщины вероятным из представленных факторов риска онкозаболеваний поставили наличие хронических заболеваний (40,0 и 43,0 из 100 опрошенных соответственно).

На третье место из представленных факторов риска онкозаболеваний пациенты поставили качество и доступность медицинской помощи (38,0 мужчин и 35,0 женщин из 100 опрошенных). Хотя большинство пациентов считают фактором риска онкологических заболеваний загрязнение окружающей среды, около двух третей (65,0 из 100 опрошенных) не знают, какие вредные вещества загрязняют окружающую среду места проживания, лишь 30 человек из 100 опрошенных считают, что преимущественно атмосферный воздух загрязняется выбросами автотранспорта.

**Ведущие факторы риска онкологических заболеваний
по данным опроса, на 100 опрошенных**

Вероятные факторы риска	Муж- чины	Жен- щины	Оба пола
Загрязнение окружающей среды вредными веществами	57,0	68,0	65,0
Вредные факторы производства (токсиче- ские вещества, пыль, шум)	57,0	43,0	57,0
Избыточная масса тела	22,0	16,0	18,0
Наличие хронических заболеваний	40,0	43,0	42,0
Качество и доступность медицинской по- мощи (доступность бесплатной медицинской помощи, наличие аппаратуры и специали- стов в поликлиниках)	38,0	35,0	37,0
Курение	23,0	17,0	21,0
Чрезмерное потребление алкоголя	28,0	25,0	26,0
Излишнее потребление жирной, соленой и жареной пищи, мяса	19,0	31,0	23,0
Низкая физическая активность	14,0	10,0	12,0
Генетический риск (предрасположенность к заболеванию)	6,0	11,0	8,0
Старший возраст	19,0	16,0	17,0
Злоупотребление лекарствами	16,0	21,0	18,0
Не соблюдение назначений и рекомендаций врачей	32,0	27,0	29,0
Применение гормональных противозачаточ- ных средств и гормональных препаратов при нарушении репродуктивных функций	11,0	18,0	13,0
Другие причины	27,0	35,0	31,0

Опрошенные пациенты не осведомлены о наличии источников радиации, из каких источников человек получает наибольшее радиационное загрязнение, почти 90 из 100 опрошенных не знают о возможности присутствия в помещениях естественного источника радиации – радона как одного из факторов риска онкологических заболеваний. Лишь 15 на 100 опрошенных указали на источник информации о состоянии загрязнения окружающей среды (атмосферного воздуха, почвы, снежных покровов) выступ-

ления по телевизору, радио. Остальные указали, что нет источников информации, из которых можно получить сведения о состоянии окружающей среды.

Напротив, ответов об информированности о факторах риска производственной среды оказалось больше – 54 пациента из 100 опрошенных отметили, что эту информацию они получают при сдаче экзамена по технике безопасности. В то же время 24,0 пациента в расчете на 100 опрошенных не знают, какие вредные факторы производства имеются на рабочем месте.

Одним из факторов риска острых и хронических заболеваний по данным ряда авторов является стресс, полученный в коллективе или в быту. Из числа опрошенных 74 из 100 опрошенных считают, что стресс является причиной заболеваний. Среди заболеваний, которые могут быть причиной стресса, большинство (86,0 из 100 опрошенных) назвали гипертоническую болезнь, несколько меньше ответов (82,0 из 100 опрошенных) о возможности влияния данного фактора на возникновение ИБС. Следующими заболеваниями, которые могут возникнуть в результате воздействия частых стрессов, респонденты указали сахарный диабет (67,0 на 100 опрошенных), болезни нервной системы (43,0 на 100 опрошенных), желудка (35,0 из 100 опрошенных), онкологические заболевания (18,0), болезни мочеполовой системы (15,0 из 100 опрошенных) и т.д.

Выявилось низкое знание пациентов о значении образа жизни в возникновении патологии. В своих ответах они мало выделили значение курения, злоупотребления алкоголем, нерационального питания как возможной причины формирования патологии. Так, значимость фактора курения у мужчин составила 23,0 из 100 опрошенных, а у женщин – 17,0 из 100 опрошенных, чрезмерного потребления алкоголя – 28,0 и 25,0 из 100 опрошенных соответственно. Низкое значение среди пациентов как вероятный фактор риска онкозаболеваний имеет излишнее потребление жирной, соленой и жареной пищи, мяса (23,0 на 100 опрошенных), лишь 12 человек в расчете на 100 опрошенных возможной причиной онкозаболевания

назвали низкую физическую активность, генетический риск, злоупотребление лекарствами, излишний вес, применение гормональных препаратов.

На вопрос: «Какое значение имеет фактор питания в возникновении онкологических заболеваний»? – утвердительно ответили 33,0 из 100 опрошенных, 48,0 из 100 опрошенных ответили, что не знают, 19,0 из 100 опрошенных ответили, что питание не влияет на возникновение онкологических заболеваний. Из предоставленных ответов большинство респондентов указали, что фактором риска онкологических заболеваний является загрязнение продуктов питания токсическими веществами (табл. 18).

Таблица 18

Ответы пациентов о значении фактора питания как вероятной причины онкологического заболевания

Фактор питания	Мужчины	Женщины	Оба пола
Несоблюдение режима питания	35,0	31,0	33,0
Качество продуктов	61,0	72,0	67,0
Излишнее потребление мяса	35,0	38,0	36,0
Излишнее потребление жирных, соленых и жареных продуктов	19,0	31,0	23,0
Редкое потребление овощей и фруктов	41,0	48,0	44,0
Прочее	34,0	55,0	45,0

Большинство пациентов не осведомлены о возможных причинах ухудшения состояния здоровья. Так, две трети пациентов ответили, что об этом они не знают, лишь половина считают необходимым проходить диспансерный контроль у врача-онколога. Больше половины пациентов (62 из 100 опрошенных) считают, что они нуждаются в информировании их о причинах прогрессирования заболевания, о мерах по сохранению здоровья, о здоровом образе жизни.

Для повышения информированности населения о факторах риска онкологических заболеваний нами разработан информационный бюллетень,

который предоставляется при обращении пациентов в поликлинику (табл. 19).

Таблица 19

**Информационный бюллетень о факторах риска
онкологических заболеваний**

Факторы риска 1	Авторы/источники 2
Рекомендации Американской ассоциации по борьбе с раковыми заболеваниями включают три основных негативных фактора питания, потребление которых следует строго ограничить: это уменьшение потребления жиров, алкоголя, соленой, копченной и загрязненной нитратами пищи.	Рекомендации Американской ассоциации по борьбе с раковыми заболеваниями
Риск развития рака поджелудочной железы в 1,7 раза выше у лиц с индексом массы тела ≥ 30 кг/м ² , чем при индексе массы тела < 23 кг/м ² .	Michaud D., Giovannucci E., Willett W., 2001
У пациентов с метаболическим синдромом выше риск развития поджелудочной железы, колоректального рака, рака мочевого пузыря, рака молочной железы.	Stocks T., Lukanova A., Bjørge T. et al., 2010 год. Bjørge T., Stocks T., Lukanova A. et al., 2010.
Риск любого рака у мужчин и женщин при наличии метаболического синдрома увеличивается в 1,2 раза.	Borena W., Stocks T., Jonsson H. et al., 2011
Факторам риска для развития колоректального рака признаны малоподвижный образ жизни, сахарный диабет, гипергликемия и гиперинсулинемия у пациентов с метаболическим синдромом.	Otake S., Takeda H., Suzuki Y., 2005
Доказано, что избыточная масса тела и ожирение ассоциированы с увеличением риска высокодифференцированного рака простаты в 1,2, а рака с метастазами – в 1,5 раза.	Patel A., Rodriguez C., Bernstein L., 2004
Избыточное УФЛ-облучение, профессиональные вредности	Жерновой М.В., Юдин С.В., 2008; Вазиев И.К., 2009
Непосредственной причиной 80-85% всех случаев рака легкого является курение. В США за 30 лет борьбы с курением численность курящих снизилась с 75 до 25% от всего населения, что стало одной из ведущих причин снижения заболеваемости раком.	Reynolds P., Hurley S., Goldberg D.E., 2004

1	2
Курение увеличивает риск развития рака груди у женщин на 30% по сравнению с таковым у не курящих.	Исследование, проведенное в США с привлечением 116 тыс. женщин
Отказ от курения приведет к снижению заболеваемости злокачественными опухолями на 25-30%, что для России составляет 98117 тысяч случаев злокачественных опухолей в год.	
Согласно исследованиям до 38% злокачественных новообразований у человека связаны с производственными вредностями, воздействию которых подвергаются лица, занятые в различных отраслях промышленности. С увеличением стажа работы во вредных производствах увеличивается риск возникновения злокачественных новообразований двух и более органов (20,0% при стаже 10 –14 лет, 39,8% – 15-19 лет).	Ситдикова И.Д., 2006; 2009
Как утверждает ряд авторов, рак может быть и инфекционным заболеванием. В частности, часть раков печени вызывается вирусами гепатита В и С. Значительное число публикаций посвящено роли инфекции в развитии рака мочевого пузыря. В последние годы на причину проблемы канцерогенеза шейки матки переместилась папилломовирусная инфекция, расцениваемая как наиболее частый вид инфекции, передаваемой половым путем; распространенность ее в мире за последнее десятилетие увеличилась более чем в 10 раз.	Новикова Е.Г., 2000; Сенчукова М.А., 2009
90% злокачественных опухолей человека связаны с воздействием канцерогенов окружающей среды и особенностями образа жизни населения	Решетов И.В., Чиссов В.И., Трофимов Е.И., 2006; Шарфутдинов А.Я., 2006; Амиров Н.Х., Балабанова Л.А., Ситдикова И.Д., 2009.
Проведенные исследования показали, что бедность населения на фоне затяжного психоэмоционального и социального стрессов в обществе является важным фактором риска возникновения злокачественных новообразований	Жерновой М.В., Юдин С.В., 2008

1	2
Различным вредным факторам строительной, химической промышленности, сельского хозяйства (цементу, хлорфенолу, растворителям, пестицидам) отводится провоцирующая роль в возникновении лимфомы кожи	Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В. и др., 2007
В исследованиях показано, что большая часть больных Т-клеточными лимфомами кожи (61,7%) по роду своей деятельности была занята работами на открытом воздухе и подвергалась действию продолжительной экологической инсоляции на фоне воздействия других факторов производства	Гарифуллина Э.Ф., 2012
Все обследованные больные лимфомой кожи указывали, что принимали различные лекарственные средства, в том числе антигистаминные, в среднем в течение 5-8 лет, получали физиотерапевтическое лечение 78% обследуемых. У 7,6% больных первые очаги лимфомы кожи возникли после стрессовых ситуаций и нервного перенапряжения, у 14,5% – после перенесенной в тяжелой форме острой респираторной вирусной инфекции.	Гарифуллина Э.Ф., 2012
Учеными из Брянска выделены ведущие факторные ЗН гортани: периодичность медицинского осмотра; табакокурение; уровень материального благополучия; фактор частого переохлаждения организма; регулярный контакт с горюче-смазочными материалами; место работы родителей; факт и кратность употребления алкогольной продукции; профессиональный фактор; рацион питания; неблагоприятный наследственный онкологический анамнез по раку верхних дыхательных путей; место рождения.	Лужецкий В.А., Дубовой И.И. и соавт., 2014

Резюме. Результаты опроса пациентов позволили распределить факторы риска по их значимости с позиции опрашиваемых. Из представленных возможных факторов риска формирования онкологических заболеваний на первое место по значению фактора 65 из 100 опрошенных поставили загрязнение окружающей среды токсическими веществами, на второе

место 57,0 – факторы производства, на третье место – 45 из 100 опрошенных – курение, на четвертое место – 37 из 100 опрошенных – качество и доступность медицинской помощи, пятое место – 31,0 из 100 опрошенных злоупотребление алкоголем. Меньшее значение респонденты как фактору риска онкологических заболеваний придали факторам питания, воздействию стрессов, физической активности, генетическому риску. Респонденты плохо ориентируются в показателях здоровья населения, не знают каково состояние окружающей среды, какие вещества являются опасными для здоровья.

5. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИК ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В динамике происходит увеличение заболеваемости онкологическими заболеваниями, что в основном связано с улучшением диагностики заболеваний, причем на ранних стадиях в результате выполнения приказа МЗ РБ о проведении онкоконтроля. Суть его заключается в проведении анкетного опроса населения при обращении в медицинские организации, в том числе и при стационарном лечении.

Практический опыт свидетельствует о том, что профилактика, соблюдение определенных условий, ранняя диагностика могут предотвратить или купировать на ранней стадии эти заболевания. Социально значимые заболевания имеют явно выраженную зависимость от социальных факторов среды обитания человека. Практически факторы риска можно рассматривать как индикаторы неблагополучия среды обитания. Однако и поведенческие факторы играют немаловажную роль в развитии онкологического заболевания. При раннем выявлении заболеваний значительно уменьшается смертность от ЗН, увеличивается пятилетняя выживаемость, на длительное время качество жизни остается благополучной (Макаров С.В., 2008; Сидоренко Ю.С., Неродо Г.А., 2009). В достижении этих показателей первостепенное значение имеют медицинские организации первичного звена (Шипова В.М., Воронцов Т.Н., 2012).

Показатели онкологической службы г. Уфы за 2010-2015 гг. претерпели положительную динамику: произошло некоторое увеличение количества пациентов впервые в жизни установленным диагнозом онкологического заболевания, соответственно возросли первичная заболеваемость (в 2010 г. 331,2, в 2015г. – 357,0 на 100 тыс. населения) и контингент больных

(2389,6 и 2490,2 на 100 тыс. населения соответственно). Улучшились показатели, характеризующие выявление заболеваний в I-II стадиях, одногодичная летальность, пятилетняя выживаемость (таблица 20).

Таблица 20

Показатели онкологической службы в г. Уфе за 2010-2015 гг.

Показатели	Годы					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Заболеваемость злокачественными новообразованиями (на 100 тыс. населения)	331,2	312,9	326,2	322,9	352,8	357,0
Число больных впервые в жизни установленным диагнозом ЗН, из них	3438	3283	3436	3511	3892	3819
- I-II ст., %	47,2	47,5	51,2	52,1	53,7	53,9
- III ст., %	26,9	25,8	25,5	24,2	23,3	23,9
- IV ст., %	22,3	22,5	20,0	19,4	19,7	19,9
Число больных, закончивших специальные виды лечения, %	1802	1749	1894	1908	1988	2006
Доля от общего количества больных взятых на учет, %	52,4	53,3	55,1	54,3	54,8	54,9
Смертность от ЗН (на 100 тыс. населения)	162,5	154	148,5	144,1	145,3	145,9
Смертность больных до года с момента установления диагноза ЗН (одногодичная летальность), %	29,3	25,4	25,4	21,3	23,1	23,2
Контингенты больных, состоящих на учете (на конец года) на 100 тыс. населения	2389,6	2275,0	2358,3	2414,5	2467,3	2490,2
Число больных состоящих на учете 5 лет и более, %	58,3	58,8	58,9	60,5	57,5	56,3
Морфологическое подтверждение диагноза ЗН, %	82,2	83,8	86,5	87,7	87,5	87,9

5.1. Организация медицинской помощи в поликлиниках г. Уфы при онкологических заболеваниях

Оценка показателей первичной медико-санитарной помощи населению при онкологических заболеваниях проводилась в 14 поликлиниках г. Уфы, обслуживающих взрослое население. В таблица 21 приведены плановая мощность поликлиник и численность населения, прикрепленного к поликлиникам.

Таблица 21

Плановая мощность поликлиник г. Уфы

Поликлиники	Число посещений в смену	Численность обслуживаемого населения	Доля лиц старше 65 лет
№ 1	600	28400	23,5
№ 2	810	47600	31,7
№ 32	1597	10333	32,9
№ 33	1092	42200	33,3
№ 38	713	42500	26,4
№ 40	280	32300	19,6
№ 43	1000	31500	24,2
№ 44	735	25500	29,0
№ 46	610	80 665	15,6
№ 47	800	41700	34,2
№ 48	300	40800	26,0
№50	250	28900	23,5
№ 51	530	15600	31,7
№ 52	150	25900	27,3
Всего по 14 поликлиникам	9607	554698	27,1

Для изучения показателей деятельности поликлиник были проанализированы отчетные форма № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и форма № 35 «Контингенты больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете онкологического учреждения». Анализу были подвергнуты показатели заболеваемости,

смертности, запущенности, одногодичной летальности и пятилетней выживаемости за 2010-2015гг.

Известно, что оказание медицинской помощи пациентам зависит от организации первичной медико-санитарной помощи, в том числе и первичной специализированной медицинской помощи. В связи с этим нами анализированы показатели организации онкологической помощи в муниципальных поликлиниках г. Уфы за 2010-2015гг. (табл. 22).

Таблица 22

**Показатели деятельности поликлиник города Уфы по оказанию
медицинской помощи при онкологических заболеваниях,
усредненные показатели за 2010-2015 гг.**

Наименование поликлиник	Заболеваемость на 100 тыс. взрослого населения	Смертность на 100 тыс. взрослого населения
№ 1	612,8	246,8
№ 2	442,9	217,0
№ 32	381,0	211,3
№ 33	456,8	262,5
№ 38	572,0	254,2
№ 40	402,6	147,5
№ 43	402,4	165,3
№ 44	382,0	143,2
№ 46	440,7	242,3
№ 47	317,9	161,0
№ 48	430,5	214,9
№50	442,8	179,4
№ 51	389,1	178,7
№ 52	459,6	196,2
Город Уфа	334,9	154,9

Для оценки деятельности поликлиник были определены усредненные за 2010-2015гг. показатели, т.е. за 6 лет наблюдения, что позволило нивелировать колебания показателей по годам наблюдения. Анализ деятельности поликлиник г. Уфы по показателям, характеризующим организацию медицинской помощи при онкологических заболеваниях, показал, что отмечается большой разброс показателей заболеваемости и смертности

по поликлиникам. Заболеваемость онкологическими заболеваниями колебалась с 317,9 на 100 тыс. человек взрослого населения (поликлиника № 47) до 612,8 (поликлиника № 1). По г. Уфе показатель составил 334,9 на 100 тыс. взрослого населения. Высокие показатели заболеваемости выявлены в поликлиниках №№ 1, 2, 33, в которых лиц старше 65 лет высокая и достигает до 33,0%.

Серединное положение по уровню заболеваемости заняли поликлиники, где доля лиц старше 65 лет низкая – 15,0-19,0%. Однако в некоторых поликлиниках с большой долей лиц соответствующего возраста показатели заболеваемости были низкими.

Смертность от онкологических заболеваний по поликлиникам также колебалась от наименьшего значения в поликлинике № 44 (143,2 на 100 тыс. взрослого населения) до максимального значения в поликлинике № 33 (262,5). В г. Уфе по поликлиникам этот показатель составил 154,9 на 100 тыс. взрослого населения.

Смертность по поликлиникам в зависимости от доли лиц старшего возраста имела такую же тенденцию, что и заболеваемость. В связи с этим был рассчитан коэффициент линейной корреляции между уровнем заболеваемости и смертности населения от онкологических заболеваний и была установлена прямая корреляционная зависимость ($r=0,7$; $p<0,001$).

В связи с большим разбросом показателей заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний нами была проведена оценка корреляционной зависимости этих показателей и долей лиц старше трудоспособного возраста. В результате анализа не выявилась корреляционная зависимость заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний и долей лиц старше трудоспособного возраста в численности населения ($r= -0,3$ и $-0,03$ соответственно).

Далее определили рейтинги поликлиник по усредненным данным за 2010-2015гг. заболеваемости и смертности взрослого населения г. Уфы. Наименьший показатель имел рейтинг 1, наибольший показатель – рейтинг

14. Усредненный рейтинг по этим двум показателям свидетельствует, что эти показатели в поликлиниках № 47, 40, 44, 32 наименьшие. Последние места в рейтинге заняли поликлиники № 33, 52, 38 (табл. 23).

Таблица 23

**Рейтинг поликлиник г. Уфы по заболеваемости
и смертности от онкологических заболеваний**

Поликлиники	Рейтинг по заболеваемости	Рейтинг по смертности	Средний рейтинг
№ 1	14	12	13
№ 2	10	10	10
32	2	8	5
№ 33	11	14	12,5
№ 38	13	13	13
№ 40	6	2	4
№ 43	5	4	4,5
№ 44	3	1	2
№ 46	7	11	9
№ 47	1	3	2
№ 48	8	9	8,5
№ 50	9	6	7,5
№ 51	4	5	4,5
№ 52	12	7	9,5

Показатель выявляемости онкозаболеваний при профилактических осмотрах колебался от 1,9 до 37,0% (табл. 24).

Таблица 24

**Показатели заболеваемости населения
г. Уфы по данным поликлиник г. Уфы**

Поликлиники	Число выявленных заболеваний	Число выявленных заболеваний при профилактических осмотрах	Показатель, %
1	2	3	
№ 1	162	20	12,3
№ 2	175	22	13,6
№ 8	56	6	3,7
№ 10	23	4	2,5
№ 33	268	16	9,9
№ 32	157	10	6,2

1	2	3	
№ 33	92	3	2,9
№ 38	174	17	10,5
№ 40	95	12	7,4
№ 43	300	28	17,3
№ 44	141	18	11,1
№ 46	185	42	25,9
№ 47	205	40	24,7
№ 48	116	13	8,0
№ 50	103	14	8,6
№ 51	120	12	7,4
№ 52	77	16	9,9
Город Уфа	3240	461	14,2

Коэффициент линейной корреляции между заболеваемостью и показателем выявляемости онкозаболеваний при профилактических осмотрах составляет $r=0,267$, $p<0,05$. Таким образом, выявлена прямая статистически значимая корреляционная зависимость, свидетельствующая о том, что чем выше заболеваемость, тем выше выявляемость онкозаболеваний при профилактических осмотрах. Заболеваемость взрослого населения, прикрепленного для медицинского обслуживания к определенным поликлиникам, зависит от многих причин. Одной из них являются различия по территориям численности и половозрастной структуры населения, с другой стороны это могут быть причины, зависящие от образа жизни населения, состояния окружающей среды, эффективности профилактических мероприятий, проводимых поликлиниками.

Коэффициент линейной корреляции между численностью населения и уровнем первичной заболеваемости взрослого населения онкологическими заболеваниями составил $r=0,21$, $p<0,05$. Значит, чем выше численность обслуживаемого населения, тем выше заболеваемость. Для выявления зависимости онкозаболеваемости от численности и половозрастной структуры населения необходимо проведение стандартизации показателей. Однако несовершенство статистической отчетности по поликлиникам

не позволяет анализировать заболеваемость по стандартизованным показателям.

Показатели деятельности поликлиник по организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями были также анализированы по усредненным за 6 лет данным по установлению диагноза в IV стадии, одногодичной летальности и пятилетней выживаемости. Результаты исследования свидетельствуют, что запущенность колебалась по поликлиникам с 19,0% (поликлиника № 33) до 23,2% – в поликлинике № 48. По г. Уфе этот показатель составил 20,5% (табл. 25). Показатель запущенности свидетельствует об организации первичной медико-санитарной помощи населению. Выявление заболеваний на ранних стадиях характеризует эффективность и качество диспансеризации, информированность населения о злокачественных новообразованиях.

Высокие показатели одногодичной летальности по усредненным за 6 лет данным отмечались в поликлиниках №47 (28,0%), № 48 (26,3%), №32 (26,0%). Низкие показатели были характерны для поликлиник № 40 (17,4%), № 44 (20,1%), № 38 (21,5%). Пятилетняя выживаемость по поликлиникам колебалась от 44,9% (поликлиника № 52) до 65,1% (поликлиника №2). В целом по г. Уфе этот показатель составил 58,4%.

Для ранжирования поликлиник по показателям деятельности при оказании онкологической помощи им были присвоены ранги: чем хуже показатель, тем выше ранг. При ранжировании показателя пятилетней выживаемости ранги присваивали от максимального значения, то есть чем лучше показатель, тем ниже ранг, и наоборот. Далее определили средний ранг по трем показателям.

**Усредненные показатели деятельности поликлиник г. Уфы
по организации медицинской помощи пациентам
при злокачественных новообразованиях, за 2010-2015гг., %**

Поли- клиники	Показатели			Рейтинги			
	запу- щен- ность, %	одно- годи- чная ле- таль- ность, %	пяти- летняя вы- жива емость, %	запу- щен ность, %	одно- годи- чная ле- таль- ность, %	пяти- летняя вы- жива емость, %	усред- нен- ный рей- тинг по 3-м пока- зате- лям
№ 1	21,4	22,2	55,7	10	5	8	7,7
№ 2	22,8	24,9	65,1	13	10	1	8,0
№ 32	19,9	26,0	53,7	4	11	12	9,0
№ 33	19,0	26,1	63,6	1	12	2	5,0
№ 38	20,4	21,5	62,6	7	3	3	4,3
№ 40	19,9	17,4	56,0	3	1	7	3,7
№ 43	19,0	23,7	59,6	2	4	4	3,3
№ 44	19,8	20,1	53,9	6	2	10	6,0
№ 46	20,5	24,4	53,3	8	9	13	10,0
№ 47	22,5	28,0	53,9	12	14	11	12,3
№ 48	23,2	26,3	56,3	14	13	6	11,0
№ 50	19,4	23,4	54,1	5	6	9	6,7
№ 51	21,1	24,4	58,0	11	8	5	8,0
№ 52	20,9	23,8	44,9	9	7	14	10,0
г. Уфа	20,5	24,6	58,4				

Для 14 самостоятельных поликлиник были определены средний уровень показателей и стандартное отклонение. Такой подход позволил определить величину вариабельности показателей по поликлиникам (табл. 26).

**Средний уровень показателей деятельности муниципальных
поликлиник г. Уфы по оказанию медицинской помощи
при онкологических заболеваниях (M±σ)**

Показатели	M±σ
Заболеваемость, на 100 тыс. взрослого населения	438,1±85,0
Смертность, на 100 тыс. взрослого населения	201,4±44,6
Выявляемость заболевания в IV стадии, %	20,8±4,4
Годичная летальность, %	23,7±5,3
Пятилетняя выживаемость, %	56,5±16,4

Полученные результаты свидетельствуют, что средний уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями по 14 поликлиникам составил 438,1±85,0 на 100 тыс. взрослого населения, средний уровень смертности – 201,4±44,6, выявляемость заболеваний IV стадии – 20,8±4,4%, годовичная летальность – 23,7±5,3%, пятилетняя выживаемость – 56,5±16,4%.

Таким образом, ранжирование поликлиник по комплексу показателей позволяет в определенной степени определить уровень оказания медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, оценить эффективность профилактических мероприятий, планировать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи населению.

5.2. Организация диспансерного наблюдения за пациентами с онкологическими заболеваниями

Диспансерное наблюдение за больными с онкологическими заболеваниями в первичном звене направлено на обеспечение динамического наблюдения за их состоянием здоровья и качеством жизни, необходимой медицинской помощи, своевременное выявление прогрессирования заболевания (рецидив, метастазов), лекарственное обеспечение в рамках ДЛЮ и программы регионального льготного лекарственного обеспечения. При

необходимости оказания специализированной медицинской помощи направление пациента в онкологический диспансер и другие стационары.

Для диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями в поликлиниках организованы первичные онкокабинеты. Кроме основного заболевания пациенты с онкологическими заболеваниями у пациентов имеется множество сопутствующей патологии. В связи с этим увеличивается объем амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в поликлинике и на дому.

Основным звеном онкологической службы на догоспитальном этапе является первичный онкологический кабинет при поликлиниках. На первичный онкокабинет возложены функции организации первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках, включая организацию оказания медицинской помощи врачами-специалистами поликлиник, организацию реабилитации пациентов.

На диспансерном наблюдении в поликлинике на начало года находилось 915 пациентов. В структуре заболеваний пациентов 19,6% заняли ЗН молочной железы, 12,2% –ЗН кожи, 6,9% – мочевого пузыря, 6,6% – ободочной кишки, 6,5% – тела матки, 5,9% – шейки матки, 4,9% – прямой кишки и др. (рис. 10).

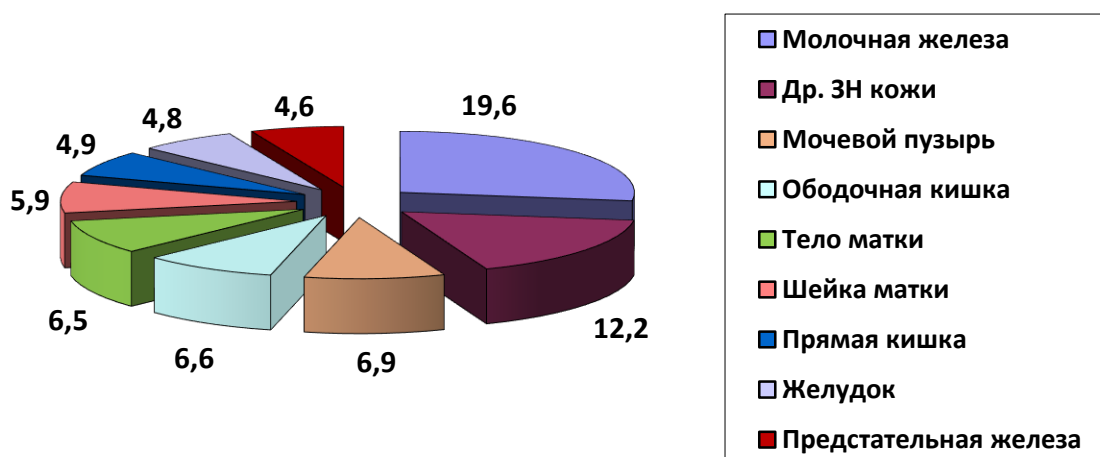


Рис. 10. Структура обследованных пациентов с онкологическими заболеваниями по локализации, %

В процессе анализа выяснили, что среди обследованных доля мужчин составила 35,1%, доля женщин – 64,9%. Средний возраст обследованных пациентов составил $67,9 \pm 0,4$ года, средний возраст мужчин - $66,9 \pm 0,7$ года, женщин – $68,8 \pm 0,4$ года ($p < 0,05$). Большинство больных были в возрастных группах 65-69 лет (15,0%), 70-74 года (16,8%), 75 лет и старше – 24,9% (табл. 27).

Следует отметить, что до 50-летнего возраста было 13,4% мужчин, 20,1% женщин.

Таблица 27

Распределение пациентов с онкологическими заболеваниями по полу и возрасту на момент обследования, %

Возрастные группы, лет	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Число	Процент	Число	Процент	Число	Процент
20-24	1	0,3	3	0,8	4	0,4
25-29	6	1,9	3	0,8	9	1,0
30-34	2	0,6	12	3,0	14	1,6
35-39	7	2,2	12	3,0	19	2,1
40-44	8	2,5	20	5,0	28	3,1
45-49	18	5,7	30	7,5	48	5,4
50-54	35	11,1	42	10,5	77	8,6
55-59	48	15,3	50	12,5	98	11,0
60-64	38	12,1	52	13,0	90	10,1
65-69	53	16,9	81	20,3	134	15,0
70-74	55	17,5	95	23,8	150	16,8
75 +	43	13,7	180	44,8	223	24,9
Всего ...	314	100,0	580	100,0	894	100,0

Диагноз злокачественного новообразования у 1,6% обследованных был установлен в возрасте до 20 лет, у 3,0% – в возрасте 20-29 лет, у 6,2% – в возрасте 30-39 лет. Доля других возрастных групп увеличивалась более значимо, и наибольшее значение отмечалось в возрасте 70-74 года (13,9%) (табл. 28).

Для определения длительности нахождения на диспансерном наблюдении обследованных пациентов определили средний возраст на момент обследования и на момент заболевания пациента. Расчёт среднего возраста

пациентов на время установления диагноза показал, что среди лиц обоего пола средний возраст установления диагноза составил $59,4 \pm 0,5$ года, у мужчин – $60,9 \pm 0,9$ года, женщин – $58,5 \pm 0,6$ года ($p < 0,05$). Средний возраст пациентов обоего пола на момент обследования составил $67,9 \pm 0,4$ года, у мужчин - $66,9 \pm 0,7$ года, у женщин – $68,8 \pm 0,4$ года.

Таблица 28

Распределение больных с онкологическими заболеваниями по полу и возрасту на момент установления диагноза, %

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	Число	%	Число	%	Число	%
До 20 лет	8	2,5	6	1,0	14	1,6
20-24	5	1,6	7	1,2	12	1,3
25-29	9	2,9	6	1,0	15	1,7
30-34	3	1,0	17	2,9	20	2,2
35-39	8	2,5	28	4,8	36	4,0
40-44	5	1,6	33	5,7	38	4,3
45-49	22	7,0	50	8,6	72	8,1
50-54	34	10,8	70	12,1	104	11,6
55-59	29	9,2	66	11,4	95	10,6
60-64	37	11,8	79	13,6	116	13,0
65-69	42	13,4	68	11,7	110	12,3
70-74	54	17,2	70	12,1	124	13,9
75 лет +	58	18,5	80	13,8	138	15,4
Всего ...	314	100,0	580	100,0	894	100,0

Как было установлено, средний возраст установления диагноза на $8,5 \pm 1,2$ года был ниже, чем на момент обследования. В связи с этим определили продолжительность нахождения больных на диспансерном наблюдении при наиболее часто встречающихся злокачественных новообразованиях. Оказалось, что у мужчин длительность нахождения на диспансерном наблюдении более 10 лет отмечалось при ЗН губы и языка ($12,9 \pm 3,5$ года), желудка ($10,8 \pm 1,57$ года), яичка ($11,4 \pm 5,1$ года), ротоглотки ($10,6 \pm 2,5$ года), пищевода ($10,3 \pm 3,3$ года), при болезнях Ходжкина ($10,4 \pm 3,4$ года) (табл. 29).

Продолжительность диспансерного наблюдения оказалась высокой при меланоме кожи, и составила $12,8 \pm 2,78$ года. Такой средний показатель

сложился за счет того, что среди больных есть лица, болеющие длительно в течение 35-40 лет.

Таблица 29

**Продолжительность нахождения на диспансерном наблюдении
с момента установления диагноза**

Злокачественные новообразования	Число наблюдений	Мужчины	Число наблюдений	Женщины
Губы и языка	15	12,9±3,5	2	3,0±2,3
Ротоглотки	10	10,6±2,5	-	
Пищевода	4	10,3±3,3	-	
Желудка	25	10,8±1,57	18	8,7±1,8
Ободочной кишки	25	7,1±1,25	34	9,8±1,6
Прямой кишки	24	8,5±1,6	20	10,0±2,24
Бронхов и легкого	27	7,6±1,4	6	3,0±1,0
Меланома кожи	9	7,3±1,9	16	12,8±2,78
Другие злокачественные новообразования кожи	41	8,3±1,34	68	7,5±0,87
Молочной железы	-	-	175	11,7±0,7
Шейки матки	-	-	53	12,0±1,58
Тела матки	-	-	58	10,9±1,07
Яичника	-	-	27	12,1±1,98
Предстательной железы	41	5,6±0,8	-	-
Яичка	5	11,4±5,1	-	-
Почки	31	7,9±0,99	31	9,0±1,45
Мочевого пузыря	18	8,9±1,6	6	9,1±3,08
Щитовидной железы	-	-	9	12,4±2,4
Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз]	9	9,4±3,4	4	6,2±3,09
Миелоидный лейкоз	3	5,6±0,8	6	7,3±1,38
Всего ...	287	6,6±0,7	533	10,2±0,4

Значительно ниже продолжительность нахождения на диспансерном наблюдении у мужчин при злокачественных новообразованиях ободочной кишки – 7,1±1,25 года, прямой кишки – 8,5±1,68 года, трахеи, бронхов и легкого – 7,6±1,47 года.

Обращает на себя внимание, что среди женщин длительность нахождения на диспансерном наблюдении при раке щитовидной железы составила $12,4 \pm 2,4$ года, шейки матки – $12,0 \pm 1,58$ года, молочной железы – $11,7 \pm 0,7$ года, тела матки – $10,9 \pm 1,07$ года, яичника – $12,1 \pm 1,98$ года.

Таким образом, длительность нахождения на диспансерном наблюдении обследованных пациентов отличается у пациентов с различной локализацией злокачественного новообразования.

Инвалидизация среди обследованных пациентов составила 71,7%. Инвалидность установлена всем больным при злокачественных новообразованиях пищевода, ободочной кишки, прямой кишки, предстательной железы, при миелоидном лейкозе. Высокая инвалидизация больных наблюдается при раке желудка (97,7%), бронхов и легкого (97,7%), почки (85,5%), головного мозга (87,5%). Низкий уровень инвалидизации отмечается при злокачественных новообразованиях кожи (2,8%), меланоме кожи (36,0%), ЗН губы и языка (29,4%) (табл. 30).

С момента установления инвалидности 38,0% больным была изменена группа инвалидности с третьей на вторую. Среднее время до изменения группы инвалидности составило $2,6 \pm 0,15$ года. Для проведения специфической и симптоматической терапии в рамках ДЛЮ лекарственными препаратами обеспечивается 48,4% больных.

Диспансеризация пациентов с онкологическими заболеваниями заключается в динамическом наблюдении за состоянием здоровья пациентов, назначение необходимого лечения, лекарственной терапии, направление при необходимости к врачам-специалистам.

Выяснилось, что только 62,0% пациента регулярно посещали врача-онколога первичного онкокабинета в течение 3-х лет наблюдения. В результате анализа установили, что в течение 3-х лет наблюдения пациенты 3,5 раза посетили врача-онколога поликлиники.

**Показатели инвалидизации при злокачественных
новообразованиях, %**

Злокачественные новообразования	Количество больных	Из них являются инвалидами	Инвалидизация, %
Губы и языка	17	5	29,4
Ротоглотки	10	5	50,0
Пищевода	4	4	100,0
Желудка	43	42	97,7
Ободочной кишки	59	59	100,0
Прямой кишки	44	44	100,0
Бронхов и легкого	33	32	97,0
Меланома кожи	25	9	36,0
Другие злокачественные новообразования кожи	109	3	2,8
Молочной железы	175	160	91,4
Шейки матки	53	27	50,9
Тела матки	119	91	76,5
Яичника	27	14	51,9
Предстательной железы	41	41	100,0
Яичка	5	-	-
Почки	62	53	85,5
Мочевого пузыря	24	18	75,0
Головного мозга	8	7	87,5
Щитовидной железы	13	7	53,8
Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз]	13	10	76,9
Миелоидный лейкоз	9	9	100,0
Прочие	91	67	73,6
Всего ...	894	640	71,6

Наибольшее число посещений было сделано пациентами со ЗН предстательной железы (10,1 раза), далее молочной железы (10,4 раза), головного мозга (4,5 раза). Примерно одинаковое количество посещений выполнили пациенты с заболеваниями желудка, кишечника, печени и т.д. (табл. 31).

Кроме того, пациенты, пользующиеся льготным лекарственным обеспечением, обратились в течение года к врачу-онкологу в среднем 6,5 раза.

Большой объем посещений пациентов с ЗН молочной железы и предстательной железы в основном связан с обращениями за рецептами на лекарственное обеспечение по программе ДЛО.

Таблица 31

**Количество посещений врача-онколога пациентами
с онкологическими заболеваниями в среднем в течение
трех лет диспансерного контроля**

Злокачественные новообразования	Всего посещений	Количество больных	Количество посещений на одного пациента в год
Полости рта, губы	48	22	2,2
Ротоглотки	22	10	2,2
Пищевода	10	4	2,5
Желудка	108	43	2,5
Ободочной кишки	135	59	2,3
Ректосигма	12	6	2,0
Прямой кишки	95	44	2,2
Печени, желчного пузыря	10	5	2,0
Бронхов и легкого	104	33	3,2
Меланома кожи	57	25	2,3
Другие злокачественные новообразования кожи	98	112	0,9
Молочной железы	1078	177	10,4
Шейки матки	118	50	2,4
Тела матки	129	59	2,2
Яичника	60	27	2,2
Предстательной железы	416	41	10,1
Яичка	12	5	2,4
Почки	157	62	2,5
Мочевого пузыря	74	24	3,1
Головного мозга	36	8	4,5
Щитовидной железы	26	13	2,0
Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз]	46	13	3,5
Миелоидный лейкоз	18	9	2,0
Прочие	115	43	2,7
Всего ...	3138	894	3,5

Анализ объема медицинской помощи онкологическим больным на дому в зависимости от стадии заболевания установил, что всего в течение

трех лет выполнено в среднем 2,0 посещения врачом-онкологом пациента на дому. К пациентам с I-II стадиями заболевания было выполнено в среднем 1,4 посещения к одному пациенту на дому, в основном в послеоперационный период. Эти посещения на дому были в основном к пациентам со ЗН предстательной железы (6,1 раза), лимфомой (4,5 раза), ЗН мочевого пузыря (4,0 раза). Пациентов с III стадией ЗН врач-онколог посетил на дому в среднем за три года наблюдения 5,3 раза. Посещения были выполнены к пациентам со ЗН всех локализаций, но наибольшее количество посещений – к пациентам со ЗН молочной железы (6,0 раза), предстательной железы (6,2 раза), с меланомой (5,8 раза), меньшее число посещений было к пациентам со ЗН почки (2,0 раза) и ни разу не посетили пациентов с лимфомой. Цель посещения пациентов на дому – наблюдение за состоянием здоровья, выявление признаков ухудшения состояния для своевременного проведения диагностических исследований, направления к специалистам, принятия решения о необходимости направления на медико-социальную экспертизу и т.д.

Посещений пациентов на дому врачом-онкологом с IV стадией заболевания было меньше и составило 4,9 раза в течение трех лет наблюдения из-за высокой одногодичной летальности пациентов. Большая часть посещений была осуществлена к пациентам со ЗН молочной железы (5,5 раза) и предстательной железы (8,0 раза), с меланомой и ЗН органов пищеварения (табл. 32). Медицинская помощь больным в основном заключалась в консультировании пациентов.

Выяснилось, что в течение 3-х лет наблюдения к врачам-специалистам с целью наблюдения за состоянием здоровья и при появлении жалоб обратились около 40,0% пациентов. Охват диспансерным наблюдением был более высоким врачами-акушерами-гинекологами (67,4%). Изучение объема амбулаторно-поликлинической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями врачами-специалистами показало, что в среднем на

одного пациента течение 3-х лет наблюдения пришлось 3,6 посещения к врачам-терапевтам.

Таблица 32

Количество посещений пациентами с онкологическими заболеваниями (I-IV стадиями заболевания) врача-онколога в течение трех лет наблюдения

Злокачественные новообразования	I–II стадии	III стадия	IV стадия
Ротоглотки	-	3,9	4,3
Пищевода	-	4,1	3,2
Желудка	-	6,2	4,0
Ободочной кишки	-	6,2	6,2
Ректосигма	-	6,2	6,0
Прямой кишки	-	5,9	4,2
Печени, желчного пузыря	-	6,0	6,1
Поджелудочной железы	-	2,1	6,0
Бронхов и легкого	2,1	4,0	4,2
Меланома	3,9	5,8	4,2
Молочной железы	4,1	6,0	5,5
Тела матки	2,0	3,9	3,8
Яичника	-	5,8	1,8
Предстательной железы	6,1	6,2	8,0
Яичка	2,3	4,1	-
Почки	-	2,0	4,2
Мочевого пузыря	4,0	5,9	-
Головного мозга	3,5	6,1	-
Щитовидной железы	-	7,9	-
Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз]	4,5	5,8	4,2
Миелоидный лейкоз	-	-	-
Прочие	2,0	5,8	2,0
Всего ...	1,4	5,3	4,9

Посещения пациентов к врачам-терапевтам колебались от 2,1 раза (при раке губы и языка) до 8,0 раза (при меланоме кожи). К терапевтам посещения были наибольшими у пациентов со ЗН желудка (5,1 раза), ободочной кишки (5,0 раза), прямой кишки (4,8 раза), бронхов и легкого (4,4 раза), головного мозга (4,8 раза), щитовидной железы (3,9 раза) и т.д. (табл. 33).

К врачам хирургических специальностей пациенты обратились в течение 3-х лет наблюдения 3,7 раза, в том числе с онкологией молочной железы 7,9 раза, бронхов и легкого 6,0 раза, мочевого пузыря 6,1 раза и органов пищеварения 5,7-5,8 раза.

Таблица 33

**Среднее количество посещений пациентов врачей-специалистов
в течение 3-х лет наблюдения**

Злокачественные новообразования	Врачи-специалисты						
	терапевт	невролог	хирург	офтальмолог	ЛОР	акушер-гинеколог	другие
Губы и языка	2,1	2,3	2,4	2,0	4,3		-
Ротоглотки	2,3	2,2	2,2	2,0	4,1		-
Пищевода	3,8	2,4	4,3	-	-		-
Желудка	5,1	2,2	5,8	-	-		-
Ободочной кишки	5,0	2,3	5,7	-	-		-
Прямой кишки	5,8	2,1	5,8	0,5	-		-
Бронхов и легкого	4,4	1,9	6,0	0,8	-		-
Меланомы кожи	8,0	3,8	1,9	-	-		-
Другие злокачественные новообразования кожи	3,9	1,8	3,5	-	-		-
Молочной железы	5,8	2,2	7,9	0,9	0,5	7,9	-
Шейки матки	3,6	2,3	2,1	0,4	0,3	6,3	
Тела матки	3,8	2,0	1,9	0,9	0,4	4,3	
Яичника	3,5	2,2	1,8	0,8	0,1	5,5	
Предстательной железы	3,4	2,1	1,8	1,0	0,4		5,4
Яичка	2,2	-	3,8	0,2	-		5,0
Почки	4,1	3,9	3,6	-	-		2,7
Мочевого пузыря	3,8	5,7	6,1	-	-		3,5
Головного мозга	4,8	12,2	3,9	0,9	-		-
Щитовидной железы	3,9	8,1	3,8	0,5	1,1		8,2
Болезнь Ходжкина [лимфогранулематоз]	5,5	1,9	3,8	-	-		-
Миелоидный лейкоз	5,7	2,2	1,9	1,1	0,2		-
Прочие	3,4	2,4	2,0	0,9	0,2		1,5
Всего ...	3,7	3,2	3,6	0,4	0,3	1,2	1,1

К врачу-неврологу пациентами было выполнено 3,2 посещения в среднем в течение 3-х лет наблюдения. Также был большой разброс в количестве посещений врача-невролога – от 1,8 раза (другие злокачественные новообразования кожи) до 12,2 раза (злокачественные новообразования головного мозга). Большое количество посещений врача-невролога выполнено пациентами со ЗН щитовидной железы (8,1 раза) и мочевого пузыря (5,7 раза). К другим специалистам посещений было немного, в частности к врачам-офтальмологам обратилось в среднем 0,4 пациента. К врачу-оториноларингологу было выполнено 0,3 посещения, и большинство из них были пациенты с заболеваниями губы, языка, ротоглотки (4,1-4,3 раза), щитовидной железы (1,1 раза), к акушеру-гинекологу были обращения при раке молочной железы – 5,9 раза, шейки матки – 3,3 раза и т.д. Таким образом, в среднем пациент посещает врачей-специалистов около 13 раз в течение 3-х лет наблюдения. Посещение врачей-специалистов в основном обусловлены наличием сопутствующей патологии.

Анализ консультативно-диагностической помощи показал, что в течение периода наблюдения пациенты только третья часть пациентов прошли диагностические исследования с целью контроля за состоянием здоровья.

Одним из направлений медицинской помощи пациентам в поликлинике является лекарственное обеспечение по программе дополнительного лекарственного обеспечения. Из числа обследованных нами пациентов только 48,0% пользовались льготным лекарственным обеспечением, находясь в списке федеральных льготников, в том числе по поводу сопутствующих заболеваний. В течение месяца им было получено лекарственных препаратов на 1908600 рублей, в среднем на одного пациента – 4040 рублей. Лекарственные препараты получали пациенты, пользующиеся льготным лекарственным обеспечением, преимущественно при всех локализациях ЗН (табл. 34).

Лекарственное обеспечение при реабилитации больных по стоимости отличалась в зависимости от локализации ЗН. Стоимость лекарственного обеспечения в месяц при ЗН головного мозга составила 24357 рублей, при миелоидном лейкозе – 23286 рублей, при Болезни Ходжкина – 18300 рублей, при ЗН тела матки – 13471 рубль. У пациентов с другими ЗН лекарственное обеспечение в денежном выражении были небольшими. Например, 833 рубля составили расходы на лекарственную реабилитацию при ЗН ротоглотки, 1500 рублей при других злокачественных новообразованиях кожи.

Таблица 34

Лекарственное обеспечение пациентов с онкологическими заболеваниями за счет программы дополнительного лекарственного обеспечения

Злокачественные новообразования	Количество больных	Количество пациентов, получающих медикаменты по ДЛО	Доля пациентов получающих медикаменты по ДЛО, %	Сумма лекарственного обеспечения в месяц, руб.	Сумма на одного пациента руб.
1	2	3	4	5	6
Губы и языка	22	4	18,2	8500	2125
Ротоглотки	10	3	30,0	2500	833
Пищевода	4	2	50,0	5000	2500
Желудка	43	26	60,5	46500	1788
Ободочной кишки	65	50	76,9	94000	1880
Прямой кишки	44	32	72,7	55400	1731
Бронхов и легкого	33	31	93,9	139000	4484
Меланома кожи	25	8	32,0	17500	2188
Другие ЗН кожи	112	2	1,8	3000	1500
Молочной железы	177	77	43,5	444500	5773
Шейки матки	50	15	30,0	29000	1933
Тела матки	59	34	57,6	45800	1347
Яичника	27	8	29,6	14000	1750

Продолжение табл. 34

1	2	3	4	5	6
Предстательной железы	41	41	100,0	382500	9329
Почки	62	34	54,8	64800	1906
Мочевого пузыря	24	11	45,8	24000	2182
Головного мозга	8	7	87,5	170500	24357
Щитовидной железы	13	3	23,1	6000	2000
Болезнь Ходжкина	13	10	76,9	183000	18300
Миелоидный лейкоз	9	7	77,8	163000	23286
Прочие	43	20	46,5	10100	505
Всего ...	894	429	48,0	1980600	4040

Пациенты с онкологическими заболеваниями в среднем 1,1 раза госпитализировались в Республиканский клинический онкологический диспансер для оказания специализированной медицинской помощи.

Таким образом, работа врача-онколога по диспансеризации пациентов с онкологическими заболеваниями заключалась в оказании первичной специализированной помощи в поликлинике и на дому, контроль за состоянием здоровья, назначение лекарственных препаратов, направление на оказание специализированной медицинской помощи, направление на медико-социальную экспертизу. Объем медицинской помощи, выполняемый врачом-онкологом первичного онкологического кабинета поликлиники, имеет значение при планировании нагрузки врача-специалиста.

Резюме. Таким образом, регулярным диспансерным наблюдением врачом-онкологом были охвачены 62,0% пациентов. В среднем пациент посетил врачей-специалистов около 13 раз в течение 3-х лет наблюдения, 3,8 посещения было выполнено к врачам-терапевтам, 3,6 – к хирургам, 2,2 – к врачу-неврологу и т.д. Причинами обращений пациентов к врачам-специалистам были в основном хронические заболевания органов и си-

стем. К врачу-онкологу поликлиники за период анализа пациенты с онкологическими заболеваниями обратились 3,5 раза, наибольшее число посещений сделано пациентами с заболеванием предстательной железы и молочной железы. Поводом посещений были контроль за состоянием здоровья пациента, назначение лекарственных препаратов и другие. Для оказания паллиативной помощи пациентам с III-IV стадиями заболевания врач-онколог выполнил 3,9 посещения на дому. Из числа обследованных нами пациентов 48,0%, находящихся в списке федеральных льготников, пользовались льготным лекарственным обеспечением. В течение месяца им было получено лекарственных препаратов на сумму 2 768 800 рублей, в среднем на одного пациента приходилось 6478 рублей.

5.3. Мероприятия по совершенствованию диспансеризации пациентов при онкологических заболеваниях в условиях поликлиники

Для повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи и улучшения здоровья пациентов необходимо выполнять следующие мероприятия (схема 2).

Согласно порядку оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, в онкологическом диспансере или в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения больного, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года - один раз в три месяца, в течение второго года - один раз в шесть месяцев, в дальнейшем - один раз в год.

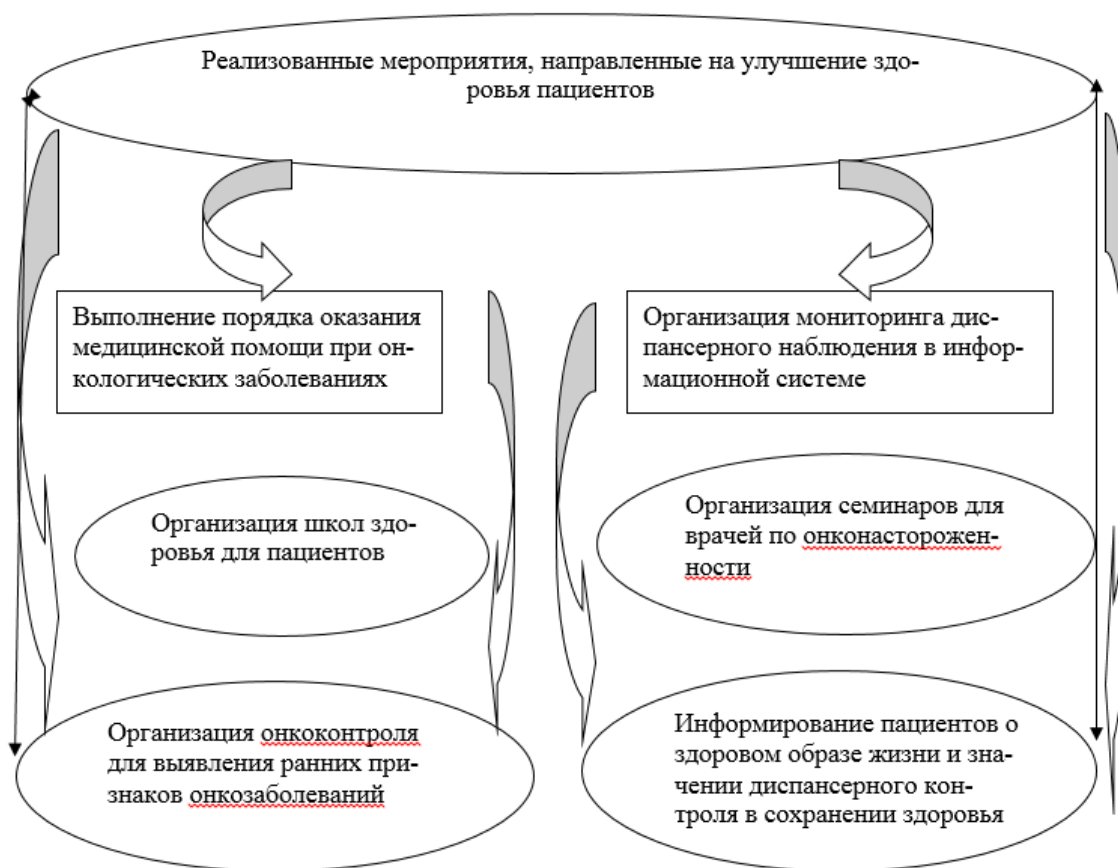


Схема 2. Мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

Для реализации приказа были проведены ряд мероприятий: укомплектование поликлиники врачом-онкологом, определение порядка направления пациентов при подозрении на онкозаболевания к врачу-онкологу, утверждение объема лабораторно-диагностических исследований.

Для совершенствования первичной специализированной помощи больным с целью повышения доступности медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами поликлиники, обеспечения своевременного

обращения больных к врачу-онкологу поликлиник для контроля за состоянием здоровья и получения лечения была составлена компьютерная база данных о пациентах. В компьютерную программу заложена периодичность обращения пациентов к врачу-онкологу и врачам-специалистам, организованы активный вызов пациентов в поликлинику или посещение на дому. Контрольные карты диспансерного больного заносились в компьютерную программу «Промед», что дало возможность проследить своевременность обращения пациентов к врачу-онкологу и увеличить объем посещений.

К врачу-онкологу в первичный онкологический кабинет направляются пациенты с подозрением на наличие онкопатологии. Одной из функций врача-онколога является обследование таких пациентов и при обнаружении онкопатологии направление их в межмуниципальные онкоцентры, организованные согласно приказу МЗ РФ № 915.

С целью реализации приказа МЗ Республики Башкортостан №2783 от 22.09.2014г. «О внедрении системы онкологического контроля в амбулаторно-поликлинической службе медицинских организаций Республики Башкортостан» в поликлинике № 38 г. Уфы за 2014-2015 гг. было обследовано 16 тыс. жителей. Организация онкоконтроля позволила увеличить охват населения опросом для раннего выявления начальных признаков онкологических заболеваний среди населения. Большинство из них обратились к врачам-терапевтам (26,0%). Реализация мероприятий, предусмотренных данным приказом, показала их эффективность в плане выявления онкопатологий на начальных стадиях. В результате опроса 16 тыс. жителей у 64 пациентов были выявлены признаки онкологического заболевания. Диагноз онкологического заболевания верифицирован в республиканском онкологическом диспансере у 8 пациентов и все в начальной стадии процесса. Данная программа способствует тому, чтобы пациенты обратили внимание на начальные признаки онкологического заболевания, и она направлена на повышение онконастороженности населения (табл. 35).

**Структура охваченных лиц онкоконтролем специалистами
поликлиники № 38 г. Уфы за 2013-2015гг., %**

Обращение к специалисту	Итого
Терапевту	26,0
Хирургу	7,0
Неврологу	22,0
Эндокринологу	5,0
Офтальмологу	6,5
Травматологу	12,0
Урологу	6,0
Отоларингологу	2,8
Прочим	12,7
Всего ...	100,0

Следующим мероприятием, направленным на совершенствование диспансеризации пациентов с онкопатологией, явилась организация школ здоровья. Была разработана тематика школ здоровья. С целью улучшения качества жизни пациентов иногда школа здоровья проводилась с приглашением служителя церкви. Занятия в 2014 году проводились 4 раза с охватом 120 пациентов, в 2015 году – 6 раз с охватом 180 пациентов.

Темы для школ здоровья:

- 1) Ранняя реабилитация пациенток, перенесших хирургическое лечение рака молочной железы;
- 2) Школа стомированных больных;
- 3) Гормонотерапия в лечении рака предстательной железы;
- 4) Беседы с религиозными деятелями;
- 5) Школа психологической разгрузки;
- 6) Питание для перенесших лечение рака органов пищеварения;
- 7) Диспансерный контроль пациентов онкологического профиля;
- 8) Школа для ухаживающих за паллиативными пациентами;
- 9) Рак кожи. Раннее выявление патологии;
- 10) Оформление группы инвалидности. Консультации.

В связи с улучшением диспансеризации пациентов, повышением информированности населения об онкопатологиях, проведением школы здоровья для пациентов произошло некоторое улучшение показателей: одногодичной летальности и пятилетней выживаемости по некоторым локализациям ЗН в поликлинике № 38 г. Уфы (табл. 36). Одногодичная летальность в 2010-2012гг. составила 28,1%, в 2013-2015гг. снизилась до 18,3%. Пятилетняя выживаемость возросла лишь на 5,2%.

Для оценки эффективности диспансерного наблюдения пациенты, находящиеся на диспансерном наблюдении, в зависимости от образа жизни были распределены на две группы. Число наблюдений в обеих группах составила по 150 человек, группы были схожи по полу и возрасту. В исследование включены пациенты с онкологическими заболеваниями, за исключением пациентов с другими новообразованиями кожи. Учетные признаки для оценки были составлены врачом-онкологом.

Характеристика первой группы показала, что большинство пациентов регулярно посещали врача-онколога и врачей-специалистов по направлению врача-онколога (82,5%), регулярно получали лекарственные препараты (75,0%), часто посещали школы здоровья для пациентов (охват 67,0%).

Таблица 36

Показатели онкологической помощи по данным первичного онкологического кабинета МБУЗ «Поликлиника № 38» г. Уфы

Локализация опухоли	Одногодичная летальность		Пятилетняя выживаемость	
	2010-2012гг.	2013-2015гг.	2010-2012гг.	2013-2015гг.
1	2	3	4	5
Злокачественные новообразования — всего, в т.ч.	28,1	18,3	51,6	54,3
Губы	0,0	0,0	69,5	42,4
Полости рта	0,0	0,0	62,5	62,5
Глотки	-	-	50,0	30,0
Пищевода	50,0	25,0	50,0	25,0
Желудка	50,0	50,0	51,2	55,4

Продолжение табл. 36

1	2	3	4	5
Ободочной кишки	36,4	18,6	40,6	56,7
Прямой кишки, ректосигмовидного соединения, ануса	22,2	18,3	52,3	54,8
Поджелудочной железы	66,7	42,4	50,0	50,0
Гортани	0,0	12,5	57,9	54,8
Трахеи, бронхов, легкого	27,3	19,8	50,8	56,7
Меланома кожи	25,0	22,5	85,3	80,0
Других новообразований кожи	0,0	0,0	82,2	100,0
Грудной железы	0,0	0,0	85,0	75,0
Предстательной железы	12,4	6,7	47,8	57,4

В течение трех лет наблюдения количество посещений врача-онколога составило в среднем 8,4 раза, пациенты посещали врача-терапевта – 5,8 раза, врачей хирургических специальностей – 4,5 раза, 4,2 раза проходили за 2013-2015гг. лабораторные исследования и другие методы обследования по назначению врачей. Среди обследованных 67,0% пациентов отказались от курения, очень редко отмечали потребление вина (табл. 38).

Таблица 38

Характеристика пациентов в зависимости от образа жизни, на 100 опрошенных

Критерии характеристики	Первая группа	Вторая группа
Придерживались рекомендаций врачей	78,0	22,0
Отказались от курения	67,0	18,0
Отказались от потребления алкоголя	75,0	24,0
Посещали школы здоровья	67,0	12,0
Постоянно находились на диспансерном контроле	92,0	34,0
Пользовались лекарственным обеспечением по ДЛО	67,0	32,0
Соблюдали режим питания	82,0	27,0
Питались рационально	83,0	22,0
Занимались самолечением	8,0	44,0
Наступило прогрессирование заболевания	22,5	62,0
Летальный исход	18,6	23,0
Инвалидизация	65,4	85,0

Вторая группа характеризовалась низкой медицинской активностью, редким отказом от курения и потребления алкоголя, большинство не придерживались рекомендаций врачей, почти половина занимались самолечением. Так среди них только 22,0% выполняли рекомендации врачей в полном объеме, своевременно обращались к врачам-специалистам, отказались от курения 18,0%, посещали школу здоровья для пациентов 12,0%.

В этих двух группах были определены показатели онкологической помощи. Была разработана карта выкопировки из медицинских документов (медицинская карта пациента, получающего амбулаторную медицинскую помощь и контрольная карт диспансерного наблюдения), определены критерии ухудшения состояния здоровья пациента при различных локализациях патологического процесса (табл. 38). В качестве критерия ухудшения состояния здоровья использованы 4 показателя:

- 1) метастазирование - процесс распространения опухолевых клеток из первичного очага в другие органы с образованием вторичных опухолевых очагов;
- 2) рецидив - возобновление роста опухоли в ее исходной локализации;
- 3) инвалидизация;
- 4) летальный исход.

Таблица 38

Критерии прогрессирования заболевания при различных локализациях злокачественного новообразования

Локализация процесса	Критерии ухудшения здоровья
1	2
Органы дыхания	Появление новых патологических очагов в легких (при КТ ОГК)
Молочная железа	Вновь выявленная опухоль (при маммографии); патологическое увеличение подмышечных лимфоузлов (матастазы в лимфоузлах); появление патологических очагов в легких (КТ ОГК); появление патологических очагов в костях (сцинтиграфия костей)

1	2
Ободочная и прямая кишка	Появление патологических очагов: а) в легких (КТ ОГК); б) в печени (КТ/МРТ ОБП); в) в головном мозге (МРТ головного мозга); г) увеличение внутрибрюшинных/забрюшинных лимфоузлов (МРТ ОБП); д) возникновение опухоли в локализации проведенной операции (МРТ ОБП колоноскопия); е) появление патологических очагов в костях (сцинтиграфия костей).
Органы репродуктивной системы у женщин	Патологическое увеличение показателя онкомаркера СА125; патологическое увеличение объема яичников (КТ ОМТ, УЗИ ОМТ)
Органы репродуктивной системы у мужчин	Патологическое увеличение показателя онкомаркера ПСА; увеличение объема лимфоузлов малого таза (МРТ малого таза); появление патологических очагов в костях (сцинтиграфия костей).
Мочевой пузырь	Появление новых опухолей стенки мочевого пузыря (КТ/МРТ органов малого таза)
Почка	Вновь выявленная опухоль в ложе удаленной опухоли (КТ/МРТ ОБП); появление патологических очагов в легких (КТ ОГК); появление патологических очагов в костях (сцинтиграфия костей).
Желудок	Увеличение внутрибрюшинных/забрюшинных лимфоузлов (МРТ ОБП); появление патологических очагов в легких (КТ ОГК); вновь выявленная опухоль в проекции анастомоза (ФГДС).
Пищевод	Увеличение внутригрудных лимфоузлов (КТ средостения); вновь выявленная опухоль в проекции анастомоза (ФГД); появление патологических очагов в легких (КТ ОГК).
Головной мозг	Вновь выявленные очаги в головном мозге (МРТ головного мозга); увеличение объема остаточной опухоли головного мозга (МРТ головного мозга).

Изучение состояния здоровья пациентов показало, что во второй группе больше оказалось пациентов с прогрессированием заболевания. В первой группе таковых оказалось 22,5%, во второй группе 62,0%. Летальный исход за три года наблюдения в первой группе наблюдался у 18,6%, во второй группе – у 23,0%, инвалидизация в первой группе составила 65,4%, во второй группе – 85,0% (табл. 39).

Реализованные мероприятия по совершенствованию диспансеризации пациентов привели к улучшению состояния здоровья пациентов. В течение трех лет наблюдения на 15,0% снизилось число пациентов с прогрессированием заболевания и летальность на 20,0%.

С целью совершенствования медицинской помощи пациентам были проведены обучающие семинары по повышению онконастороженности врачей. Обучением было охвачено 35 врачей. Обучение предусматривало решение ситуационных задач. Каждому врачу было предоставлено 5 ситуационных задач по описанию алгоритма обследования пациента при наличии хронических заболеваний, являющихся предвестниками онкозаболеваний.

Одним из критериев доступности и качества медицинской помощи является удовлетворенность пациентов организацией медицинской помощи. После реализации мероприятий был проведен повторный опрос пациентов. В исследовании участвовали 120 пациентов, посетивших школы здоровья, организованных в поликлиниках. Удовлетворенность организацией онкологической помощи по мнению пациентов составила 75,0%, т.е. Причинами неудовлетворенности были: недостаточность льготного лекарственного обеспечения (65% ответов), недостаточный объем лабораторных и диагностических исследований (47,0% ответов), загруженность врачей-онкологов (28,0% ответов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время проблемой, имеющей социальное значение в Российской Федерации и требующей принятия целенаправленных решений и межведомственного подхода, является высокая заболеваемость злокачественными новообразованиями. На профилактических осмотрах выявляется только каждый десятый случай онкологической патологии, а доля лиц с впервые установленным диагнозом позднего выявления (IV стадия), достигает 22,3%, то есть каждая пятая опухоль выявляется при наличии отдаленных метастазов (Чиссов В.И, Старинский В.В., Петрова Г.В., 2011; Фролова О.А., Уткельбаев Р.И., Сафиуллина З.Ф., 2012).

Согласно приказу от 15 ноября 2012 г. № 915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "Онкология" больные с онкологическими заболеваниями подлежат пожизненному диспансерному наблюдению в первичном онкологическом кабинете или первичном онкологическом отделении медицинской организации, онкологическом диспансере или медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями.

Динамику заболеваемости онкологическими заболеваниями провели за 2010-2015гг. Для выявления динамики определили групповую среднюю величину заболеваемости. При сравнении групповой средней показателя заболеваемости за период с 2010 по 2012 гг. и с 2013 по 2015 гг. нами было выявлено, что по всем локализациям данный показатель вырос на 6,4 % (с 320,6 до 341,2 на 100 тыс. населения).

Наибольший рост заболеваемости ЗН в исследуемые периоды (2010-2012 и 2013-2015гг.) был зарегистрирован ЗН предстательной железы – на 72,2%, снижение ЗН прямой кишки – на 9,7%. Из 13 рассмотренных локализаций рост заболеваемости наблюдался при 8 локализациях (ободочная кишка, поджелудочная железа, трахея, бронхи и легкие, молочная железа, шейка матки, тело матки, яичник, предстательная железа, кроветворная и

лимфатическая системы) снижение при 4 локализациях (желудок, прямая кишка, кожа, мочевого пузыря).

Установлено, что смертность от онкологических заболеваний, так же как и заболеваемость по сравнению с 2010 г. среди лиц обоего пола возросла на 7,9%, среди мужчин – на 3,7%, среди женщин – на 3,8%. В структуре смертности от ЗН по нозологиям в 2010г. ранговые места распределились следующим образом: ЗН трахеи, бронхов и легкого (16,4%), желудок (10,2%), молочная железа (10,0%), ободочная кишка (7,6%), прямая кишка (7,1%). В структуре умерших от ЗН в 2015 году ЗН трахеи, бронхов и легкого заняли 15,6%, молочной железы – 10,4%, желудка – 9,3%, ободочной кишки – 8,3%, прямой кишки – 7,1%, женских половых органов – 8,0%.

В целом смертность от онкологических заболеваний возросла с 177,2 до 186,6 на 100 тыс. человек.

Анализ показателей смертности по групповой средней, рассчитанная за 2010-2012гг. и 2013-2015гг., показал, что заболеваемость ЗН желудка возросла в целом на 11,4%, ободочной кишки – на 7,5%, поджелудочной железы – на 11,8%, трахеи, бронхов, легкого – на 5,5%, шейки матки – на 9,7%, предстательной железы на 23,3%, кроветворной и лимфатической системы – на 9,5%. Наиболее неблагоприятная ситуация по смертности от онкологических заболеваний в молодых возрастных группах наблюдались при ЗН поджелудочной железы, молочной железы, шейки матки, кроветворной и лимфатической тканей.

Медико-социальная характеристика 894 пациентов с онкологическими заболеваниями, состоящими на диспансерном наблюдении у врача-онколога, показала, что среди них отмечается высокая распространенность сопутствующих заболеваний. На 100 обследованных выявлено 358,7 сопутствующего заболевания, в структуре которых 40,7% приходится на болезни системы кровообращения, 13,0% – на болезни желудка и 12-перстной кишки, 12,8% – на болезни суставов, 11,5% – на сахарный диабет и др. Инвалидность имели 72,0% пациента, из них 61,2% имели третью группу

инвалидности, 37,8% – вторую и 1,0% – первую группу инвалидности. Среди пациентов с III-IV стадиями заболевания была выше распространенность сопутствующих заболеваний (510,0 заболевания на 100 обследованных) и инвалидность (92,0%), более половины пациентов испытывали эмоциональные переживания (третья часть мужчин и две трети женщин).

Среди пациентов большинство были женщины (64,9%), средний возраст мужчин составил $66,9 \pm 0,7$ года, женщин – $68,8 \pm 0,4$ года. Состояли в браке 63,8% пациентов (среди мужчин 76,2%, среди женщин 53,7%), 16,0% вдовы (среди мужчин – 5,9%, среди женщин – 20,5%), большинство имеют среднее специальное образование 45,8%, пятая часть – высшее образование (22,8%), продолжают работать 35,0%. Среди пациентов с I-II стадиями заболевания работал каждый второй, с III-IV стадиями – каждый десятый.

Уровень дохода был низким у 39,8% пациентов (48,6% мужчин и 39,4% женщин). Воздействию неблагоприятных факторов и профессиональных вредностей по данным респондентов подвергались больше мужчины, чем женщины 40,7% против 33,3%. Кроме наличия профессиональной вредности, 42,5% респондентов указали на наличие нервно-эмоционального напряжения на работе (50,7% мужчин и 32,9% женщин). Частые ссоры и конфликты в семье отметили 55,0% опрошенных (среди мужчин – 60,1%, среди женщин – 50,8%). Причинами частых конфликтов в семье были частое потребление алкоголя мужа или жены (72,5%) и низкий доход семьи (52,8%).

Не соблюдали режим питания 42,2% респондентов (52,1% мужчин и 31,9% женщин). Питались в общепите чаще мужчины (36,4%), чем женщины (20,2%). Часто употребляли жирную пищу 39,3% мужчин и 39,8% женщин, острую пищу – 42,9% и 51,0% соответственно. Употребляли свежие овощи и фрукты в достаточном количестве 27,9% мужчин и 35,0% женщин, не употребляли 32,9% и 25,0%, употребляли редко 39,3% и 40,0% соответственно.

Среди пациентов курили 45,7% респондентов, курящих среди мужчин было 67,6%, среди женщин 23,4%. Продолжительность курения более 10 лет отметили 56,1% мужчин и 24,7% женщин. Употребляли алкоголь до заболевания 75,9%, в том числе 76,8% мужчин (из них 41,3% предпочитали пиво) и 75,5% женщин (59,2% – вино). 12,5% мужчин и 8,7% женщин употребляли алкоголь ежедневно, 34,3% мужчин и 27,9% женщин отметили наличие онкологических заболеваний у близких родственников.

Изучение медицинской активности до заболевания показало, что не обращались в поликлинику с профилактической целью 57,8% мужчин и 35,5% - женщин, не обращались при появлении жалоб 54,6% мужчин и 37,7% женщин. Диагностические исследования (лабораторные, УЗИ, МРТ, КТ) не проходили в течение последних трех лет 58,6% мужчин и 50,8% женщин. Выявлена низкая медицинская активность и в плане прохождения медицинских осмотров. В течение года не проходили его две трети обследованных (66,4% мужчин и 65,8% женщин).

Исследования показали, что три и более аборта в анамнезе имели 56,4% опрошенных женщин. Применяли гормональные контрацептивы половина женщин (51,8%). Выявлен низкий уровень медицинской активности женщин. Так, 44,6% женщин отметили, что не посещали акушера-гинеколога в течение последних трех лет, 44,2% посещали 1 раз в год, лишь 6,7% посещали акушера-гинеколога 2-3 раза в год.

Изучение особенностей медико-социальной характеристики показало, что для пациентов с III-IV стадиями заболевания чаще, чем для пациентов с I-II стадиями, характерны низкая медицинская активность (OR=1,9), в том числе редкое прохождение флюорографии (1,9), маммографии (1,5), для них характерны курение (OR=1,7), не соблюдение режима питания (1,5), частое использование в пищу острой, жирной пищи (OR=1,6), частое потребление алкоголя (OR=1,5).

Большинство пациентов не осведомлены о возможных причинах ухудшения состояния здоровья. Так, две трети пациентов ответили, что об

этом они не знают, лишь половина считает необходимым проходить диспансерный контроль у врача-онколога. Больше половины пациентов (62,0%) считают, что они нуждаются в информировании их о причинах прогрессирования заболевания, мерах по сохранению здоровья, здоровом образе жизни.

Результаты опроса пациентов позволили распределить факторы риска по их значимости с позиции опрашиваемых. Из представленных возможных факторов риска формирования онкологических заболеваний на первое место по значению фактора 65 из 100 пациентов поставили загрязнение окружающей среды токсическими веществами, на второе место (57,0 из 100 пациентов) – факторы производства, на третье место (45,0 из 100 пациентов) – курение, на четвертое место (37,0 из 100 пациентов) – качество и доступность медицинской помощи, на пятое место (31,0 из 100 пациентов) – злоупотребление алкоголем. Меньшее значение как фактору риска онкологических заболеваний респонденты придают питанию, воздействию стрессов, физической активности, генетическому риску. Респонденты плохо ориентируются в показателях здоровья населения, ничего не знают о состоянии окружающей среды, о том, какие вещества являются опасными для здоровья.

Оценка показателей первичной медико-санитарной помощи населению при онкологических заболеваниях проводилась в 14 самостоятельных поликлиниках г. Уфы. Для оценки деятельно поликлиник были определены усредненные за 2010-2015 гг. показатели, т.е. за 6 лет наблюдения, что позволило нивелировать колебания показателей по годам наблюдения. Анализ деятельности поликлиник города Уфы по показателям, характеризующим организацию медицинской помощи при онкологических заболеваниях, показал, что отмечается большой разброс показателей заболеваемости и смертности по поликлиникам. Заболеваемость онкологическими заболеваниями колебался с 317,9 на 100 тыс. человек взрослого населения (поликлиника № 47) до 612,8 (поликлиника № 1). По г. Уфе показатель

составил 334,9 на 100 тыс. взрослого населения. Высокие показатели заболеваемости выявлены в поликлиниках №№ 1, 2, 33, где доля лиц старше 65 лет высокая и достигает до 33,0%.

Далее определили рейтинги поликлиник по усредненным данным за 2010-2015гг. заболеваемости и смертности взрослого населения г. Уфы. Наименьший показатель имел рейтинг 1, наибольший показатель – рейтинг 14. Усредненный рейтинг по этим двум показателям свидетельствует, что показатели наименьшие в поликлиниках № 47, 40, 44, 32.

Смертность от онкологических заболеваний населения, прикрепленного к поликлиникам, также колебалась от наименьшего значения в поликлинике № 44 (124,0 в расчете на 100 тыс. взрослого населения) до максимального значения в поликлинике № 38 (289,0 в расчете на 100 тыс. взрослого населения).

Показатели деятельности поликлиник по организации медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями были анализированы также по усредненным за 6 лет данным по установлению диагноза в IV стадии, одногодичной летальности и пятилетней выживаемости. Результаты исследования свидетельствуют, что запущенность колебалась по поликлиникам с 19,0% (поликлиника № 33) до 23,2% – в поликлинике № 48. По г. Уфе этот показатель составил 20,5%.

Для 14 самостоятельных поликлиник были определены средний уровень показателей и стандартное отклонение. Такой подход позволил определить величину вариабельности показателей по поликлиникам. Полученные результаты свидетельствуют, что средний уровень заболеваемости онкологическими заболеваниями по 14 поликлиникам составил $438,1 \pm 85,0$ на 100 тыс. взрослого населения, средний уровень смертности – $201,4 \pm 44,6$, выявляемость в IV стадии – $20,8 \pm 4,4\%$, годовичная летальность – $23,7 \pm 5,3\%$, пятилетняя выживаемость – $56,5 \pm 16,4\%$.

Таким образом, ранжирование поликлиник по комплексу показателей позволяет в определенной степени определить уровень оказания медицинской помощи в отдельных медицинских организациях, оценить эффективность профилактических мероприятий, планировать мероприятия по совершенствованию медицинской помощи населению.

Регулярным диспансерным наблюдением врачом-онкологом были охвачены 62,0% пациентов. В среднем пациент посетил врачей-специалистов около 13 раз в течение 3-х лет наблюдения, из них 3,8 посещения было выполнено к врачам-терапевтам, 3,6 – к хирургам, 2,2 – к врачу-неврологу и т.д. Причинами обращений пациентов к врачам-специалистам были в основном хронические заболевания органов и систем. К врачу-онкологу пациенты с онкологическими заболеваниями в поликлинику обратились за период анализа 3,5 раза, наибольшее число посещений сделано пациентами с заболеванием предстательной железы и молочной железы. Поводом посещений были контроль за состоянием здоровья пациента, назначение лекарственных препаратов и другие. Для оказания паллиативной помощи пациентам с III-IV стадиями заболевания врач-онколог выполнил 3,9 посещения на дому. Из числа обследованных нами пациентов 48,0% пользовались льготным лекарственным обеспечением, находясь в списке федеральных льготников.

Были разработаны мероприятия по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

1. Для повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи при онкологических заболеваниях укомплектовать первичные онкокабинеты и онкоотделения врачами-специалистами.

2. Для улучшения онконастороженности врачей первичного звена на курсах дополнительного профессионального образования расширить образовательную программу лекциями и семинарами по диагностике и профилактике онкозаболеваний. Для повышения знаний врачей по онконастороженности, готовности и способности к применению алгоритма обследования пациентов с риском онкозаболеваний использовать разработанные нами ситуационные задачи.

3. Для повышения информированности населения о факторах риска онкологических заболеваний в работу поликлиник внедрить анкетирование населения, с использованием разработанного нами информационно-методического письма.

4. В поликлиниках увеличить охват пациентов обучением в школах здоровья для онкологических больных.

5. Информировать пациентов об отрицательных последствиях отказа от льготного лекарственного обеспечения.

6. Для повышения охвата населения профилактическими осмотрами организовать дворовые обходы с целью включения в обследование не прикрепленных к поликлиникам жителей.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель, Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России / Е.М. Аксель // Онкогинекология. – 2015. – № 1. – С. 7-15.
2. Аксель, Е.М. Злокачественные новообразования молочной железы: состояние онкологической помощи, заболеваемость и смертность. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2008 г. / Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21. – Прил. 1. – С. 51.
3. Аксель, Е.М. Статистика злокачественных новообразований женской половой сферы / Е.М. Аксель // Онкогинекология. – 2012. – № 1. – С. 18-23.
4. Актуальные вопросы повышения доступности и качества дерматовенерологической помощи / Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, М.М. Кохан [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – № 1. – С.71-76.
5. Арефьев, А.А. Современные подходы оптимизации диспансеризации работающего населения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Арефьев Артем Андреевич. – СПб., 2010. – 22 с.
6. Аскарова, З.Ф. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан / З.Ф. Аскарова, Р.А. Аскарлов, Г.А. Чуенкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 4. – С. 30-33.
7. Бантьева, М.Н. Возрастные аспекты заболеваемости взрослого населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения / М.Н. Бантьева, Н.С. Прилипко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 32, № 4. – Режим доступа: <http://elibrary.ru/download/85216195.pdf>.

8. Бутрина, В.И. Медико-организационные технологии современного выявления онкологических заболеваний трудоспособного населения мегаполиса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Бутрина Вера Ивановна. – М., 2014. – 48 с.
9. Вазиев, И.К. О канцерогенной опасности в условиях автомобилестроительной отрасли / И.К. Вазиев // Окружающая среда и здоровье населения: матер. 21 науч.-практич. конф. Поволжского региона. – Казань, 2009. – С. 32.
10. Вазиев, И.К. Повышение эффективности первичной профилактики злокачественных новообразований среди работников предприятий канцерогеноопасного профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Вазиев Ильдар Катипович. – Казань, 2010. – 24 с.
11. Введенская, Е.С. Амбулаторно-поликлиническая помощь больным злокачественными новообразованиями в последний год жизни в системе оказания паллиативной медицинской помощи / Е.С. Введенская, М.В. Даютова // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – Т. 28, № 2. – С. 29-34.
12. Введенская, Е.С. Анализ смертности на дому при формировании организационной модели паллиативной помощи в конце жизни / Е.С. Введенская, Л.Е. Варенова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 4. – С. 29-32.
13. Введенская, Е.С. Комплексный подход при выборе оптимальной организационной формы паллиативной помощи в конце жизни / Е.С. Введенская, Л.Е. Варенова // Современные проблемы социально-демографического развития. – М.: Перо, 2012. – С. 56-72.
14. Введенская, Е.С. Объем амбулаторно-поликлинической помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в конце жизни / Е.С. Введенская, М.В. Даудова // Актуальные вопросы клинической онкологии: сб. матер. науч. - практич. кон., посвящ.

- 70-летию Ставропольского краевого клин. Онкологического диспансера. – Ставрополь, 2015. – С. 135-139.
15. Влияние приоритетного национального проекта «здоровье» и национальной онкологической программы на раннее выявление злокачественных новообразований визуальных локализаций / А.В. Важенин, Е.А. Журавлев, А.С. Доможирова [и др.] // Креативная хирургия и онкология. – 2010. – № 4. – С. 12-15.
 16. Внедрение порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». Совершенствование структурной и кадровой политики онкологической службы / А.Д. Каприн, В.В. Старинский, Г.С. Алексеева [и др.] // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5. – С. 9-13.
 17. ВОЗ, Комис. по соц. детерминантам здоровья, Комис. по детерминантам здоровья, 2009; M. Whitehead, G. Dahlgreen; Европ. регион. бюро ВОЗ. – Режим доступа:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/103825/E89384R.pdf.
 18. Вопросы ранней диагностики и профилактики заболеваний. Формирование здорового образа жизни / И.И. Чукаева, М.А. Шургая, А.З. Кашежева [и др.] // Лечебное дело. – 2011. – № 3. – С. 25-31.
 19. Вялков, А.И. Формирование общественного здоровья и оздоровление населения – важнейшие задачи решения демографических проблем в РФ / А.И. Вялков // Главврач. – 2006. – № 9. – С. 4-7.
 20. Газизов, М.А. Динамика смертности населения от злокачественных новообразований в муниципальных районах Республики Башкортостан / М.А. Газизов, М.В. Борисова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2010. – № 2. – С. 47-50.
 21. Ганцев, Ш.Х. Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш.Х. Ганцев. – М.: ГЭОТАР-Медия, 2012. – 448 с.

22. Ганцев, Ш.Х. Профилактика рака: пути решения проблемы / Ш.Х. Ганцев, А.М. Ханов, И.Ю. Селезнев // Креативная хирургия и онкология. – 2011. – № 3. – С. 21-23.
23. Гарифуллина, Э.Ф. Диспансеризация больных лимфомами кожи / Э.Ф. Гарифуллина // Вестник современной клинической медицины. – 2012. – Т. 5, № 4. – С. 13-19.
24. Гордиенко, В.П. Медико-социальная оценка онкологической ситуации в Амурской области / В.П. Гордиенко, Н.А. Капитоненко, А.А. Вахненко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 104-107.
25. Гордиенко, В.П. Медико-социологическая оценка образа жизни и некоторых показателей онкологической помощи населению Амурской области / В.П. Гордиенко, А.А. Вахненко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 26, № 4. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/61/30/lang/ru/>
26. Давыдов, М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2008 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2010. – Т. 21, Прил. 1. – С. 52-86.
27. Давыдов М. И. Ганцев, Ш. Х. . Онкология : учебник / 2010. - 920 с.
28. Давыдов, М.И. Клиническая маммология (практическое руководство) / М.И. Давыдов, В.П. Летягин. – М.: АБВ-пресс, 2010. – 154 с.
29. Дёмин, Е.В. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных / Е.В. Демин, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. – 2007. – №1. – С. 84-89.
30. Пузин, С.Н. Диспансеризация онкогинекологических больных. Состояние вопроса в России / С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, Д.С. Огай [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2012. – № 3-4. – С. 173-176.

31. Дмитриев, В.Н. Комплексное исследование заболеваемости, смертности и инвалидности вследствие злокачественных новообразований женских половых органов и пути совершенствования медико-социальной экспертизы и реабилитации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Дмитриев Вадим Николаевич. – М., 2015. – 46 с.
32. Доксов, Д.В. Пути эффективного управления онкологической ситуацией: на модели Челябинской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Доксов Дмитрий Вячеславович. – Ростов-на./Д, 2008. – 27 с.
33. Должников, А.А. Папиллома вирусная инфекция и рак шейки матки: некоторые проблемы скрининга, ранней диагностики и прогноза. / А.А. Должников, Н.И. Чернакова // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2012. – № 3. – С. 12-15.
34. Домашенко, А.А. Комплексное исследование инвалидности и научное обоснование современных подходов к системе реабилитации больных и инвалидов вследствие злокачественных новообразований: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.06 / Домашенко Андрей Александрович. – М., 2013. – 44 с.
35. Домашенко, Е.В. Медико-социальные аспекты инвалидности и современные подходы к медико-социальной экспертизе при злокачественных новообразованиях женских половых органов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03, 14.02.06 / Домашенко Елена Владимировна. – М., 2011. – 24 с.
36. Дымочка, М.А. Анализ показателей первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации, её округах и субъектах в динамике за 2011-2013 гг. / М.А. Дымочка, Л.П. Гришина, З.М. Волкова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2014. – № 2. – С. 8-12.

37. Евсюков, А.А. Медико-демографические и организационные основы медицинской помощи сельскому населению в современных экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Евсюков Андрей Александрович. – М., 2010. – 48 с.
38. Ерофеев, Ю.В. Характеристика смертности населения Омской области / Ю.В. Ерофеев, Т.Г. Равдугина, Ю.И. Гальчиков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 5. – С. 40-43.
39. Жерновой, М.В. Бедность и стресс - как факторы риска онкологической патологии (на примере Приморского края) / М.В. Жерновой, С.В. Юдин// Онкологической службе Амурской области - 55 лет: сб. науч. тр. – Благовещенск, 2008. – С. 152-155.
40. Заболеваемость и смертность при раке органов репродуктивной системы в отдельно взятом регионе / В.П. Гордиенко, Н.А. Капитоненко, А.В. Павлов [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал – 2010. – № 2. – С. 116-120.
41. Защити желудок от рака: частота атрофического гастрита у пациентов со сниженным пепсиногеном / Д.И. Абдулганиева, Р.А. Абдулхаков, С.Р. Абдулхаков [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – № 5, Прил. 42. – С. 12.
42. Здравоохранение в России 2009: статистический сборник Росстата. – М., 2009. – 365 с.
43. Злокачественные новообразования в Беларуси: преждевременная смертность населения трудоспособного возраста, социальные потери / Н.Н. Антоненкова, П.И. Моисеев, А.А. Машевский [и др.] // Онкологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 36-44.
44. Злокачественные новообразования в России в 2011 г. / под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2013. – 289 с.
45. Злокачественные новообразования и факторы риска в региональном рассмотрении / А.А. Васильев, О.С. Саурина, А.С. Макарян [и др.] //

Вестник российского университета дружбы народов. Серия: Медицина.– 2014. – № 4. – С. 85-93.

46. Иванова, А.Е. Динамика социального реформирования в медико-демографических показателях (смертность) / А.Е. Иванова // Социально-демографическая безопасность России / под ред. В.А. Черешнева, А.И. Татаркина. – Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2008. – С. 35-43.
47. История и современное состояние проблемы диспансеризации онкогинекологических больных / С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, Д.С. Огай [и др.]// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – № 4. – С. 3-6.
48. Казанцева, М.В. Научное обоснование совершенствования профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Казанцева Маргарита Викторовна. – М., 2014. – 48 с.
49. Киприанова, Н.С. Анализ динамики заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения республики Саха (Якутия) / Н.С. Киприанова // Российский онкологический журнал. – 2008. – № 3. – С. 42-45.
50. Киприанова, Н.С. Проблемы организации онкологической помощи населению Республики Саха (Якутия) / Н.С. Киприанова, А.В. Эверстова // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 4. – С. 74-81.
51. Киприянова, Н.С. Социально-экономические аспекты заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований среди населения Республики Саха (Якутия) / Н.С. Киприянова // Российский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 7-9.
52. Киприянова, Н.С. Экономические аспекты амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным в Якутии / Н.С. Киприянова,

- А.В. Эверстова // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 4. – С. 82-87.
53. Клинические группы диспансерного наблюдения в онкогинекологии / Д.С. Огай, С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди [и др.] // Гинекология. – 2012. – № 2. – С. 45-47.
54. Койчуев, А.А. Региональная модель профилактики онкологической патологии и реабилитации пациентов онкологического профиля: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Койчуев Арсен Аскерович. – М., 2015. – 48 с.
55. Комплексный медико-организационный подход к совершенствованию системы ранней диагностики злокачественных новообразований в первичном звене здравоохранения / В.А. Козлов, Б.А. Поляков, Д.А. Недавний [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т. 17.– № 4. – С. 203-205.
56. Котелевец, С.М. Как проводить скрининг и профилактику предраковых состояний желудка в рамках национального проекта «Здоровье»? По итогам программы скрининга и профилактики атрофического гастрита, реализуемой в Карачаево-Черкесской республике / С.М. Котелевец, М.Г. Пронько, М.М. Хубиева // Врач скорой помощи. – 2012. – № 2. – С. 43-47.
57. Котелевец, С.М. Роль различных видов фармакотерапии в регрессе предрака желудка по результатам серологического скрининга в рамках национального проекта «Здоровье» / С.М. Котелевец, М.Г. Пронько, М.М. Хубиева // Врач скорой помощи. – 2012. – № 3. – С. 48-52.
58. Котелевец, С.М. Современные аспекты диспансеризации определенных групп взрослого населения / С.М. Котелевец // Дневник казанской медицинской школы. – 2013. – № 3 (3). – С. 31-34.
59. Кривонос, О.В. Меры по реализации национальной онкологической программы и постановления Правительства Российской Федерации по

- совершенствованию онкологической помощи населению / О.В. Кривонос, В.И. Чиссов, В.В. Старинский // Креативная хирургия и онкология.– 2010. – № 3. – С. 5-8.
60. Кудряков, А.Ю. Оценка эффективности медицинского аспекта деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений Тюменской области/ А.Ю. Кудряков // Медицинская наука и образование Урала. – 2011.– Т. 12, № 3-2. – С. 54-56.
61. Кудряков А.Ю. Школа здоровья для пациентов с онкологическими заболеваниями (пятилетний опыт) / А.Ю.Кудряков, Б.Н.Бабинов [и соавт] // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т16. № 4. – С 15.
62. Кудряшова, Л.Н. Ситуационный анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан и г. Уфа за 2001-2010 гг., как основа модернизации онкологической службы / Л.Н. Кудряшова // Научно-практические аспекты модернизации онкологической службы регионального уровня: матер. Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием. – Красноярск: Сиенит-КрАЗ, 2012. – С. 91-99.
63. Кудряшова, Л.Н. Смертность от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан и города Уфы за 2001 – 2010 гг. / Л.Н. Кудряшова, Л.Р. Назмиева, Д.М. Габитова // Креативная онкология и хирургия. – 2012. – Режим доступа: <http://eoncosurg.com/?p=1924>.
64. Лазарев, А.Ф. Цифровые технологии в формировании групп повышенного онкологического риска / А.Ф. Лазарев // Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – Казань, 2007. – С. 86-88.
65. Левченко, Е.В. Скрининг рака легкого / Е.В. Левченко // Практическая онкология. – 2010. – Т. 11, № 2. – С. 88-95.

66. Лещенко, Я.А. Смертность населения трудоспособного возраста в Иркутской области / Я.А. Лещенко, О.Г. Батура, Л.Н. Лебедева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2008. – № 3. – С. 21-25.
67. Лисицын, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. – № 3. – С. 49-52.
68. Марущак, И.А. Научное обоснование комплекса мероприятий по ранней диагностике злокачественных новообразований репродуктивной системы у женщин: (на примере г. Хабаровска): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Марущак Ирина Александровна. – Хабаровск, 2006. – 24 с.
69. Макаров, С.В. Оценка влияния ресурсного обеспечения лечебно-профилактических учреждений на эффективность раннего выявления злокачественных новообразований: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Макаров Сергей Викторович. – М., 2008. – 24 с.
70. Максимова, Т.М. Особенности заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований в России и странах Западной Европы / Т.М. Максимова, В.Б. Белов // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2011.– № 1. – С. 15-17.
71. Маркина, А.Ю. Совершенствование организации диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Маркина Алена Юрьевна. – Оренбург, 2013. – 24 с.
72. Медик, В.А. Заболеваемость населения: история, современное состояние и методология изучения / В.А. Медик. – М.: Медицина, 2003. – 245с.
73. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально-значимых заболеваний / С.Н. Пузин,

- М.А. Шургая, О.Т. Богова [и др.] // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 3. – С. 3-10.
74. Медико-социальные аспекты здоровья трудоспособного населения с учетом профессиональной деятельности / Н.Х. Амиров, Л.А. Балабанова, И.Д. Ситдикова [и др.] // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2009. – № 3. – С. 26-29.
75. Медико-социальные аспекты и тенденции распространенности онкологических заболеваний в республике Северная Осетия-Алания / З.А. Бадоева, С.А. Амбалова, А.А. Медоева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-1. – С. 17-22.
76. Медицинская экспертиза в онкогинекологии / С.Н. Пузин, Ю.Г. Паяниди, Д.С. Огай [и др.] // Онкогинекология. – 2012. – № 2. – С. 60-67.
77. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10-й пересмотр (МКБ-10). – Женева, 1995. – Т. 1. – 698 с.
78. Мерабишвили, В.М. Выживаемость онкологических больных / В.М. Мерабишвили. – СПб.: КОСТА, 2006. – 440 с.
79. Мерабишвили, В.М. Статистическая оценка возникновения риска злокачественных новообразований и анализ онкологической ситуации на популяционном уровне / В.М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2008. – Т. 54, № 2. – С. 148-156.
80. Мерабишвили, В.М. Рак шейки матки: заболеваемость, смертность (популяционное исследование) / В.М. Мерабишвили, Э.И. Лалианци, О.Ю. Субботина // Вопросы онкологии. – 2012. – Т. 58, № 1. – С. 41-44.
81. Мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи онкологическим больным / В.В. Старинский [и др.] // Онкология XXI века – от научных исследований в клиническую практику: матер. VIII съезда онкологов России, 11-13 сентября 2013 г.: в 3-х т. – СПб, 2013. – Т. 1. – С 197-198.

82. Методика формирования групп повышенного риска возникновения рака гортани среди населения Брянской области / В.А. Лужецкий, И.И. Дубовой, Л.И. Пугач [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – № 6 (40). – Режим доступа:
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/625/30/lang,ru/>
83. Михетько, А.А. Рак шейки матки в республике Карелия. Эпидемиология и скрининг / А.А. Михетько // Вопросы онкологии. – 2010. – Т. 56. – № 6. – С. 660-663.
84. Многофакторный анализ заболеваемости и смертности при раке молочной железы в РСО-Алания / М.Э. Дзодзикова, И.Г. Павлова, З.Я. Бибоева, Д.К. Аликова // Здоровье и образование в XXI веке: сб. науч. тр. IX междунар. конгр. – М., 2008. – С. 551-552.
85. Мошуров, И.П. Оригинальные технологии управления онкологической службой Российской академии медицинских наук / И.П. Мошуров, Б.Б. Кравец // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 188-194.
86. Мошуров, И.П. Системный подход в анализе онкологической службы / И.П. Мошуров, Б.Б. Кравец // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т. 7, № 3. – С. 293-296.
87. Недавний, Д.А. Характеристика медико-социальной эффективности онкологической помощи в Ивановской области / Д.А. Недавний, Д.Л. Мушников, В.А. Козлов // Здоровье и образование в XXI веке. – 2015. – Т. 17, № 4. – С. 230-246.
88. Необходимость развития и совершенствования паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией / Н.Н. Антоненкова, Г.В. Якимович, И.Д. Черных [и др.] // Материалы республиканской научно-практической конференции, посвящённой 40-летию кафедры онкологии. – Минск, 2014. – С. 12-14.
89. Никитин, Ю.П. Метаболический синдром и его компоненты как возможные модифицируемые факторы риска рака / Ю.П. Никитин, Т.Г.

- Опенко, Г.И. Симонова // Сибирский онкологический журнал. – 2012. – № 2. – С. 68-72.
90. Новикова, О.Ю. Оценка особенностей территориального распространения злокачественных новообразований в крупном городе с помощью медико-экологических географических информационных систем: на примере рака легкого в г. Хабаровске: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27, 14.00.14 / Новикова Ольга Юрьевна. – Барнаул, 2008. – 24 с.
91. О внесении изменений в федеральную программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)»: постановление Правительства РФ от 28 дек. 2012 г. № 1472 // Собрание законодательства РФ. – 2013. – № 1. – Ст. 66.
92. О федеральной целевой Программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)»: постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 № 280 // Собрание законодательства РФ. – 2007. – № 21. – Ст. 2506.
93. Об утверждении «Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации: распоряжение Правительства Российской Федерации № 2511-р от 24.12.2012 г. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70290076> (Дата обращения: 01.07.2014).
94. Онкологическая заболеваемость и смертность среди населения активного трудоспособного возраста промышленного города Западной Сибири / Р.М. Тахауов, Д.Е. Калинин, А.Б. Карпов [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 1. – С. 11-16.
95. Онкологический компонент диспансеризации сельского населения и значение выездных бригад онкологов / А.Ю. Кудряков, А.Г. Синяков, Т.А. Гайсин [и др.] // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 13-15.
96. Организационная модель «мобильной диспансеризации» в системе третичной профилактики при раке молочной железы / А.Г. Синяков, П.Б.

- Зотов, В.В. Вшивков [и др.] // Медицинская наука и образование Урала.– 2011. – № 3. – С. 69-71.
97. Организация работы и задачи первичного онкологического кабинета в системе онкологической помощи населению Российской Федерации: методические рекомендации / О.В. Кривонос, В.И. Чиссов, В.В. Старинский [и др.]. – М., 2010. – 31 с.
98. Ормонова, Ж.А. Эпидемиология и диагностика рака шейки матки / Ж.А. Ормонова // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008.– Т. 14. – С. 58-60.
99. Основные медико-демографические показатели состояния здоровья населения Алтайского края / В.Б. Колядо, И.А. Пуховец, Ж.И. Вахлова, А.Г. Кайдалов // Общественное здоровье: правовые, экономические и организационные аспекты модернизации здравоохранения Российской Федерации: матер. II Междунар. науч.-практич. конф., посвящ. 75-летию Новосибирского гос. мед. университета, 75-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППв. – Новосибирск, 2010. – С. 343-345.
100. Основные направления совершенствования медицинской помощи онкологическим больным в современных социально-экономических условиях отдельно взятого региона / В.П. Гордиенко, А.А. Вахненко, О.В. Сапегина, Е.М. Ролько // Социальные аспекты здоровья населения. – 2014. – Т. 37, № 3. – Режим доступа:
<http://vestnik.mednet.ru/content/view/568/30/lang.ru/>
101. Павлова, В.И. Первые результаты работы маммологического центра Тюменского областного онкологического диспансера / В.И. Павлова// Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 15-16.
102. Плутницкий, А.Н. Научно-методическое обоснование определения приоритетных направлений развития здравоохранения территории: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Плутницкий Андрей Николаевич. – М., 2014. – 48 с.

103. Подковыркин, Н.А. К проблеме эффективности мер по профилактике онкологических заболеваний / Н.А. Подковыркин, С.Б. Турков, И.А. Шутова // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2011. – № 2 (34). – С. 14-16.
104. Подковыркин, Н.А. Медицинская и экономическая эффективность мероприятий по профилактике онкологических заболеваний / Н.А. Подковыркин, И.А. Шутова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 6. – С. 53-57.
105. Подковыркин, Н.А. Оценка эффективности программ по профилактике онкологических заболеваний / Н.А. Подковыркин, С.Б. Турков, И.А. Шутова // Медицинский альманах. – 2011. – № 5. – С. 96-99.
106. Попова, Т.Н. Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения / Т.Н. Попова, Е.А. Кузеванова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 4. – С. 13-19.
107. Порубова, Г.М. Генетический скрининг заболеваемости женского населения г. Минска раком молочной железы и яичников / Г.М. Порубова, И.В. Демянцева // Лабораторная диагностика Восточная Европа.– 2014. – № 3 (11). – С. 27-30.
108. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей. Практические рекомендации по поддерживающей терапии в онкологии / RUSSCO; под ред. В.М. Моисеенко. – М., 2014. – 404 с.
109. Приказ Министерство здравоохранения Российской Федерации от 19 апреля 1999 г. n 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра.
110. Профилактика и выявление онкологических заболеваний - задачи диспансеризации населения / А.Д. Каприн, Л.М. Александрова, В.В. Старинский [и др.] // Справочник фельдшера и акушерки. – 2014. – № 12. – С. 12-22.

111. Пути снижения уровня одногодичной летальности у онкологических больных / И.П. Мошуров, Б.Б. Кравец, А.А. Серeda [и др.] // Врач-аспирант. – 2013. – Т. 61, № 6.2. – С. 348-353.
112. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и злокачественные новообразования / Ю.Е. Разводовский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 6. – С. 12-15.
113. Результаты наблюдения пациентов регистра предрака высокого риска/ В.Д. Петрова, Т.В. Синкина, Ю.Н. Димитриади [и др.] // Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – Казань, 2007.– С. 140-143.
114. Решетов, И.В. Рак гортаноглотки / И.В. Решетов, В.И. Чиссов, Е.И. Трофимов. – М., 2006. – 75 с.
115. Роль диспансеризации в профилактике и выявлении злокачественных новообразований / А.Д. Каприн, Л.М. Александрова, В.В. Старинский [и др.] // Заместитель главного врача. – 2014. – № 9 (100). – С. 14-23.
116. Румянцев, Г.И. Современные проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения / Г.И. Румянцев, С.М. Новиков, Е.А. Шашина // Окружающая среда, риск, здоровье. – М., 2013. – Режим доступа: URL: http://www.erh.ru/n_pub/n_pub03.php (Дата обращения: 16.04.2014).
117. Ручкин, В.Н. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения Республики Башкортостан и города Уфы за 2001-2010 гг. / В.Н. Ручкин, Л.Н. Кудряшова, Л.Р. Назмиева // Креативная онкология и хирургия. – 2012. – Режим доступа: <http://eoncolog.com/?p=1723>.
118. Ручкин, В.Н. Состояние онкологической службы в Республике Башкортостан / В.Н. Ручкин // Здравоохранение и социальное развитие Башкортостана. – 2008. – Спец. вып. – С. 222-227.

119. Савкова, Р.Ф. Результаты маммографического скрининга рака молочной железы. Опыт ГУЗ «Московский онкологический диспансер» Министерства здравоохранения Московской области / Р.Ф. Савкова, Р.Г. Дударова, И.В. Макеева // Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – Казань, 2007. – С. 162-163.
120. Сдвижков, А.М. Диспансеризация больных с опухолями головы и шеи в Москве - преемственность между онкологами и врачами общей лечебной сети / А.М. Сдвижков, Н.Х. Шацкая, И.Л. Кузнецов // Вестник оториноларингологии. – 2010. – № 2. – С. 21-23.
121. Сдвижков, А.М. Организация маммографического скрининга в г. Москве / А.М. Сдвижков, В.И. Борисов, И.Д. Васильева // Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – Казань, 2007. – С. 173-176.
122. Семенов, В.Ю. Применение принципов стратегического управления системой профилактики социально-опасных заболеваний в Московской области / В.Ю. Семенов, А.Н. Гуров, С.М. Смбатян // Проблемы управления здравоохранением. – 2011. – № 5. – С. 6-9.
123. Семенова, В.Г. Потери от новообразований в контексте программы по совершенствованию организации онкологической помощи населению. / В.Г. Семенова, А.Н. Денисенко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. – № 5 (45). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/707/27/lang,ru/>
124. Сеньчукова М.А., Стадников А.А. О роли бактерий в этиологии и патогенезе злокачественных новообразований // Сибирский онкологический журнал. - 2009. - №2 (32). – С. 80-87.
125. Сидоренко, Ю.С. Организационные резервы улучшения работы онкологической службы / Ю.С. Сидоренко, Г.А. Неродо // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 1. – С. 20-23.

126. Синяков, А.Г. Выявляемость злокачественных новообразований при различных видах профилактических обследований населения юга Тюменской области / А.Г. Синяков // Пути повышения эффективности онкологической службы Российской Федерации. – Казань, 2009. – С. 185-186.
127. Синяков, А.Г. Метастатическое поражение скелета при раке молочной железы: проблемы ранней диагностики в системе третичной профилактики / А.Г. Синяков // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 2. – С. 35-37.
128. Синяков, А.Г. О состоянии онкологической помощи в Тюменской области за 2010 г. / А.Г. Синяков. – Тюмень: Академия, 2011. – 48 с.
129. Синяков, А.Г. Онкологическая ситуация в Тюменской области: проблемы и перспективы / А.Г. Синяков // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 1. – С. 3-7.
130. Ситдикова, И.Д. Анкетный скрининг как метод доклинической диагностики злокачественных новообразований у работников канцерогенно опасных производств / И.Д. Ситдикова, И.К. Вазиев, В.В. Воскресенский // Проблемы и перспективы современной науки. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 79.
131. Сквирская, Г.П. Современные проблемы укрепления здоровья и профилактики заболеваний. Диспансерный метод профилактики / Г.П. Сквирская // Здоровоохранение. – 2010. – № 8. – С. 25-35.
- Состояние медицинской помощи онкологическим больным на территории Амурской области / В.П. Гордиенко, О.В. Сапегина, Т.Н. Коробкова, [и др.] // Онкология. – 2014. – № 1. – С. 56-59.
132. Состояние онкологической помощи населению России в 2003-2011 гг./ под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2012. - 255 с.

133. Состояние онкологической помощи населению России в 2012 г. /под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2013. – 231 с.
134. Состояние онкологической помощи населению России в 2013 году / под ред. А. Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М.: ФГБУ «МНИОИ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2014. – 235 с.
135. Состояние паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания в республике Беларусь (анализ данных белорусского канцер-регистра) / Н.Н. Антоненкова, А.В. Якимович, И.Д. Черных [и др.] // Онкологический журнал. – 2012. – Т. 6, № 3(23). – С. 55-62.
136. Сочинский регистр гемобластозов: модель популяционного регистра и совершенствования диспансеризации / Н.В. Данилова, О.Н. Ушакова, М.И. Спектор [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 6. – С. 57-59.
137. Становление, развитие и совершенствование системы учета и диспансеризации онкологических больных как основы организации и оценки эффективности противораковой борьбы в Беларуси, Литве и Латвии / Ю.И. Аверкин, Г. Смайлите, Я. Мисиньш [и др.] // Онкологический журнал. – 2010. – Т. 4, № 3 (15). – С. 92-99.
138. Стародубов, В.И. Репродуктивные проблемы демографического развития России / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова. – М.: Менеджер здравоохранения, 2012. – 319 с.
139. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 году / под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. – М.: издательская группа РОНЦ, 2014. – 226 с.
140. Субраманиан, С. Курение и рак – взаимосвязанные эпидемии XXI века. Состояние проблемы в мире и в России / С. Субраманиан, Л.В. Демидов, И.Ж. Шубина // Практическая онкология. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 127-130.

141. Сукачев, В.Е. Комплексный анализ заболеваемости, смертности, инвалидности вследствие злокачественных новообразований и пути оптимизации реабилитации больных и инвалидов в Белгородской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Сукачев Владимир Евгеньевич. – М., 2013. – 24 с.
142. Сулейманова Н.Д. Научное обоснование комплекса мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний женской половых органов в сельской местности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2016. – 24 с.
143. Татарников, М.В. Рост онкологической заболеваемости в развивающихся странах за рубежом / М.В. Татарников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2008. – № 12. – С. 71.
144. Тельнова Е.Н. Особенности онкозаболеваемости у женщин // Тезисы Российской научно-практической конференции «Инвалидность, равные возможности». – М., 2010. – С. 14-16.
145. Тельнова Е.Н. Причины смерти больных со злокачественными новообразованиями // Тезисы Российской научно-практической конференции «Инвалидность, равные возможности». – М., 2010. – С. 75-78.
146. Тельнова Е.Н. Характеристика инвалидности взрослого населения вследствие онкологических заболеваний в субъектах РФ // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии М., 2010, №1, 127-129.
147. Тельнова Е.Н. Заболеваемость, инвалидность вследствие злокачественных новообразований и разработка предложений по совершенствованию онкологической помощи и реабилитации больных в Ростовской области: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.
148. Темирханова, К.Т. Комплексное изучение инвалидности вследствие злокачественных новообразований в республике Дагестан и медико-

- социальная реабилитация инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.06 / Темирханова Кепия Темирхановна. – М., 2012. – 26 с.
149. Теплова, Е.Г. Эпидемиология злокачественных новообразований в Самарской области / Е.Г. Теплова, М.В. Айзятова // Вопросы теоретической и практической медицины: матер. 73-й итог. Респуб. науч. конф. студентов и молодых ученых. – Уфа, 2008. – Т. 2. – С. 54-56.
150. Территориальный раковый регистр – основа изучения факторов риска развития злокачественных новообразований / Н.И. Новичкова, Г.А. Александрова, О.В. Доброва, Т.В. Чистякова // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 1. – С. 16-18.
151. Фаттахов, И.А. Современные проблемы смертности мужского населения / И.А. Фаттахов // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2011. – № 1. – С. 103 - 105.
152. Федотов, А.Ю. Новые организационные формы оказания амбулаторной помощи онкологическим больным / А.Ю. Федотов // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: матер. междунар. науч.-практич. конф. – М., 2012. – С. 254-257.
153. Федотов, А.Ю. Результаты анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований / А.Ю. Федотов // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – Вып. 3 – С. 139-141.
154. Филимонюк, А.В. Амбулаторно-поликлиническая помощь онкологическим больным: учебное пособие / А.В. Филимонюк. – М., 2013. – 102 с.
155. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петров. – М., 2012. – 260 с.
156. Чиссов, В.И. Организация онкологической службы в России: пособие для врачей / В.И. Чиссов, В.В. Старинский. – М., 2007. – 663 с.

157. Чиссов, В.И. Профилактика в онкологии / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Т. Данилова // Врач. – 2006. – № 12. – С. 9-11.
158. Чиссов, В.И. Скрининг злокачественных новообразований у женщин / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Т.В. Данилова // Проблемы управления качеством онкологической помощи населению Российской Федерации: матер. Всерос. науч.-практич. конф. – Казань, 2007. – С. 227-230.
159. Шарафутдинов, А.Я. Особенности формирования состояния здоровья населения, проживающего в северной зоне Республики Башкортостан / А.Я. Шарафутдинов, Г.Р. Кутушев, Н.Х. Шарафутдинова // Актуальные вопросы современной медицины и здравоохранения: матер. Респуб. науч.-практич. юбил. конф., посвящ. 70-летию кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсами менеджмента сестринского дела и ИПО БГМУ. – Уфа, 2006. – С. 108-109.
160. Шилова, О.Ю. Молекулярно-генетические методы прогноза и течения рака гортани / О.Ю. Шилова, Л.Н. Уразова // Сибирский онкологический журнал. – 2010. – № 5. – С. 64-70.
161. Шипова, В.М. Планирование объема медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (окончание) / В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов // Заместитель главного врача. – 2012. – № 9. – С. 40-47.
162. Шипова, В.М. Планирование объема работы и численности персонала для оказания больничной помощи при социально значимых заболеваниях / В.М. Шипова, Т.Н. Воронцов // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012. – № 1. – С. 59-63.
163. Широкова, Е.Б. Онкологическая заболеваемость ликвидаторов последствий аварии на черновыльской АЭС по данным медико-дозиметрического регистра московской области / Е.Б. Широкова, Т.Г. Талалеева // Альманах клинической медицины. – 2009. – № 21. – С. 26-31.

164. Щенникова, Т.И. Роль амбулаторно-поликлинических учреждений при оказании специализированной онкологической помощи / Т.И. Щенникова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014.– Т. 4, № 10. – С. 1082-1084.
165. Ялкупт, С.И. Профилактика опухолей / С.И. Ялкупт. – М.: Книга-плюс, 2006. – 452 с.
166. Borena W., Stocks T., Jonsson H. et al. Serum triglycerides and cancer risk in the metabolic syndrome and cancer (Me-Can) collaborative study // Cancer Causes Control. 2011. Vol. 22 (2). P. 291–299.
167. Sang Min Park, Min Kyung Lim, Kyu Won Jung et al. Prediagnosis Smoking, Obesity, Insulin Resistance, and Second Primary Cancer Risk in Male Cancer Survivors: National Health Insurance Corporation Study // J. Clin. Oncol. 2007. Vol. 25 (30). P. 4835–4843.
168. Bjorge T., Stocks T., Lukanova A. et al. Metabolic syndrome and endometrial carcinoma // Am. J. Epidemiol. 2010. Vol. 171 (8). P. 892–902.
169. Bjorge, T. Metabolic syndrome and endometrial carcinoma / T.Bjorge, T.Stocks, A.Lukanova [et al.]// Am. J. Epidemiol. – 2010. – Vol. 171 (8).– P. 892-902.
170. Body mass index, weight change, and risk of prostate cancer in the Cancer Prevention Study II Nutrition Cohort / C. Rodriguez, S.J. Freedland, A. Deka [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. – 2007. – Vol. 16. – P. 63-69.
171. Boyle, P. The globalization of cancer / P. Boyle // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 629-30.
172. Cancer survival in Africa, Asia, and Central America: a population-based study [text] / R. Sankaranarayanan, R. Swaminathan, H. Brenner [et al.] // Lancet Oncol. – 2010. – Vol. 11, № 2. – P. 165-173.
173. Ferlay J., Shin H.R., Brayetal F. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC cancer Base № 10 // Lyon: international Agency for Reseadrch on cancer. – 2010: 1: 118-36.

174. Ferlay, J. Estimates of the cancer incidence and mortality / J. Ferlay, P. Autier, M. Boniol // *Ann. Oncol.* – 2007. – Vol. 18, № 3. – P. 581-92.
175. Giovannucci, E. The role of obesity and related metabolic disturbances in cancers of colon, prostate and pancreas / E. Giovannucci, D. Michaud // *Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 132. – P. 2208-25.
176. Globocan 2012. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base № 11. — Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.– 2013.
177. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 // International agency for research of cancer / WHO. – URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
178. Hayat, M.J. Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program / M.J. Hayat // *Oncologist.* – 2007. – № 12. – P. 20-37.
179. Invasive and non-invasive diagnosis of *Helicobacter pylori* associated atrophic gastritis: a comparative study / V.D. Pasechnikov, S.Z. Chukov, S.M. Kotelevets [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2005. – Vol. 40. – P. 297-301.
180. Jemal, A. Cancer Statistics, 2007 / A. Jemal // *CA Cancer J. Clin.* – 2007.– Vol. 57, № 4. – P. 43-46.
181. Metabolic factors and the risk of colorectal cancer in 580,000 men and women in the metabolic syndrome and cancer project (Me-Can) / T. Stocks, A. Lukanova, T. Bjorge [et al.] // *Cancer.* – 2010. – Vol. 117, № 11. – P. 2398-407.
182. Metabolic factors and the risk of pancreatic cancer: a prospective analysis of almost 580,000 men and women in the metabolic syndrome and cancer project / D. Johansen, T. Stocks, H. Jonsson [et al.] // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* – 2010. – Vol. 19. – P. 2307-17.
183. Metabolic syndrome and endometrial carcinoma / T. Bjorge, T. Stocks, A. Lukanova [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 2010. – Vol. 171. – P. 892-902.

184. Metabolic syndrome and risk of bladder cancer: prospective cohort study in the metabolic syndrome and cancer project (Me-Can) / C. Häggström, T. Stocks, K. Rapp [et al.] // *Int. J. Cancer.* – 2011. – Vol. 128, № 8. – P. 1890-98.
185. Michaud D., Giovannucci E., Willett W. Physical activity, obesity, height and the risk of pancreatic cancer // *JAMA.* 2001. Vol. 286. P. 921–929.
186. Michaud D.S., Fuchs C.S., Liu S. et al. Dietary Glycemic Load, Carbohydrate, Sugar, and Colorectal Cancer Risk in Men and Women // *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2005. Vol. 14 (1). P. 138–147.
187. Miller, Y.E. Pathogenesis of Lung Cancer: 100 Year [Text] / Y.E. Miller // *Am. J. Respir. Cell Mol. Biol.* – 2005. – Vol. 33, № 3. – P. 216-223.
188. Morpho-functional comparisons in Helicobacter pylori-associated chronic atrophic gastritis / V.D. Pasechnikov, S.Z. Chukov, S.M. Kotelevets [et al.] // *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* – 2005. – Vol. 50. – P. 183-187.
189. Otake, S. Association of visceral fat accumulation and plasma adiponectin with colorectal adenoma: evidence for participation of insulin resistance / S. Otake, H. Takeda, Y. Suzuki // *Clin. Cancer Res.* – 2005. – Vol. 11. – P. 3642-46.
190. Parkin, D.M. Global cancer statistics / D.M. Parkin // *CA Cancer. J. Clin.* – 2005. – Vol. 55, № 2. – P. 74-108.
191. Patel A., Rodriguez C., Bernstein L. Obesity, location of weight gain and risk of pancreatic cancer in a large United States cohort // *Am. J. Epidemiol.* 2004. Vol. 159. S. 67.
192. Patel, A. Obesity, location of weight gain and risk of pancreatic cancer in a large United States cohort / A. Patel, C. Rodriguez, L. Bernstein // *Am. J. Epidemiol.* – 2004. – Vol. 159. – P. 67.
193. Possibility of non-invasive diagnosis of gastric mucosal precancerous changes / V.D. Pasechnikov, S.Z. Chukov, S.M. Kotelevets [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 10. – P. 3146-50.

194. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: an overview / F. Bray, J. Lortet-Tieulent, J. Ferlay [et al.] // *Eur. J. Cancer.* – 2010. – Vol. 46, № 17. – P. 3040-52.
195. Reynolds P, Hurley SE, Goldberg DE, Yerabati S, Gunier RB, et al. Residential proximity to agricultural pesticide use and incidence of breast cancer in the California Teachers Study cohort. *Environ Res* 2004 Oct;96(2):206-18 Abstract available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15325881>
196. Sankaranarayanan, R. HPV vaccination: the promise & problems / R. Sankaranarayanan // *Indian. J. Med. Res.* – 2009. – Vol. 130, № 3. – P. 322-26.
197. Serological markers for gastric atrophy in asymptomatic patents infected with *Helicobacter pylori* / C. Ricci, N. Vakil, M. Rugge [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 99. – P. 1910-15.
198. Silva, O.E. Breast cancer: a practical guide / O.E. Silva, S. Zurrido. – Toronto, 2005. – 646 p.
199. Straatman, H. Estimating life expectancy and related probabilities in screen-detected breast cancer patients with restricted follow-up information / H. Straatman // *Statist. Med.* – 2004. – Vol. 23, № 3. – P. 431-48.
- 200.** World cancer report 2008 / ed. by P. Boyle, B. Levin – Lyon: WHO, 2008.506p.

**Алгоритм действия врача при подозрении
на наличие онкозаболеваний**

1. Ваши действия врача при жалобах пациента на потерю веса, слабость
 - А) Консультация инфекциониста
 - Б) Назначение анализов (ОАМ, ОАК, БХ крови, ФОГК)
 - В) Консультация онколога
 - Г) Направление в стационар
2. Ваши действия врача при жалобах пациента на кашель, не приносящий облегчения, наличие прожилок крови в мокроте
 - А) Направление в пульмонологию
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация фтизиатра
 - Г) Назначение антибиотиков
3. Ваши действия при жалобах на наличие крови в кале, запорах.
 - А) Консультация хирурга
 - Б) Консультация инфекциониста
 - В) Консультация онколога
 - Г) Проведение ирригографии
4. Ваши действия при жалобах на постоянную субфебрильную температуру
 - А) Направление в пульмонологию
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация фтизиатра
 - Г) Назначение антибиотиков
5. Ваши действия при жалобах на частый диурез малыми порциями
 - А) Консультация инфекциониста
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация уролога

- Г) Назначение антибиотиков
6. Ваши действия при жалобах на отсутствие мочи
- А) Консультация инфекциониста
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация уролога
 - Г) Назначение антибиотиков
7. Ваши действия при жалобах на выраженную желтушность кожных покровов
- А) Консультация инфекциониста
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация хирурга
 - Г) Назначение антибиотиков
8. Ваши действия при жалобах на постоянную головную боль
- А) Консультация инфекциониста
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация невролога
 - Г) Назначение анализов (ОАМ, ОАК, БХ крови, ФОГК)
9. Ваши действия при жалобах на выраженный болевой синдром у первичного пациента
- А) Направление в паллиативный стационар
 - Б) Консультация онколога
 - В) Назначение симптоматической (обезболивающей) терапии
 - Г) Обследование пациента
10. Ваши действия при жалобах на наличие незаживающих язв кожи
- А) Консультация дерматолога
 - Б) Консультация онколога
 - В) Консультация хирурга
 - Г) Консультация инфекциониста
11. Ваши действия при жалобах на наличие увеличенных лимфоузлов
- А) Назначение анализов (ОАК, ВИЧ, HbsAG)

- Б) Консультация онколога
- В) Консультация хирурга
- Г) Консультация инфекциониста

12. Ваши действия при предъявлении РОГК с признаками плеврального выпота

- А) Назначение ЭхоКГ
- Б) Консультация онколога
- В) Консультация хирурга
- Г) Назначение антибиотиков

13. Ваши действия при предъявлении УЗИ ОБП с заключением: асцит

- А) Назначение КТОБП
- Б) Консультация онколога
- В) Консультация гинеколога
- Г) Консультация хирурга

14. Возможно ли назначение сильнодействующих и наркотических анальгетиков при отсутствии в анамнезе онкологического заболевания?

- А) да
- Б) нет
- В) Только после консультации онколога
- Г) Только с разрешения врачебной комиссии

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

РФ	– Российская Федерация
РБ	– Республика Башкортостан
ЗН	– Злокачественные новообразования
ММЦ	– Межмуниципальный центр
ПОК	– Первичный онкокабинет
НИП	– Нормированный интенсивный показатель
ДИ	– Доверительный интервал

Научное издание

Шарафутдинова Назира Хамзиновна
Султанов Руслан Закирович
Шарафутдинов Марат Амирович
Кудряшова Любовь Николаевна
Павлова Марина Юрьевна

**Первичная медико-санитарная помощь
при онкологических заболеваниях**

Монография

*Компьютерная верстка Е.М. Халтурина
Дизайн обложки И.М. Роднов*

Государственное автономное учреждение науки
Республики Башкортостан «Башкирская энциклопедия»
450006, г. Уфа, ул. Революционная, 55
Тел. 250-03-92
E-mail – encyclopedia@bashenc.ru

Лицензия № 0177 от 10.06.96 г.
Подписано к печати 08.02.2018 г.
Отпечатано на цифровом оборудовании с готового
оригинал-макета, представленного авторами.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Усл.-печ. л. 10,4.
Тираж 100 экз. Заказ № 16
450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3,
Тел.: (347) 272-86-31
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России



Шарафутдинова Назира Хамзиновна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.



Султанов Руслан Закирович – кандидат медицинских наук, главный врач Республиканского клинического онкологического диспансера.



Шарафутдинов Марат Амирович – доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.



Кудряшова Любовь Николаевна – кандидат медицинских наук; заведующий отделением паллиативной помощи Республиканского клинического онкологического диспансера.



Павлова Марина Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета.