

УДК616-006-058.4/5(571.63):313.13

С.В. Юдин, И.П. Истомин

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Ключевые слова: онкологическая заболеваемость, бедность, прожиточный минимум.*

Во Владивостоке и Приморском крае наблюдается истинный рост общей онкологической заболеваемости, который происходит на фоне убыли и постарения населения. Среди пациентов муниципальных поликлиник Владивостока (потенциальных онкологических больных)  $64,3 \pm 2,2\%$  составляют посетители с подушевым доходом ниже уровня прожиточного минимума,  $75,0 \pm 1,2\%$  онкологических больных также имеют подушевой доход ниже уровня прожиточного минимума, т.е. это бедные граждане. Бедность населения и затаянной психоэмоциональный и социальный стресс в обществе представляют собой важные социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний. Прогностическая экспоненциальная модель интенсивных показателей свидетельствует о стабильном росте онкологической заболеваемости в Приморье, которая уже к 2010 г. может, при условии сохранения действующих онкоэпидемиологических тенденций, достичь 350,0 случаев на 100 тыс. населения.

Данные официальной статистики свидетельствуют о продолжающемся отрицательном приросте населения Приморского края, в основе причин которого лежат естественная смертность населения и миграционная убыль. Пятая часть жителей края — дети в возрасте до 15 лет, 16% — лица пенсионного возраста. Если в 1979 г. средний возраст постоянного населения Приморья составлял 30,7 года, то в 1989 г. — 31,8 года, а в 1999 г. — 35 лет. Число пенсионеров ежегодно возрастало более чем на 13 тыс. человек, а к уровню 1990 г. увеличение равнялось 30% [10]. Лица старше 50 лет составили 28,6% [4]. Сокращение естественного прироста населения с 1995 г. и до настоящего времени сопровождается одновременным оттоком его в центральные регионы России. Так, миграционная убыль в 1997 г. составила 6,9 тыс., в 1999 г. — 7,5 тыс., 2001 г. — 7,3 тыс. человек. Если в целом по Дальневосточному федеральному округу к 2001 г. миграционная убыль снизилась в 2 раза по сравнению с 1999 г., то в Приморском крае она осталась на прежнем уровне — 9,7 человека на 1000 постоянного населения [9]. Не улучшается онкоэпидемиологическая ситуация. Если в структуре всех классов заболеваний злокачественные новообразования занимают в крае 14-е место, то в структуре причин смертности они стабильно удерживают 2—3-е места. Онкологическая патология в комплексе социальных и психологических проблем сегодня вышла за рамки сугубо медицинской [1—3, 5].

На этом фоне данные наших расчетов о повышении уровня общей онкологической заболеваемости населения края следует расценивать как истинный рост онкопатологии. Во Владивостоке злокачественные новообразования занимают 3-е место в структуре всех причин смерти, что соответствует 13,3% с

интенсивным показателем смертности 197,0 на 100 тыс. населения (в РФ — 201,1 на 100 тыс. населения в 2004 г.) [7].

Если интенсивные показатели смертности от рака в краевом центре были ниже среднероссийских — у мужчин 214,2 на 100 тыс. (РФ — 239,5), а у женщин — 157,6 на 100 тыс. (РФ — 171,6), то стандартизованные показатели, исключая влияние возраста, оказались выше, чем в среднем по стране: у мужчин 202,1 на 100 тыс. (РФ - 199,6), у женщин - 101,1 на 100 тыс. (РФ — 96,6). Вместе с тем при анализе данных с большой осторожностью можно сделать вывод о некоторой стабилизации интенсивного показателя смертности от опухолевых заболеваний в течение последних лет. Вероятно, единственным аргументом, способным обосновать причину этой стабилизации, является высокая обеспеченность в последние годы специфическими противоопухолевыми препаратами больных, получающих как стационарное, так и амбулаторное лечение.

В последние годы повысилась доступность дорогостоящих и эффективных современных препаратов, которые назначаются больным по льготным рецептам в условиях реализации федерального закона Министерства здравоохранения и социального развития № 178-ФЗ от 17.07.1999 г. и с вступлением в силу Федерального закона № 122-ФЗ от 22.08.2004 г. Современные схемы полихимиотерапевтического лечения позволили в течение последних лет снизить уровень одногодичной летальности онкобольных, прежде всего контингента с III и IV стадиями, что отразилось на стабилизации уровня общей онкологической смертности. Также в 2004 г. по сравнению с 2003 г. отмечалось снижение одногодичной летальности в самых больших группах пациентов — у больных раком желудка (55,8 и 51,4%), раком легкого (52,4 и 50,8%), раком молочной железы (15,6 и 13,1% соответственно).

Во Владивостоке, как и в целом по Приморскому краю, отмечается рост числа лиц с онкологическими заболеваниями. Так, если в 1994 г. уровень общей онкологической заболеваемости (интенсивный показатель) составлял 231,4 на 100 тыс. населения, то в 2000 г. - 270,4, в 2003 г. - 304,3, в 2004 г. - 306,1 (в РФ - 309,0 в 2000 г., 317,4 - в 2003 г., 328,0 - в 2004 г. на 100 тыс. населения) [7].

Ежегодно в крае состоят на учете около 25 000 больных со злокачественными новообразованиями, что составляет более 1,2% населения. В течение каждого года выявляют около 7000 новых случаев онкологических заболеваний, при этом диагноз подтверждается морфологически в 72,8% наблюдений.

Кумулятивный показатель распространенности онкопатологии (болезненность) составил в крае 1203,3 на 100 тыс. населения (РФ в 2004 г. - 1625,7 на 100 тыс. населения). Прогностическая экспоненциальная модель интенсивных показателей свидетельствует о стабильном росте онкологической заболеваемости, которая уже к 2010 г. может, при условии сохранения действующих онкоэпидемиологических тенденций, достичь 350,0 случаев на 100 тыс. населения (рис.).

Если интенсивный показатель общей онкологической заболеваемости у мужчин в 1990 г. был 236,1, то в 2004 г. он вырос до 312,1 на 100 тыс., то есть прирост за 13 лет составил 32,2% (РФ — 284,5 и 331,1 на 100 тыс.; 16,4% соответственно). У женщин этот показатель в 1990 г. был 207,8, а в 2004 г. — 300,6 на 100 тыс. женского населения, и его прирост составил 44,7% (РФ - 246,9 и 325,3 на 100 тыс.; 31,8% соответственно). В Приморском крае стандартизованный показатель (мировой стандарт возрастного распределения) заболеваемости у мужчин в 2004 г. — 282,6 на 100 тыс. мужского населения (РФ — 266,8), у женщин в том же году — 192,9 на 100 тыс. женского населения (РФ — 192,7). Интенсивный показатель смертности за 10-летний период (1994—2004) вырос на 9,1%, а стандартизованный снизился на 11,2%, что объясняется постарением населения края.

В структуре заболеваемости мужчин на 1-м месте стоит рак легкого (24,3%), на 2-м — рак желудка (13,0%), на 3-м — новообразования кожи с меланомой (12,1%), далее в порядке убывания следуют гемобластозы (5,4%), рак ободочной кишки и мочевого пузыря (по 4,8%), рак предстательной железы (4,6%), рак поджелудочной железы (3,8%), рак прямой кишки и ректосигмоидного отдела кишечника (3,6%), рак гортани (3,3%) и рак почки (3,1%). У женщин на 1-м месте стоит рак молочной железы (19,9%), на 2-м — новообразования кожи с меланомой (15,5%), на 3-м — рак желудка (7,3%), далее следуют рак шейки (6,9%) и тела (5,7%) матки, рак ободочной кишки (5,6%), рак легкого (5,4%), рак яичников (5,2%), рак прямой кишки и ректосигмоидного отдела кишечника (4,4%), гемобластозы (3,7%) и рак почки (2,9%). Во Владивостоке и крае наибольший удельный вес в онкологической заболеваемости мужчин занимают опухоли органов дыхания (28,6%); у женщин — злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (37,7%), при этом опухоли половых органов составляют 17,8%. В общей структуре смертности населения от злокачественных опухолей наибольший удельный вес составляли опухоли легкого (22,1%), желудка (13,0%), молочной железы (8,0%), поджелудочной железы (5,6%), ободочной кишки (4,9%), прямой кишки (4,3%), шейки матки (3,1%), печени (2,9%).

Таким образом, как во Владивостоке, так и в Приморском крае наблюдается истинный рост общей онкологической заболеваемости у обоих полов, который происходит на фоне убыли численности населения. Стандартизованные показатели онкологической

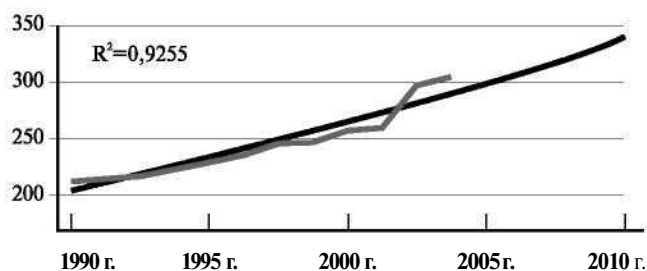


Рис. Прогноз уровня общей онкологической заболеваемости до 2010 г. на 100 тыс. населения ( $R$  — достоверность аппроксимации, или коэффициент детерминации).

заболеваемости превышают аналогичные среднероссийские, при этом интенсивные коэффициенты ниже средних уровней по стране. Рост численности людей пожилого возраста неизбежно приведет к тому, что злокачественные новообразования надолго останутся важнейшей проблемой здравоохранения региона.

Состояние здоровья населения зависит от социально-экономических перемен, которые происходят в нашей стране. Так, специалистами Международного агентства по изучению рака (МАИР) — специализированного органа ВОЗ — установлено, что бедность и сильный затяжной психоэмоциональный стресс, ведущий к тяжелой депрессии, — два важнейших фактора онкологического риска, влияющих на уровень онкологической заболеваемости населения [6].

Нами проведено исследование, целью которого явился анализ значения некоторых медико-экономических критериев бедности населения как социально-гигиенических факторов риска онкологических заболеваний. Методы исследования — социологический и информационно-аналитический. Объектом были выбраны пациенты муниципальных поликлиник Владивостока и больные онкологического отделения Городской клинической больницы № 2 Владивостока. В анкетном опросе участвовал 471 пациент поликлиник в возрасте от 18 до 85 лет, средний возраст посетителей составил 43,4 года, женщин было 366 (77,7%), мужчин — 105 (22,3%). Посетители муниципальных поликлиник по роду занятий и видам трудовой деятельности были распределены по частоте в порядке убывания: пенсионеры — 131 (33,2%, из которых 10,0% — пенсионеры работающие), работники бюджетной сферы — 104 (26,4%), учащиеся и студенты — 50 (12,7%), работники коммерческой сферы — 47 (11,9%), рабочие — 20 (5,1%) и домохозяйки — 14 (3,5%).

Почти 2/3 пациентов (56,6%) посещали поликлиники по причине обострения хронических заболеваний, в 45,7% случаях — по поводу острого заболевания. 17,3% пациентов обращались в поликлиники для выписки льготных рецептов. Отметим, что социологическое исследование проводилось в конце 2004 г., т.е. до вступления в силу закона Российской Федерации № 122 от 22.08.2004 г., который определил порядок дополнительного лекарственного обеспечения для отдельных категорий граждан. Поэтому с 2005 г. существенно изменилась структура пациентов муниципальных

Таблица

Доход на 1 человека в семье в месяц (социологический опрос пациентов муниципальных поликлиник Владивостока, прожиточный минимум — 3394руб.)

Вариант ответа	Пациенты поликлиник	
	абс.	%
До 1000 руб.	94	19,9±1,8
2000 руб.	124	26,3±2,0
3000 руб.	86	18,3±1,7
4000 руб.	29	6,2±1,1
5000 руб.	16	3,4±0,8
6000 руб.	8	1,8±0,6
7000 руб.	11	2,3±0,7
8000 руб.	2	0,4±0,6
9000 руб.	—	—
Более 10000 руб.	11	2,3±0,7
Затруднились с ответом	90	19,1 ± 1,8
<b>Всего:</b>	471	100

поликлиник и цель посещения (большая часть — для выписки льготных рецептов).

Самым востребованным врачом-специалистом во всех муниципальных поликлиниках был невропатолог (86,7%), здесь зафиксированы самые объемные и продолжительные записи на прием, что является косвенным подтверждением присутствия хронического стресса у обращающихся. На это указывали ответы пациентов поликлиник и врачей-терапевтов.

Социально-экономический статус посетителей муниципальных поликлиник характеризовался посредством их собственной оценки потребительских возможностей. При этом было установлено, что почти 1/3 (123 человека— 26,1±2,0%) составляли те пациенты, которым приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания, и 180 (38,2±2,2%) — пациенты, для которых денег хватало только на ежедневные расходы, покупка одежды и других товаров представляла трудности. Далее следовали те, кому денег хватало на все текущие расходы, но без излишеств — в данную категорию вошли 133 человека (28,2±2,1%). Только 35 пациентов (7,4±1,2%) ответили, что денег им вполне хватает, чтобы не экономить на том, что нравится.

Анализ данных ответов позволяет объединить первые две группы респондентов — 303 человека (64,3±2,2%) — и по уровню оценки потребительских возможностей соотнести их к условной категории бедных. Собственная оценка пациентами своего уровня жизни позволила выделить следующие группы: с низким уровнем жизни — 75 (15,9±1,7%), с уровнем жизни ниже среднего — 156 (33,1±2,1%), со средним уровнем жизни — 204 (43,2±2,2%), с уровнем жизни выше среднего — 36 (7,6±1,2%). Данные ответы позволяют объединить в безусловную группу бедных первые две категории респондентов — 231 пациент (49,0±2,3%). Таким образом, качественная оценка собственного уровня потребительских возможностей пациентов муниципальных поликлиник соответствует социаль-

но-экономической категории бедных по одной оценке — 64,3±2,2%, по другой — 49,0±2,3% респондентов.

Для количественной и, следовательно, более объективной оценки социального уровня изучен подушевой доход на 1 члена семьи. Было установлено, что с доходом до 1000 руб. на человека было 94 (19,9±1,8%), с доходом в пределах 2000 руб. — 124 (26,3±2,0%) и до 3000 руб. — 86 (18,3±1,7%) пациентов муниципальных поликлиник (табл.).

Таким образом, пациенты муниципальных поликлиник — это граждане Владивостока и потенциально возможные онкологические больные, 64,3±2,2% из них составляют лица с подушевым доходом ниже уровня прожиточного минимума (который в 2004 г. равнялся 3394 руб.), т.е. это бедные граждане.

На следующем этапе работы мы изучали социально-экономический статус 1320 онкологических больных посредством характеристики потребительских возможностей их семей. Социологическое исследование также проводилось в конце 2004 г.

Материальные и финансовые возможности онкологических больных как потребителей медицинских услуг мы определяли по ответам, которые позволили сгруппировать потребительские возможности респондентов следующими уровнями:

- 1) 539 респондентов (40,8±1,3%) ответили, что им приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания;
- 2) 517 респондентам (39,2±1,3%) денег хватало только на ежедневные расходы;
- 3) 264 респондентам (20,0±1,1%) денег хватало на все, но без излишеств.

Сами больные определили свой уровень дохода как низкий в 747 (56,6±1,3%), как средний — в 385 (29,2±1,2%) и как высокий — в 188 (14,2±0,9%) случаях. Ответы онкологических больных о подушевых доходах семьи сгруппировались следующим образом. В группу лиц с доходами от 1000 до 2000 руб. на 1 члена семьи вошли 396 онкологических больных (30,0±1,2%); подушевой доход от 2000 до 3000 руб. обозначили 594 опрошенных (45,0±1,3%). Пациентов с доходами от 3000 до 5000 руб. на 1 члена семьи было 121 (9,2±0,7%), от 5000 до 10000 руб. — 132 (10,0±0,8%), свыше 10000 руб. — 77 (5,8±0,6%). Таким образом, больные с подушевым доходом ниже уровня прожиточного минимума (3394 руб., 2004 г.), т.е. бедные граждане, составили 75,0±1,2% (990 человек) от всего числа опрошенных, получающих лечение в онкологическом стационаре.

Социально-экономические условия, в частности низкий доход, могут быть важными факторами, влияющими на уровень рака различной локализации. Граждане с низкими доходами имеют низкие потребительские возможности, что, безусловно, является социально-экономическим фактором риска заболеваемости и выживаемости онкологических больных. В частности, состояние питания населения, как недостаточное и несбалансированное, принято

считать причиной около 1/3 случаев рака. В России население в среднем в 2 раза меньше по сравнению с благополучными странами употребляет мяса, молока, рыбы, фруктов и овощей [6, 8].

В Приморском крае в 2004 г. по официальным данным доля населения с доходами ниже прожиточного минимума — 21,2%. Средний размер пенсии в крае — 2054,8 руб., что составляет 82,1% прожиточного минимума пенсионера, при этом численность пенсионеров в 2004 г. была 503,6 тыс. человек, или 24,6% от всей численности населения Приморья. Сохранялась стабильно высокой и численность безработных: 100,2 тыс. в 2002 г., 89,7 тыс. в 2003 г., 104,3 тыс. в 2004 г. [4]. Таким образом, бедность населения, как побочный результат проводимых масштабных реформ, и затяжной психоэмоциональный и социальный стресс в обществе представляют собой важные социально-гигиенические факторы риска онкологических заболеваний.

#### Литература

1. Вялков А. И. // Проблемы управления здравоохранением. - 2002. - №1. - С. 10-13.
2. Государственный доклад «Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения Дальневосточного федерального округа». — Хабаровск, 2004.
3. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. — М.: РОНЦим. Н.Н. Блохина РАМН, 2005.
4. Здравоохранение Дальнего Востока на рубеже веков: проблемы и перспективы / Пригорнев В.Б., Щепин В.О., Дьяченко В.Г., Капитоненко Н.А. — Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2003.
5. Методические подходы, социально-экономические оценки структуры и тенденций. Прогноз народо-

населения Приморья до 2015 года : научный доклад / под ред. Ю.Н. Казакова. — Владивосток : Изд-во Дальневост. ун-та, 2000.

6. Приморский край : статистический ежегодник. — Владивосток: Приморскстат, 2005.
7. Состояние здоровья населения и ресурсы здравоохранения ДФО в 2001 г. / Онищенко Г.Г., Когут Б.М., Пригорнев В.Б. и др. — Хабаровск, 2002.
8. Тутельян В.А., Батулин А.К. // Вестник РГМУ. — 2004. - № 7.
9. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2004 г. — М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2006.
10. Social Inequalities and Cancer — WHO. — Lion : IARC, 1997. - P. 1819-1825.

Поступила в редакцию 18.06.2008.

#### SOME SOCIAL ECONOMIC FACTORS OF RISK OF THE ONCOLOGICAL PATHOLOGY

S. V. Yudin, I. P. Istomin  
City Hospital No. 2 (Vladivostok)

*Summary* — To Vladivostok and Primorsky Krai the true growth of the general oncological morbidity which occurs on a background of the loss and aging of the population is observed. Among patients of municipal polyclinics of Vladivostok (potential oncological patients) there are 64,3±2,2% visitors with the income below a living level, 75,0±1,2% of oncological patients also have the income below a living level i.e. they are poor citizens. Poverty of the population and the long psycho-emotional and social stress in a society represent important social hygienic risk factors of oncological diseases. Prognostic exponential model of intensive parameters testifies to stable growth of oncological morbidity in Primorsky Krai which can by 2010 under condition of preservation of the same onco-epidemiological tendencies, to achieve 350,0 cases on 100 thousand population

*Keywords:* oncological morbidity, poverty, living level.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 79-82.

УДК 615.9.001.76

Г.А. Попова, Л.А. Сеницына, В.В. Сорокин, Н.Ю. Тимофеева, М.Ю. Павленко, О.А. Ребеза, Н.Е. Черторинская  
Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

### К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛЕЙ КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ КАК ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО СТАНДАРТА

*Ключевые слова:* модель, стандарт, комплексная медицинская услуга, токсикология.

Стандарты медицинских технологий являются основой системы управления качеством медицинских услуг. Описан опыт разработки стандартов медицинских услуг в токсикологии на территории Приморского края. Созданная модель позволяет определить гарантированный объем диагностических и лечебных процедур, манипуляций, лекарственных средств, расходных материалов и др., а также сроки лечения. Предварительные расчеты стоимости лекарственного обеспечения позволили увеличить тариф на реанимационную койку с 210 руб. в декабре 2005 г. до 2000 руб. в 2007 г., на токсикологическую койку — с 40 руб. в 2005 г. до 267 руб. в 2007 г. Делается вывод, что внедрение моделей комплексных медицинских услуг будет способствовать повышению уровня медицинской помощи, распространению

положительного опыта и внедрению в практику последних достижений медицинской науки.

Сегодня вопрос необходимости формализации медицинских технологий имеет больше сторонников, чем противников. В мире необходимость нормирования объема медицинской помощи при определенных заболеваниях не вызывает никаких сомнений. В развитых странах вся медицинская помощь в основном оказывается соответственно установленным требованиям [1]. Подчеркивается, что стандарты медицинских технологий являются основой разработки