

тельных школах. 271 (81,4%) женщина относилась к категории служащих, 62 (18,6%) — рабочих. 300 (90,1%) женщин имели высшее, среднеспециальное и среднее образование и только 33 (9,9%) — ниже среднего (уборщицы, рабочие магазинов).

188 (56,5%) из 333 работниц указали, что делали искусственное прерывание беременности: по одному разу — 51 (27,1%), по два — 71 (37,8%), по три — 33 (17,6%), по четыре — 13 (6,9%), по пять раз и более — 20 (10,6%). У 60 (18%) работниц в прошлом были различные заболевания молочных желез.

О необходимости самообследования молочных желез знали 197 (59,2%) женщин, в том числе работающие в универсамах (31,5%), школах (78,9%), филиале института «Гипрокаучук» (88,3%). Таким образом, 40% опрошенных не были знакомы с приемами самообследования молочных желез, особенно много (58,5%) таких оказалось среди работниц универмагов.

Еще хуже обстояло дело со знаниями сроков проведения самообследования. Точные сроки самообследования были известны лишь 95 (28,5%) опрошенным, примерно — еще 30 (9%). 208 (62,5%) женщин, то есть большая часть работниц, не знали сроков обследования.

Анализ знаний методики самообследования молочных желез показал, что приемом ощупывания владели 28,2% работниц, имели представление об этом 18,3% опрошенных, совершенно не располагали подобными зна-

ниями 53,5% женщин. Прием самообследования, состоящий в сдавливании ореолы и сосков, знали 22,2% женщин, слышали о нем 14,4% работниц, не были осведомлены совсем 63,4% опрошенных. С методикой ощупывания подмышечных лимфатических узлов дело обстояло так же: 24% женщин были знакомы с ней хорошо, 14,7% — удовлетворительно и 61,3% — вообще не имели о ней никакого понятия.

Подводя итог анализа анкет, мы должны отметить, что знали и применяли методику самообследования молочных желез путем осмотра 29% женщин, пальпации — 28,2%, сдавливания ореолы и сосков — 22,4%. Знания методики самообследования определялись уровнем общего образования. Они оказались выше у работающих в филиале института «Гипрокаучук», средних школах и ниже у работниц универмагов. Несмотря на проводимую санитарно-просветительскую работу, женщины недостаточно знают основные требования по раннему выявлению опухолевых заболеваний молочных желез.

В целях повышения знаний женщин по методике самообследования молочных желез необходимо повышать уровень их подготовки в акушерско-гинекологических отделениях, женских консультациях, гинекологических отделениях поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктах и комнатах гигиены женщин. Это позволит женщинам выявлять изменения в молочных железах на более ранних этапах и своевременно обращаться к врачу на консультацию и лечение.

## СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

УДК 616.33—006.6—07—08.003.13

### ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

*Е. Ф. Странадко, Л. А. Александрова, М. А. Хаджиев*

*Московский научно-исследовательский ордена Трудового Красного Знамени онкологический институт имени П. А. Герцена (директор — проф. В. И. Чисов)*

Оценивая роль и место различных аспектов борьбы со злокачественными новообразованиями, следует признать, что в общем комплексе мероприятий, направленных на решение этой сложной проблемы, организации онкологической помощи населению отводится, бесспорно, ведущая роль. Противораковая борьба включает в себя 4 основных аспекта: профилактику, уточняющую диагностику, лечение и реабилитацию. Все они между собой связаны и имеют одинаково важное значение в судьбе каждого отдельного больного. В системе общественного здравоохранения следует определить, какое из этих направлений является основным, ка-

кому из них следует отдать предпочтение, то есть сосредоточить ресурсы общества для получения максимального медицинского и экономического эффекта.

В настоящей работе мы приводим результаты исследований по определению денежных затрат на выявление, лечение и реабилитацию больных раком желудка, а также размера выигрыша общества вследствие возвращения к трудовой деятельности части больных после лечения. Определена также величина косвенных потерь, связанных с устранением заболевших от участия в общественном производстве из-за инвалидизации и преждевременной смерти (см. табл. 1—2).

Таблица 1

Затраты на выявление, лечение и реабилитацию, а также размеры экономического выигрыша за счет возвращения к трудовой деятельности в расчете на одного заболевшего раком желудка в трудоспособном возрасте

Стадии	Затраты, тыс. руб.					Экономический выигрыш		Экономический эффект, тыс. руб.
	на выявление	лечение в стационаре	оплату временной нетрудоспособности	выплату пенсий по инвалидности	всего затрат	вернулись к труду и проработали лет	произвели материальных благ и услуг на сумму, тыс. руб.	
I	1,1	0,6	1,0	1,7	4,4	5,3	20,9	+16,5
II	1,1	0,6	0,7	3,4	5,8	5,2	20,6	+14,8
III	1,1	0,7	0,7	4,6	7,1	2,2	9,7	+2,6
IV	1,1	0,5	0,6	0,4	2,6	0	0	-2,6
Средневзвешенная					5,2		8,0	+2,8

Таблица 2

Затраты на выявление, лечение и реабилитацию, а также размеры экономического выигрыша за счет возвращения к трудовой деятельности в расчете на одного заболевшего раком желудка (все возрастные группы)

Стадии	Затраты, тыс. руб.					Экономический эффект		Экономический эффект, тыс. руб.
	на выявление	лечение в стационаре	оплату временной нетрудоспособности	выплату пенсий по инвалидности	всего затрат	вернулись к труду и проработали лет	произвели материальных благ и услуг на сумму, тыс. руб.	
I	1,1	0,6	0,3	0,5	2,5	1,6	7,2	+4,7
II	1,1	0,5	0,2	1,1	2,9	1,6	7,2	+4,3
III	1,1	0,6	0,2	1,4	3,3	0,7	3,2	-0,1
IV	1,1	0,5	0,2	0,1	1,9	0	0	-1,9
Средневзвешенная					2,7		2,7	0,0

Изучена первичная документация 597 больных раком желудка со следующим распределением по стадиям заболевания: I—2,7%, II—13,5%, III—48,6%, IV—35,2%. Затраты на стационарное лечение одного больного раком желудка составили при I стадии 613,9 руб., II—599,2 руб., III—735,5 руб., IV—659,5 руб.

Средневзвешенная величина дает представление о размерах затрат, экономического выигрыша в расчете на одного больного анализируемой выборки. Она определяется таким образом: удельный вес больных каждой стадии следует умножить на размер полных затрат для данной стадии, а затем полученные данные просуммировать. В нашем примере удельный вес больных по стадиям был следующим: при I—0,027, II—0,135, III—0,486, IV—0,352. Суммарные затраты на выявление, лечение и реабилитацию соответственно по стадиям достигли 4,4 тыс. руб., 5,8 тыс. руб., 7,1 тыс. руб., 2,6 тыс. руб. Путем указанных выше расчетов —  $(4,4 \cdot 0,027) + (5,8 \cdot 0,135) + (7,1 \cdot 0,486) + (2,6 \cdot 0,352)$  — получаем средневзвешенную характеристику затрат. Она составила 5,2 тыс. руб. Экономический эффект будет равен размеру экономического выигрыша за вычетом затрат.

Не всем первично выявленным больным

было проведено лечение в стационаре: часть больных отказалась от обследования и лечения. Другой части после установления диагноза в амбулаторных условиях госпитализацию не предлагали в связи с бесперспективностью лечения из-за распространенности процесса или сопутствующих заболеваний — в наших расчетах эти обстоятельства были учтены.

Затраты на стационарное лечение в расчете на одного первично выявленного больного раком желудка при I—II стадиях процесса практически мало различаются. Некоторое увеличение расходов на лечение больных в III стадии связано с применением комбинированного лечения.

Как видно из таблиц 1—2, экономический эффект выявления, лечения и реабилитации больных раком желудка значителен при I—II стадиях заболевания, относительно мал или отрицателен при III стадии и отрицателен при IV стадии. В расчете на одного больного экономически высокоэффективны медицинские мероприятия при I—II стадиях рака желудка и малоэффективны при III—IV стадиях.

Нами рассчитаны затраты на выявление одного больного раком желудка среди обратившихся к врачу с жалобами; они составили 1112 руб. (при учете минимальной про-

граммы обследования: 2 посещения больным врача и одно рентгенологическое исследование желудка). Следует отметить, что размер этих затрат колеблется в широких пределах: в некоторых поликлиниках один больной раком желудка выявляется через 250 рентгенологических обследований, в других — через 1000—1200 обследований. Затраты на выявление одного больного раком желудка при профосмотрах у врачей поликлиник составили 1388 руб. При этом распределение по стадиям процесса практически не отличалось от такового для обратившихся с жалобами, а доля выявленных на этих осмотрах была менее 2% от числа заболевших.

Затраты на выявление одного больного при скрининговых программах оказались равными 1150 руб., то есть почти не отличались от расходов на выявление одного больного среди обратившихся с жалобами, однако при

этом контингент обнаруженных при скрининге больных выгодно отличался стадийностью заболевания: почти у 50% больных диагностированы I—II стадии заболевания. Такое распределение по стадиям повышает медицинскую и экономическую эффективность противораковых мероприятий.

Сопоставление расходов на активное выявление больных раком желудка в ранних стадиях с суммарными потерями общества (см. табл. 1, 2) дает основание утверждать, что профилактические осмотры, в данном случае скрининговые программы, являются тем приоритетным направлением, которое необходимо развивать ускоренным темпом. Такая постановка вопроса вовсе не означает, что не надо совершенствовать другие звенья противораковой борьбы, просто совершенствование профилактических осмотров сулит наибольший медицинский и экономический эффект.

Поступила 22.08.89.

УДК 616—006.6:614.1:313.12

## СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НА ОСНОВЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УТРАЧЕННОГО ЖИЗНЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА В СВЯЗИ СО СМЕРТНОСТЬЮ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

*А. Г. Сапрыкина*

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. С. И. Стегунин)  
Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова*

Актуальной задачей здравоохранения является борьба с теми заболеваниями, которые обуславливают основные потери здоровья общества, а именно изучение и ранжирование злокачественных опухолей по степени их значимости в отношении наносимого ими социально-экономического ущерба [1]. Социально-экономическое значение злокачественных новообразований обусловлено не только тем, что среди причин смерти людей они занимают одно из ведущих мест, но и тем, что они влияют на среднюю продолжительность жизни и размеры невосполнимых потерь населения. Кроме того, они наносят значительный экономический ущерб, который определяется как прямыми затратами на профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию больных, так и косвенными издержками — уменьшением производства общественного продукта в связи с потерей трудоспособности или преждевременной смертью больного в трудоспособном и детском возрасте. Как считают Е. М. Аксель и В. В. Двойрин [1, 2], социально-экономические потери от злокачественных новообразований определяются главным образом (до 70%) потерями от преждевременной смерти.

С целью оптимального использования ресурсов здравоохранения нами предпринята

попытка проведения исследования по оценке социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований на примере крупного промышленного областного центра Среднего Поволжья — г. Куйбышева.

Источниками сведений об умерших от злокачественных новообразований были данные регистрации причин смерти населения города за 1967—1984 гг. (ф. № 5). В общей структуре онкологической смертности всего населения за этот период первое место занимает рак желудка, второе — рак легких: у мужского населения — соответственно рак легких и желудка, у женского — рак желудка, молочной железы и легких. Наиболее емкими показателями являются производные средней продолжительности предстоящей жизни, выражаемые в потерях человеко-лет жизни, которые также называют «утраченным жизненным потенциалом». Полный утраченный жизненный потенциал определяется как произведение длительности предстоящей жизни, которую имела бы в среднем одна умершая личность (недожитые годы), на численность группы умерших [2]. В качестве пограничного возраста нами взята средняя продолжительность предстоящей жизни по таблице дожития для новорожденных обоего пола — 70 лет.