

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.

Расчет утраченного жизненного потенциала (R) от злокачественных опухолей легких и желудка мужского населения г. Куйбышева

Возрастные группы (x)	Середина интервала (rx)	Недожитые годы $xwx=(70-rx)$	Число умерших от рака желудка (nx)	Число потерянных человеко-лет жизни $xRx=nx(xwx)$	Число умерших от рака легких nx	Число потерянных человеко-лет жизни $xRx=nx(xwx)$
15—19	17,5	52,5	1	52,5	5	262,5
20—24	22,5	47,5	5	237,5	7	332,5
25—29	27,5	42,5	16	680	2	85
30—34	32,5	37,5	57	2137,5	15	562,5
35—39	37,5	32,5	124	4030	66	2145
40—44	42,5	27,5	246	6765	220	6050
45—49	47,5	22,5	356	8010	403	9067,5
50—54	52,5	17,5	517	9047,5	800	14000
55—59	57,5	12,5	660	8250	917	11462,5
60—64	62,5	7,5	809	6067,5	1052	7890
65—69	67,5	2,5	831	2077,5	1041	2602,5
			$n=\sum nx=$ =3622	$R=\sum Rx=$ =47355	$n=\sum nx=$ =4528	$R=\sum Rx=$ =54460,0

Учитывая высокую смертность от злокачественных опухолей, мы определяли утраченный жизненный потенциал для злокачественных новообразований легких, желудка у мужчин и для рака желудка, молочной железы и легких у женщин. Приводим расчет утраченного жизненного потенциала в связи со смертностью от рака легкого и желудка у мужчин (см. табл.).

Для обеспечения сопоставимости расчет утраченного жизненного потенциала осуществлялся в одних и тех же возрастных группах. Утраченный жизненный потенциал у мужчин в связи со смертностью от рака легкого составил в человеко-годах 54460,0, от рака желудка — 47355,0; у женщин в связи со смертностью от рака желудка — 28437,5, от рака молочной железы — 21777,5, от рака легких — 10542,4. Если смертность мужчин от рака легких и желудка была примерно одинаковой, то при расчете утраченного жизненного потенциала значимость социально-экономического ущерба смертности от рака легкого значительно возрастала; наибольший экономический ущерб у женщин был связан со смертностью от рака желудка (первое место в структуре онкологической смертности).

Трудоспособный период у мужчин ограничен возрастом от 20 до 59 лет, у женщин — от 20 до 54 лет. Утраченный жизненный потенциал среди мужчин по раку легкого составил 51087,5 человеко-лет, по раку желудка — 39157,5. У женщин трудоспособного возраста потери, обусловленные злокачественными опухолями молочной желе-

зы, занимающими второе место в структуре онкологической смертности, оказались наибольшими (19592,5 человеко-лет), затем следовали потери, вызванные раком желудка, легкого, шейки матки (соответственно 16315,0, 6200,0, 6150,0 человеко-лет).

Таким образом, первостепенное социально-экономическое значение в трудоспособном возрасте всего населения имеют, по нашим данным, потери от злокачественных новообразований легких (число потерянных человеко-лет жизни составляет 57287,5); на втором месте по размерам социально-экономического ущерба находятся злокачественные новообразования желудка (55472,5 человеко-лет). Определение ранговых мест злокачественных новообразований по их социально-экономическому ущербу требует формирования целевых программ деятельности онкологической службы и прогнозирования развития онкологической помощи больным со злокачественными новообразованиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е. М., Двойрин В. В.//Методика оценки социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований (Методические рекомендации).— М., 1984.
2. Аксель Е. М., Двойрин В. В.//Методика расчета «утраченного жизненного потенциала» в связи со смертностью от злокачественных новообразований (Методические рекомендации).— М., 1986.

Поступила 15.06.88.