

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОСТУПНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И АКТИВНЫХ ФОРМ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОСНОВНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ДЛЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

**НОВИКОВА СВЕТЛАНА ВАЛЕРЬЕВНА**, ORCID ID: 0009-0002-1267-8655; ассистент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 455049, г. Магнитогорск, ул. Труда, 36. Тел.: +7 (912) 304-07-77. E-mail: novikova.sv@novomed-mc.ru

**Реферат. Введение.** С 2018 года основными по выявляемости злокачественными новообразованиями по данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена являются у женщин – рак молочной железы (51,5%) и рак тела матки (18,9%), у мужчин – рак лёгкого (47,6%) и рак предстательной железы (41,6%). При этом наблюдается систематический рост заболеваемости этих четырёх ведущих локализаций злокачественных новообразований, но особое беспокойство онкологов вызывает их высокий уровень запущенности. При разборе причин высокой запущенности злокачественных новообразований чаще всего называют компетентность и онкологическую настороженность медицинского персонала, влиянию различных аспектов доступности онкологической помощи уделяется мало внимания. **Цель исследования** – анализ современного состояния доступности онкологической помощи сельскому населению. **Материал и методы.** Исследование было проведено с помощью анкетирования генеральной совокупности пациентов с раком молочной железы, раком легкого, раком предстательной железы и раком тела матки, обратившихся по различным поводам в течение 2021 года в центр амбулаторной онкологической помощи. Всего в исследовании приняли участие 342 пациента: 93 пациентки с раком молочной железы и 65 пациентов с раком тела матки, а также 96 пациентов с раком легкого и 88 пациентов с раком предстательной железы. **Результаты и их обсуждение.** Исследование возрастной структуры респондентов выявило преимущество маломобильных возрастов. Во всех четырёх совокупностях высока доля одиноко проживающих больных. В семьях пациентов подушевой доход на уровне прожиточного минимума. При первых подозрениях на опухоль 5,6% всех респондентов обратились к районному онкологу. В результате этих неадресных обращений при первом обращении диагноз был установлен только у 4,2% больных раком легкого, 6,6% больных раком молочной железы, 10,8% больных раком тела матки и 13,7% с раком предстательной железы. От 46,3% больных раком молочной железы до 69,4% с раком предстательной железы прекратили уже длительное время назад посещение медицинских осмотров. После выхода на пенсию сельские жители перестают проходить медицинские осмотры, лишая себя шанса выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях. И здесь появляются транспортные и экономические проблемы: нет прямого маршрута в Магнитогорск, нет удобных внутримаршрутных пересадок, нет обратных маршрутов в село, и такие поездки являются дорогими для сельских пенсионеров. В комплексе все эти аспекты доступности делают онкологическую помощь сельскому населению труднодоступной. **Выводы.** Низкая доступность онкологической помощи сельскому населению обусловлена неуккомплектованностью штатов районных онкологов, плохой транспортной доступностью Магнитогорска, при этом низким финансовым положением и недостатками профилактических осмотров.

**Ключевые слова:** рак тела матки, рак молочной железы, рак легкого, рак предстательной железы, сельское здравоохранение.

**Для ссылки.** Новикова С.В. Современное состояние доступности онкологической помощи и активных форм выявления злокачественных новообразований основных локализаций для сельского населения // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, прил. 1. – С.157–165. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).157-165.

## CURRENT RURAL AVAILABILITY OF CANCER CARE AND OF ACTIVE MALIGNANCY DETECTION IN THE MOST COMMON SITES

**NOVIKOVA SVETLANA V.**, ORCID ID: 0009-0002-1267-8655; Assistant Professor at the Department of Oncology, Radiation Diagnostics and Radiation Therapy, South Ural State Medical University, 36 Truda str., 455049 Magnitogorsk, Russia. E-mail: novikova.sv@novomed-mc.ru

**Abstract. Introduction.** Since 2018, according to P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, the following sites have become the most common in terms of their detection: In women, breast cancer (51.5%) and uterine (endometrial) cancer (18.9%); and in men, lung cancer (47.6%) and prostate cancer (41.6%). At the same time, there is a systematic increase in the incidence of these four leading cancers, but oncologists are especially concerned about the high neglecting level of these cancers. When analyzing the reasons for the high neglect of malignancies, the competence and oncological alertness of medical personnel are mentioned most often, but little attention is paid to the influence

of various aspects of cancer care availability. **Aim.** Analysis of the current rural availability of cancer care. **Materials and Methods.** The study was conducted using a survey of the general population of patients with breast cancer, lung cancer, prostate cancer and uterine cancer who applied for various reasons to the outpatient cancer care center during the year 2021. A total of 342 patients participated in the study: 93 female patients with breast cancer and 65 with uterine cancer, as well as 96 male patients with lung cancer and 88 with prostate cancer. **Results and Discussion.** Studying the age structure of respondents revealed the advantage of people with limited mobility. In all four sets, the proportion of patients living alone is high. Patients' families have per capita income at the minimum subsistence level. At the first suspicions of a tumor, 5.6% of all respondents sought help from their district oncologist. As a result of these untargeted references, only 4.2% of lung cancer patients, 6.6% of breast cancer patients, 10.8% of endometrial cancer patients, and 13.7% of prostate cancer patients were diagnosed at the first visit. From 46.3% of breast cancer patients to 69.4% of prostate cancer patients have already stopped attending medical checkups a long time ago. After they have retired, rural people stop attending medical checkups and thereby deprive themselves of the chance of detecting a malignant tumor at early stages. And this is where transport and economic problems appear: There is no direct route to Magnitogorsk, there are no convenient intra-route transfers, there are no return routes to their village, and in general such trips are too expensive for rural retirees. Together, all these availability aspects make cancer care difficult to access for rural population. **Conclusions.** Low availability of oncological care to rural population is caused by understaffing of district oncologists, poor transportation accessibility of Magnitogorsk, their low financial position, and lack of preventive examinations. **Keywords:** uterine cancer, endometrial cancer, breast cancer, lung cancer, male prostate cancer, rural municipal areas. **For reference:** Novikova SV. Current rural availability of cancer care and of active malignancy detection in the most common sites. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2024; 17 (suppl.1): 157-165. **DOI:** 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).157-165.

**Введение.** По данным базы данных агентства Globocan-2012, формируемой Международным агентством изучения рака по первичным случаям злокачественных новообразований (ЗНО) 28 локализаций из 184 стран мира, к 2018 году общая численность ЗНО составила более 14 млн случаев при количестве смертей в год около 8 млн случаев. Среди всех ЗНО первое место занимает рак легкого (РЛ) (13,0%), а второе – рак молочной железы (РМЖ) (11,8%) [1, 2].

В Российской Федерации так же отмечается устойчивый рост ЗНО, так показатель заболеваемости ежегодно увеличивается на 1,5%. Общая смертность от онкологических опухолей находится на втором месте после болезней системы кровообращения. В 2019 году обновлён «рекорд» по выявлению новых случаев ЗНО – более 640 тыс., что на 2,5% выше данных 2018 года [3]. С 2018 года основными по выявляемости ЗНО по данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена являются у женщин – РМЖ (51,5%) и рак тела матки (РТМ) (18,9%), у мужчин – РЛ (47,6%) и рак предстательной железы (РПЖ) (41,6%) [4].

Если в начале XXI века заболеваемость в мире РПЖ достигла 700 тыс. новых случаев в год, то в настоящее время общее число зарегистрированных новых случаев РПЖ составило более миллиона, из которых 119 тыс. зарегистрировано в развивающихся и 895 тыс. – в экономически развитых странах [5, 6]. Максимальный уровень заболеваемости регистрируется традиционно в странах Скандинавии – 55,3-61,4 случая на 100 тыс. мужчин [7]. РТМ, являясь основной патологией у онкогинекологических пациенток, так же демонстрирует неуклонный рост числа новых случаев – почти по 320 тыс. за год, и смертности в 75 тыс. случаев [8,9].

При этом систематическом росте заболеваемости четырёх ведущих локализаций ЗНО особое беспокойство онкологов всего мира вызывает высокий уровень запущенности этих ЗНО [3,10].

При разборе причин высокой запущенности ЗНО наиболее часто ссылаются на недостаточное материально-техническое обеспечения диагностических отделений и низкую квалификацию сельских врачей по вопросам онкологии, а вот роль различных аспектов доступности медицинской помощи (транспортном, экономическом и др.) для сельского населения в сохранении высокой запущенности ЗНО, внимания уделяется недостаточно [11].

**Цель исследования.** Анализ современного состояния доступности онкологической помощи сельскому населению.

**Материалы и методы.** Исследование было проведено с помощью анкетирования генеральной совокупности пациентов с РМЖ, РЛ, РПЖ и РТМ обратившихся по различным поводам в течение 2021 года в центр амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП) ООО «Новомед», являющимся вторым уровнем оказания медицинской помощи по специальности «онкология» для жителей пяти сельских муниципальных районов Магнитогорского онкологического кластера Челябинской области. Всего в исследовании приняли участие 342 пациента, а именно 93 пациентки с РМЖ и 65 с РТМ, а также 96 пациентов с РЛ и 88 с РПЖ. Статистическая обработка анкет включала группировку данных, создание базы данных, построение комбинационных таблиц, расчет экстенсивных показателей. Непосредственно опрос осуществлялся во время обращения в ЦАОП. Данный этап исследования проводился в соответствии с федеральным законом от 27. 07. 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» [12]. Анкетирование респондентов проведено лично автором.

**Результаты и их обсуждение.** Исследование возрастной структуры респондентов выявило преимущество маломобильных возрастов во всех четырёх совокупностях (таблица 1). Так подавляющее большинство респондентов с РПЖ (86,5%) старше 60 лет, среди больных РЛ таких возрастных мужчин 72,1%. 61,6% женщин с РТМ и 53,8% с РМЖ также уже старше 60 лет. Такая возрастная мало-

**Возрастное распределение респондентов в разрезе изучаемых злокачественных новообразований ведущих локализаций (%)**

Table 1

**Age distribution of respondents in the context of the most common malignant neoplasms under study (%)**

Возрастные группы	До 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-69 лет	70-79 лет	>80 лет
ЗНО							
РМЖ	1,1	4,3	14,0	26,8	31,3	20,4	2,1
РТМ	-	3,0	9,3	26,8	43,2	16,9	1,5
РЛ	1,0	1,1	8,3	17,6	37,7	29,2	5,2
РПЖ	-	-		13,5	51,2	27,3	8,0

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

**Проблемы с транспортной доступностью онкологической помощи для сельского населения в разрезе изучаемых злокачественных новообразований ведущих локализаций (%)**

Table 2

**Problems with the transport accessibility of oncological care for the rural population in the context of the most common malignant neoplasms studied (%)**

Проблема	Нет маршрута в Магнитогорск	Нет удобной внутримаршрутной пересадки	Нет рейса из Магнитогорска во второй половине дня	Дорогая стоимость поездки	Сезонное прекращение движения транспорта
ЗНО					
РМЖ	11,7	45,7	11,6	8,6	22,3
РТМ	3,1	50,8	9,2	15,5	21,4
РПЖ	4,2	42,4	8,7	9,8	35,4
РЛ	3,8	39,4	10,0	10,4	36,3

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

мобильность для населения сельских населённых пунктов, объективным образом, удалённых от медицинских организаций, оказывающих онкологическую помощь, является негативным логистическим аспектом.

Во всех четырёх совокупностях высока доля одиноко проживающих пожилых, она находится в интервале от 36,6% при РМЖ до 39,2% при РЛ. Но и семейным респондентам сложно рассчитывать на помощь членов семьи, так как их супруги также преклонного возраста. А снижение занятости в сельскохозяйственном труде привело к оттоку в города их детей трудоспособного возраста. В результате во всей совокупности респондентов со ЗНО основных локализаций в полных семьях проживают лишь каждый десятый.

Другим фактором, способным повысить низкую мобильность сельского населения является его экономическое состояние. В связи с различным составом семей респондентов, их финансовое состояние анализировалось с помощью показателя «подушевого дохода». Было выяснено, что подушевой доход в семьях больных всех четырёх групп находится на уровне прожиточного минимума, установленный на 2022 год Правительством Российской Федерации (12 654 рублей). При таком уровне дохода невозможно обеспечить индивидуальную транспортировку больного в территориально удалённую медицинскую организацию. Три из пяти

обследованных районов не имеют в своих центральных районных больницах (ЦРБ) первого уровня оказания медицинской помощи по профилю «онкология» из-за неуккомплектованности должностей районных онкологов. Онкологическая помощь для их жителей территориально удалена до сотни километров, а именно в Магнитогорск. Определяющую роль для сельских жителей играет транспортный аспект доступности, а именно наличие или отсутствие междугороднего авто сообщения с районным центром и Магнитогорском. При анализе данного аспекта было установлено, что для значительного большинства пациентов поездка в Магнитогорск и обратно сопряжена с различного вида трудностями. Наиболее часто на это указывают больные РТМ (84,5%), а реже всего с этим сталкивались больные РЛ (60,3%). Возможно, это связано с тем, что среди последних относительно высока доля мужчин – владельцев автотранспорта, что делает их независимыми от общественного транспорта.

При анализе сложностей транспортной доступности города Магнитогорска, где расположены онкологические медицинские организации второго уровня оказания медицинской помощи по профилю «онкология», было установлено, что практически все препятствия могут и должны быть ликвидированы (таблица 2). К этим препятствиям можно отнести: отсутствие автобусного сообщения населённых пунктов с районным центром и Магнитогорском,

в среднем, на это указали 5,7% респондентов из всех четырёх групп опрошенных; отсутствие внутримаршрутных пересадок или неудобная по времени стыковка рейсов при необходимости проезда до Магнитогорска на двух и более маршрута названа 44,5% опрошенных; каждый десятый респондент сообщил, что из-за отсутствия обратных рейсов домой во второй половине дня возникает необходимость ночлега в Магнитогорске, а 11,2% опрошенных заявили, что поездки в Магнитогорск для посещения онкологических организаций для них слишком дорогие.

Только одно транспортное препятствие не может быть устранено. Это – систематическая сезонная изоляция от «большой земли» некоторых населённых пунктов данной части Челябинской области. Причинами этому – зимние метели на степных дорогах и весенние паводки горных уральских рек. В среднем с этой проблемой сталкивались 28,9% респондентов. Но эти погодные катаклизмы действуют кратковременно, и не urgentные больные, к которым относятся наши респонденты, могут их переждать.

Следующей задачей настоящей работы было исследование доступности врачебной помощи сельскому населению в пяти муниципальных районах Магнитогорского онкологического кластера. В результате анализа было установлено, что наиболее часто больные с РЛ (65,6%), РПЖ (53,5%) и с РТМ (47,3%) при первых подозрениях на патологию обращаются к врачу общей практики (ВОП) (таблица 3). Лишь пациентки с проблемами в молочных железах при первых подозрениях чаще всего обращаются к акушерам-гинекологам (38,6%), что является достаточно логичным подходом. Но второе место по частоте обращений больных РМЖ занимают

ВОП. В большинстве сёл обследованных районов офисы ВОП не открыты, и здесь население при первых подозрениях на ЗНО обращается к сельским участковым терапевтам, что, в общем-то, несколько хуже, поскольку участковые терапевты в отличие от ВОП не проходили подготовку по хирургии и прочим узким медицинским специальностям. Но в самом невыгодном положении находятся жители малых поселений, в которых медицинская помощь оказывается фельдшерами фельдшерско-акушерского пункта (ФАП). В среднем по всей совокупности респондентов к фельдшерам ФАП с первыми проблемами обратились 4,2% опрошенных. Очевидно, что сельское население при появлении у себя первых симптомов ЗНО будет обращаться к ближайшему медицинскому работнику.

К относительно адресным обращениям, при которых с большой вероятностью должен был быть установлен диагноз ЗНО, следует отнести обращения к хирургам при РЛ (4,5%) и при РМЖ (4,1%), к акушерам-гинекологам при РТМ (11,3%) и к урологам при РПЖ (23,8%). Полностью адресными обращениями можно признать только обращения к онкологу, но из-за отсутствия в трёх из пяти районов онкологов, это смогли сделать только 5,5% всех респондентов. Обращения же некоторых респондентов к стоматологам и врачам частных клиник, причём последние в основной своей массе заинтересованы в повторных посещениях своих пациентов, можно оправдать лишь в ситуации полной недоступности государственных больниц.

В результате этих неадресных обращений при первом обращении за медицинской помощью диагноз ЗНО был установлен только у 4,1% больных РЛ, 6,6% больных РМЖ, 10,3% больных РТМ и 13,7% с

Таблица 3

**Медицинские работники, к которым обратились при первых признаках злокачественного новообразования в разрезе изучаемых злокачественных новообразований основных локализаций (в % к итогу)**

Table 3

**Health care providers contacted at the first signs of malignant neoplasms in the context of the most common malignant neoplasms studied (as % of total)**

ЗНО Медицинский работник	РМЖ	РТМ	РПЖ	РЛ
ВОП	29,1	47,3	53,5	65,6
Сельский участковый терапевт	15,3	21,7	8,2	18,7
Онколог ЦРБ	4,2	8,9	7,0	1,3
Частный врач	4,2	3,5	4,0	4,1
Акушер-гинеколог ЦРБ	38,6	11,3		
Хирург ЦРБ	4,5	-	-	4,1
Уролог ЦРБ	-	-	23,8	-
Фельдшер ФАПа	3,1	4,2	3,5	6,2
Стоматолог	-	3,1		
Итого	100	100	100	100

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы, ВОП – врач общей практики, ЦРБ – Центральная районная больница, ФАП – фельдшерско-акушерский пункт.

Таблица 4

Структура правильно поставленных диагнозов при первом обращении, по поводу подозрения на злокачественные новообразования в разрезе изучаемых злокачественных новообразований основных локализаций (%)

Table 4

Structure of correct diagnoses at the first consultation regarding suspicion of malignant neoplasms in the context of the most common malignant neoplasms studied (%)

Медицинский работник \ ЗНО	РМЖ	РТМ	РПЖ	РЛ
ВОП	2,2	5,3	-	1,0
Сельский участковый терапевт	-	-	2,5	0,9
Онколог ЦРБ	2,2	5,4	2,6	1,3
Акушер-гинеколог ЦРБ	2,2	-	-	-
Уролог ЦРБ	-	-	6,0	-
Фельдшер ФАПа	-	-	2,6	0,9
Итого	6,6	10,3	13,7	4,1

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы, ВОП – врач общей практики, ЦРБ – центральная районная больница, ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

Таблица 5

Срок с момента первого обращения при подозрении на злокачественные новообразования до установления диагноза в разрезе изучаемых злокачественных новообразований основных локализаций (%)

Table 5

Time elapsed from the first visit in case of suspected malignant neoplasms to setting the diagnosis in the context of the most common malignant neoplasms studied (%)

Срок \ ЗНО	В день обращения	На 2-3 день	На 3-14 дней	От 2 до 4 недель	Более месяца
РЛ	4,0	2,1	15,4	37,6	40,9
РПЖ	13,8	6,6	11,5	23,8	44,3
РТМ	10,6	15,6	30,6	38,5	4,7
РМЖ	6,6	3,4	9,5	47,3	33,2

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

РПЖ (таблица 4). При сравнении данных из таблиц 3 и 4 очевидно, что результативность в установлении диагноза ЗНО при первом обращении за медицинской помощью у всех медицинских работников, к которым обращались пациенты, крайне мала, кроме онкологов. Последние же не ошиблись ни при одном подозрении на РЛ, были точны в более половине случаев обращений при подозрении на РТМ и РМЖ, и в каждом 3-ем случае подозрений на РПЖ. Но все эти случаи эффективной диагностики онкологами РМЖ, РПЖ и РТМ приходятся на поздние (III и IV) стадии патологического процесса, опухоли на ранних (I и II) стадиях были пропущены. О серьезных недостатках компетенции районных онкологов в симптоматике ЗНО на ранних стадиях неоднократно указывалось ведущими онкологами Челябинской области [13]. В результате вынужденных не адресных обращений сельских жителей с подозрениями на ЗНО и происходит длительная задержка во времени при диагностике ЗНО.

Если согласно нормативной документации Минздрава РФ и Челябинской области «срок начала оказания специализированной медицинской помощи ... в медицинской организации второго и третьего уровня, оказывающей медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, не должен превышать ... 15 календарных дней с

даты установления подозрения на ЗНО», то у большинства наших респондентов к этому времени диагноз еще не был установлен. Это относится к 43,2% пациентам с РТМ, 68,1% с РПЖ, 78,5% с РЛ и 80,5% с РМЖ (таблица 5). Примерно у каждого третьего из этих пациентов на установление диагноза ЗНО потребовалось больше месяца.

При разборе причин столь длительно установления диагноза было выяснено, что главная причина столь длительных задержек является «ошибка диагностики», под которой подразумевается, что диагноз ЗНО при первом обращении был исключён. У 19,5% респондентов с РПЖ, 20,6% – с РЛ, 24,0% – с РМЖ и 26,4% – с РТМ была «выявлена» либо доброкачественная опухоль, либо какое-то соматическое заболевание. В 38,6% случаев столь длительную задержку с диагнозом следует списать на личные качества пациента, а именно в 31,4% респонденты объяснили это своей неорганизованностью, и в 7,2% случаев респонденты умышленно затягивали время, подозревая у себя «страшный» диагноз и боясь его услышать. В остальных случаях позднего установления диагноза ЗНО причинами явились разные аспекты транспортной малодоступности (25,4%), денежные проблемы пациентов (8,5%) и сложности на работе (4,8%).

В связи с наличием длительного асимптомного течения злокачественного процесса в онкологии большое диагностическое значение имеют так называемые «активные формы выявления злокачественных новообразований» – медицинские профилактические осмотры населения с флюорографией, маммографией, ПСА-тестированием и обследования в смотровых мужских и женских кабинетах. Эти активные формы призваны выявлять ЗНО на ранних стадиях.

Выяснение обстоятельств возникновения подозрений на ЗНО показало, что роль медицинских осмотров среди прочих обстоятельств выявления злокачественных опухолей у сельского населения не высока (таблица 6). С помощью медицинских осмотров выявлена лишь четвертая часть всех ЗНО основных локализаций, причём результативность медицинских осмотров по отдельным локализациям сильно варьирует – от 12,2% при РТМ до 34,2% при РПЖ. Однако роль медицинских осмотров в раннем выявлении ЗНО самая значимая, с их помощью на ранних стадиях болезни выявлено – 61,6% РЛ, 56,6% РПЖ, 50,2% РТМ и 72,2% РМЖ (таблица 7).

Результативность выявления ЗНО основных локализаций в смотровых кабинетах на порядок ниже в сравнении с медицинскими осмотрами, но также серьёзно различается в зависимости от ЗНО. Так в женских смотровых кабинетах выявлено 4,6% всех

РМЖ 4,4% РТМ, а в мужских смотровых кабинетах лишь 1,1% всех РЛ и 1,3% РПЖ. При этом результативность смотровых кабинетов по выявлению ранних стадий ЗНО зависит от нозологии, так при РЛ и РТМ составляет по 98,2%, и при РМЖ – 66,2%, а РПЖ на ранних стадиях не был выявлен.

Но главным обстоятельством выявления признаков ЗНО у сельского населения остаются – попутное обнаружение симптомов опухоли врачом при оказании помощи по не онкологическому заболеванию и самостоятельное обнаружение симптомов опухоли. При этих обстоятельствах выявлено 70,8% РЛ, 64,5% РПЖ, 86,3% РТМ и 68,6% РМЖ. При этом примерно каждый второй случай приходится на выявление ранних стадий ЗНО.

Традиционно на проявления некоторых ЗНО обращают внимание близкие родственники, члены семьи больного. Но у наших респондентов при всех четырёх ЗНО основных локализаций родственники обратили внимание на патологическую симптоматику только при РЛ, и это произошло лишь в 1,0% случаев при III стадии злокачественного процесса.

При исследовании причин неудовлетворительной результативности профилактических осмотров по выявлению ЗНО сразу выясняется их низкая посещаемость респондентами. От 46,3% больных РМЖ до 69,4% с РПЖ прекратили уже длительное время назад посещение медицинских осмотров

Таблица 6

**Обстоятельства, при которых возникли первые подозрения на злокачественное новообразование, в разрезе изучаемых злокачественных новообразований основных локализаций (%)**

Table 6

**Circumstances under which the first suspicion of a malignant neoplasm arose in the context of the most common malignant neoplasms studied (%)**

Обстоятельства \ ЗНО	РЛ	РПЖ	РТМ	РМЖ
Самостоятельно заподозрил	48,0	38,4	63,4	51,6
На профилактическом осмотре	27,1	34,2	12,2	26,8
На приёме у врача по поводу другого заболевания	22,8	26,1	22,9	17,0
В смотровом кабинете	1,1	1,3	4,4	4,6
Член семьи	1,0	-	-	-

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

Таблица 7

**Своевременность диагностики ранних стадий злокачественных новообразований основных локализаций при различных формах выявления патологии (%)**

Table 7

**Timeliness of diagnostics of early stages of the most common malignant neoplasms using different forms of pathology detection (%)**

Формы выявления \ ЗНО	РЛ	РПЖ	РТМ	РМЖ
Не активные формы (самостоятельно заподозрил и на приёме у врача по поводу другого заболевания)	47,0	49,1	42,6	52,8
Активные формы:				
- на профилактическом осмотре	61,6	56,6	50,2	72,2
- в смотровом кабинете	98,2	-	98,2	66,2

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

Частота прохождения профилактических медицинских осмотров респондентами в разрезе изучаемых злокачественных новообразований ведущих локализаций (%)

Table 8

Frequency of prophylactic medical examinations by the respondents in the context of the most common malignant neoplasms studied (%)

Частота прохождения медицинских осмотров \ ЗНО	РЛ	РПЖ	РТМ	РМЖ
Ежегодно	24,2	20,6	30,6	39,6
Один раз в два года	7,2	6,6	1,8	8,7
Реже чем один раз в два года	6,0	3,1	-	5,4
Не помнят, когда проходили в последний раз	13,1	14,8	24,6	17,1
Не проходят	49,5	54,9	43,0	29,2

Примечание: ЗНО – злокачественные новообразования, РМЖ – рак молочной железы, РТМ – рак тела матки, РЛ – рак легкого, РПЖ – рак предстательной железы.

(таблица 8). Помимо этого, ещё от 3,1% респондентов с РПЖ до 6,0% с РЛ, посещавшие медицинские осмотры реже чем раз в два года, вероятно, проходили медосмотр ещё до образования у них злокачественной опухоли. В результате, регулярно медицинские осмотры посещают только треть опрошенных, а именно 31,4% РЛ, 27,2% РПЖ, 32,4% РТМ и 48,3% РМЖ. При исследовании взаимосвязи возраста респондентов и посещаемости медицинских осмотров было установлено, что по достижению сельским жителем пенсионного возраста, он прекращает посещения медицинских осмотров.

Те же респонденты (43,3%), что регулярно проходят медицинские осмотры, крайне ими не удовлетворены. В ответах каждого третьего из них главной причиной называется малый состав врачей-специалистов. Ещё 2,7% опрошенных не довольны малым числом анализов, сдаваемых на медицинском осмотре, а 1,3% выражают недовольство тем, что на их жалобы врачи не обращают внимание. 8,0% не стали уточнять свои жалобы к организации медосмотров, назвав их просто – формальными. Учитывая, что подобные недостатки повторяются год от года, это и приводит к тому, что сельское население прекращает посещать осмотры при первой возможности. Исследование возрастного аспекта этой проблемы показало, что медицинские осмотры прекратили посещать лица пенсионного возраста, то есть, как только исчезает обязанность прохождения медицинского осмотра лицами трудоспособного возраста, так они прекращают посещать данные осмотры.

Уровень неудовлетворённости медосмотрами мог быть выше, зная респонденты об установленных стандартах обязательных обследований при этих осмотрах. Ведь обязательное флюорографическое обследование прошли меньше половины респондентов, при норме стопроцентного охвата; только каждая пятая женщина прошла пальпацию молочных желез, при норме в 100%, а ПСА-тест провели лишь 14,8% мужчин соответствующего возраста, так же при норме в 100% мужчин определённых возрастов. Это всё причины будущих отказов от медицинских осмотров

Подводя итог, можно утверждать, что причины запущенности ЗНО основных локализаций у сельского населения кроются в неудовлетворительной доступностью онкологической помощи, что включает в себя три аспекта: транспортный, экономический и медицинский. В целом поведение сельских жителей, способствующее запущенности, укладывается в следующий алгоритм. В течение своей трудовой деятельности сельские жители, «подгоняемые» работодателями, отправляются в районные больницы для прохождения медицинских осмотров. Обилие объективных и субъективных недостатков, которыми изобилуют, по мнению населения, эти медицинские осмотры делают их формальными мероприятиями, с точки зрения населения. Жители, регулярно проходящие эти осмотры и заболевшие ЗНО спустя некоторое время, убеждаются в их бесполезности. Они тиражируют свои убеждения среди окружающих селян и укрепляют тем самым негативное общественное мнение о медицинских осмотрах, как о бесполезной потере времени и средств. После выхода на пенсию, жители перестают проходить медицинские осмотры, которые скомпрометировали себя в их глазах, и тем самым лишаются себя шанса выявления ЗНО на ранних стадиях. При появлении же у них беспокоящих проблем, которые могут быть вызваны уже сформировавшимся ЗНО, сельские жители обращаются за помощью в ближайшую медицинскую организацию – к участковому терапевту в сельскую врачебную амбулаторию, в офис ВОП или даже фельдшеру ФАП. Компетенция данных медицинских работников в диагностике ЗНО настолько низка, что только в единичных случаях позволяет сразу диагностировать ЗНО, большую же часть пациентов они направляют к онкологам первого уровня специализированной медицинской помощи по профилю «онкология». Но учитывая, что в большинстве районов штаты районных онкологов не укомплектованы, население вынуждено для уточнения или постановки диагноза отправляться за сотню километров в Магнитогорск. И здесь включаются транспортные и экономические проблемы: нет прямого маршрута в Магнитогорск, нет удобных внутримаршрутных пересадок; нет обратного транс-

порта из Магнитогорска и в целом такие поездки дороги на сельских жителей, большинство из которых пенсионеры. В комплексе все эти аспекта доступности (медицинский, экономический и транспортный) делают онкологическую помощь сельскому населению труднодоступной, что и приводит к трагическим задержкам сроков диагностики ЗНО и способствует росту запущенности ЗНО ведущих локализаций.

**Выводы.** Таким образом, в сельском муниципальном здравоохранении выявлены такие серьёзные проблемы с доступностью онкологической помощи, как:

- неукомплектованность штатов районных онкологов приводит к тому, что первый уровень специализированной медицинской помощи по профилю «онкология», удалён от населения района до сотни километров;

- необходимая в данной ситуации хорошая транспортная доступность в большинстве случаев отсутствует;

- финансовое положение подавляющего большинства пациентов с ЗНО не позволяет создать им индивидуальную доставку в Магнитогорск;

- традиционные недостатки отечественных профилактических осмотров населения сельской местности сопровождается необязательностью прохождения флюорографии, тестов ПСА для положенных возрастов.

**Прозрачность исследования.** Исследование проводилось в рамках выполнения диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук «Научное обоснование организационных мероприятий по снижению запущенности онкологических заболеваний в муниципальных районах» (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации). Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Автор принимал участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Автор не получал гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Петров А.А. Статистика рака лёгкого (заболеваемость, смертность, выживаемость) визуализация «короны смерти» и редких сочетаний абдоминальных грыж // Forcipe. –2019. – № 2 (5). – С.260–261. [Petrov AA. Statistika raka lyogkogo (zabolevaemost', smertnost', vyzhivaemost') vizualizaciya «korony smerti» i redkih sochetanij abdominal'nyh gryzh [Lung cancer statistics (incidence, mortality, survival) visualization of the “crown of death” and rare combinations of abdominal hernias]. Forcipe [Forcipe]. 2019; 2 (5): 260–261. (In Russ.)].
2. López-Campos JL, Ruiz-Ramos M, Fernandez E. Recent lung cancer mortality trends in Europe: effect of national smoke-free legislation strengthening. Eur J Cancer Prev. 2018; 27 (4): 296-302.

3. Каприн А.Д., Старинский В.В., Шахзадова А.О. Злокачественные новообразования в России в 2019 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2020. – 252 с. [Kaprin AD, Starinskij VV, SHahzadova AO. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2019 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant tumors in Russia in 2019 (morbidity and mortality)]. Moskovskij nauchno-issledovatel'skij onkologicheskij institut imeni PA Gercena – filial Federal'nogo gosudarstvennogo byudzhethnogo uchrezhdeniya «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii [PA Herzen Moscow State Medical Research Institute is a branch of the Federal State Budgetary Institution “NMIC of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation]. 2020; 252 p. (In Russ.)].
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. – 250 с. [Kaprin AD, Starinskij VV, Petrova GV. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2018 godu (zabolevaemost' i smertnost') [Malignant tumors in Russia in 2018 (morbidity and mortality)]. Moskovskij nauchno-issledovatel'skij onkologicheskij institut imeni PA Gercena – filial Federal'nogo gosudarstvennogo byudzhethnogo uchrezhdeniya «NMIC radiologii» Minzdrava Rossii [PA Herzen Moscow State Medical Research Institute is a branch of the Federal State Budgetary Institution “NMIC of Radiology” of the Ministry of Health of the Russian Federation]. 2019; 250 p. (In Russ.)].
5. Wong MC, Goggins WB, Wang HH. Global Incidence and Mortality for Prostate Cancer: Analysis of Temporal Patterns and Trends in 36 Countries. Eur Urol. 2016; 70 (5): 862-874.
6. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. Cancer. 2017; 123 (4): 592.
7. Taitt HE. Global Trends and Prostate Cancer: A Review of Incidence, Detection, and Mortality as Influenced by Race, Ethnicity, and Geographic Location. Am J Mens Health. 2018; 12 (6): 1807 –1823.
8. Desai VB, Wright JD, Gross CP. Prevalence, characteristics, and risk factors of occult uterine cancer in presumed benign hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 2019; 1 (39): 1-39.
9. Henley SJ, Miller JW, Dowling NF. Uterine Cancer Incidence and Mortality – United States, 1999-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018; 67 (48): 1333-1338.
10. Ворошина Н.В., Важенин А.В., Тюков Ю.А. Недостаточность своевременности и эффективности диагностики злокачественных новообразований визуальных локализаций женской репродуктивной системы // Сибирский научный медицинский журнал. – 2020. – № 2(40). – С.98–103. [Voroshina NV, Vazhenin AV, Tyukov YU. Nedostatochnost' svoevremennosti i effektivnosti diagnostiki zlokachestvennyh novoobrazovaniy vizual'nyh lokalizacij zhenskoj reproduktivnoj sistemy [Lack of timeliness and efficiency of diagnostics of malignant tumors of visual localizations of the female reproductive system]. Sibirskij nauchnyj medicinskij zhurnal [Siberian Scientific Medical Journal]. 2020; 2 (40): 98–103. (in Russ.)].
11. Ворошина Н.В., Важенин А.В., Тюков Ю.А. Организация помощи пациенткам со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы

- фертильностью возраста // Вестник медицинского центра управления делами президента республики Казахстан. – 2019. – № 1 (74). – С.48–54. [Voroshina NV, Vazhenin AV, Tyukov YU. Organizaciya pomoshchi pacientkam so zlokachestvennymi novoobrazovaniyami organov reproduktivnoj sistemy fertil'nost'yu vozrasta [Organization of assistance to patients with malignant tumors of reproductive system organs fertility age]. Vestnik medicinskogo centra upravleniya delami prezidenta respubliki Kazahstan [Bulletin of the Medical Center of the Presidential Administration of the Republic of Kazakhstan]. 2019; 1 (74): 48–54. (in Russ.)].
12. О персональных данных: федеральный закон № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. [O personal'nyh dannyh: federal'nyj zakon № 152-FZ ot 27/07/2006 goda [On personal data: Federal Law № 152-FZ dated 27/07/2006]. (In Russ.)]. 2006. Режим доступа [URL]: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=476043>
13. Ворошина Н.В., Важенин А.В., Доможирова А.С. Организационные аспекты совершенствования первичной диагностики злокачественных новообразований (ЗНО) визуальных локализаций в сельском муниципальном районе // Вестник Российской академии медицинских наук – 2020. – №75(3) – С.234-239. [Voroshina NV, Vazhenin AV, Domozhirova AS. Organizacionnye aspekty sovershenstvovaniya pervichnoj diagnostiki zlokachestvennyh novoobrazovanij (ZNO) vizual'nyh lokalizacij v sel'skom municipal'nom rajone [Organizational aspects of improving primary diagnosis of malignant tumors of visual localizations in a rural municipal district]. Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk [Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences]. 2020; 75 (3): 234–239. (In Russ.)].