

ческих кабинетов успешно проведена онкогигиеническая профилактика как основной этап комплексной профилактики злокачественных новообразований, включающий мероприятия по устранению неблагоприятного воздействия на мужчин канцерогенных факторов окружающей среды и ряда социально-экономических факторов (курение, нездоровый образ жизни, несбалансированное питание и т.д.).

Оптимизация процессов ранней диагностики онкоурологических заболеваний при реализации целевой программы, совершенствование специализированной урологической помощи мужскому населению при активной финансовой поддержке губернатора Свердловской области существенно повышают эффект в своевременном лечении различных онкоурологических болезней, улучшают качество жизни мужчин, снижают уровень инвалидизации, смертности, увеличивают среднюю продолжительность жизни.

Организация специализированной урологической помощи в виде целевой губернаторской программы «Урологическое здоровье мужчины» в Свердловской области свидетельствует о ее необходимости и большой значимости, прежде всего для юношей и мужчин, благодаря доступности и возможности получения по месту жительства ранней диагностики и лечения онкоурологических заболеваний при помощи современных технологий. Это позволяет медицинским работникам своевременно и качественно оказывать медицинскую помощь, организовывать диспансеризацию мужского населения и тем самым повышать качество жизни юношей и мужчин. Данная целевая программа может служить наглядным примером оказания специализированной своевременной медицинской помощи населению других регионов страны при активной государственной финансовой поддержке.

### Литература

1. Волкова М.И. Обзор материалов XXI конгресса Европейской ассоциации урологов. Онкоурология 2006;(3): 69—71.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г. Здравоохран Рос Федерации 2006;(4):3—32.
3. Государственный доклад о состоянии окружающей природной среды и влиянии факторов среды обитания на здоровье населения Свердловской области в 2004 году. Екатеринбург, 2005. с. 3—217.
4. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Свердловской области в 2006 году. Екатеринбург, 2007. с. 3—396.
5. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 году. М., 2005.
6. Демографический ежегодник России. М.: Госкомстат, 2002.
7. Журавлев В.Н., Баженов И.В., Борзунов И.В. и др. Мед вестн Башкорт 2007;(2):181—2.
8. Лопаткин Н.А., Аполихин О.И., Чернышев И.В. Онкология и урология: связь между специальностями. Урология 2006;(4):3—6.
9. Soloway M.S., Sofer M., Vaidya A. Contemporary management of stage T1 transitional cell carcinoma of the bladder. J Urol 2002;167(4):573—83.
10. Parker S.L., Tony T., Bolden S., Wingo P.A. Cancer Statistics, 1997. CA Cancer J Clin 1997;47:5—27.

## Инвалидность вследствие онкоурологических заболеваний

И.Н. Халястов

ФГУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, Москва

### DISABILITY DUE TO ONCOUROLOGICAL DISEASES

I.N. Khabystov

Federal Medicosocial Examination Bureau, Moscow

*The indices of primary and repeated disability were analyzed from the materials of examining 1198 patients with oncurological diseases at the Medicosocial Examination Bureau of the Samara Region. The age-gender index and the severity of disability greatly differed in the group of persons whose disability was repeatedly established.*

Онкоурологические заболевания являются одной из ведущих проблем в онкологии и нередко служат причиной инвалидизации больных в структуре злокачественных новообразований. В связи с этим представляет интерес информация о формировании

общего контингента инвалидов вследствие указанных заболеваний.

Всего в течение 2006 г. в бюро медико-социальной экспертизы Самарской области были освидетельствованы 1198 инвалидов с онкоурологически-

ми заболеваниями, что составило 14,4% от общего числа инвалидов вследствие злокачественных новообразований. Из них было 852 (71,1%) мужчины и 346 (28,9%) женщин.

По возрасту освидетельствованные распределились следующим образом: лица молодого возраста (от 18 до 49 лет) составили 18,4% ( $n=220$ ), среднего (от 50 лет до пенсионного возраста) — 37,2% ( $n=446$ ), пенсионного — 44,4% ( $n=532$ ).

По тяжести инвалидности данные распределялись следующим образом: инвалиды I группы — 251 (21,0%) человек, II группы — 659 (55,0%), III группы — 288 (24,0%); отмечено значительное преобладание инвалидов II группы (табл. 1).

Среди мужчин, признанных инвалидами, лица молодого возраста составили 16,0% ( $n=136$ ), среднего — 40,4% ( $n=344$ ), пенсионного — 43,6% ( $n=372$ ); среди женщин — 24,3% ( $n=84$ ), 29,5% ( $n=102$ ) и 46,2% ( $n=160$ ) соответственно. И в том и другом случае преобладали инвалиды пенсионного возраста.

Среди мужчин инвалиды I группы составили 23,5% ( $n=200$ ), II группы — 54,6% ( $n=465$ ), III группы — 21,9% ( $n=187$ ); среди женщин — 14,7% ( $n=51$ ), 56,1% ( $n=194$ ), 29,2% ( $n=101$ ) соответственно. Как показал анализ, среди лиц обоего пола было больше инвалидов II группы.

Таким образом, общий контингент инвалидов вследствие онкоурологических заболеваний, по материалам освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы Самарской области в 2006 г., характеризовался преобладанием мужчин, лиц пенсионного возраста и II группой инвалидности.

Поскольку указанный контингент инвалидов формируется из первично и повторно освидетельствованных, представляет интерес анализ особенностей формирования первичной и повторной инвалидности при онкоурологических заболеваниях.

Всего впервые было признано инвалидами вследствие онкоурологических заболеваний 648 че-

ловек, в том числе 456 (70,4%) мужчин и 192 (29,6%) женщины, повторно — 550 человек, в том числе 396 (72,0%) мужчин и 154 (28,0%) женщины. И в той и другой группе мужчин было больше в 2,4—2,6 раза, чем женщин.

По возрасту первично освидетельствованные распределились следующим образом: лица молодого возраста — 91 (14,0%) человек, среднего — 132 (20,4%), пенсионного — 425 (65,6%). Среди повторно освидетельствованных инвалидов молодого возраста было 129 (23,4%) человек, среднего — 314 (57,2%), пенсионного — 107 (19,4%). Как видно из приведенных данных, в группе первичных инвалидов преобладают лица пенсионного возраста, при повторном освидетельствовании число инвалидов пенсионного возраста уменьшается более чем в 3 раза и увеличивается доля лиц молодого и среднего возраста.

При сопоставлении контингента первично и повторно освидетельствованных по тяжести инвалидности выявлено, что среди первичных инвалидов инвалиды I группы составили 25,1% ( $n=163$ ), II группы — 66,3% ( $n=429$ ), III группы — 8,6% ( $n=56$ ); среди повторных инвалидов — 16,0% ( $n=88$ ), 41,8% ( $n=230$ ) и 42,2% ( $n=232$ ) соответственно. Следовательно, прослеживается динамика инвалидности по тяжести: уменьшение среди повторно освидетельствованных инвалидов с I и II группами и увеличение лиц с более «легкой» III группой инвалидности.

Проведен анализ половозрастных различий контингента первично и повторно освидетельствованных.

Среди мужчин, впервые признанных инвалидами, лица молодого возраста составили 10,1% ( $n=46$ ), среднего — 24,3% ( $n=111$ ), пенсионного — 65,6% ( $n=299$ ); среди повторно признанных инвалидами — 22,7% ( $n=90$ ), 58,7% ( $n=233$ ) и 18,6% ( $n=73$ ) соответственно. Таким образом, среди мужчин, повторно признанных инвалидами, наблюдается уменьшение лиц пенсионного возраста более чем в 3,5 раза и увеличение лиц молодого и среднего возраста.

Таблица 1. Показатели общей инвалидности при онкоурологических заболеваниях с учетом возраста и групп инвалидности

Группа	Всего	Мужчины			Всего	Женщины		
		молодой	Возраст средний	пенсионный		молодой	Возраст средний	пенсионный
I	200	27	56	117	51	11	15	25
II	465	54	171	240	194	49	38	107
III	187	55	117	15	101	24	49	28
Итого...	852	136	344	372	346	84	102	160

Таблица 2. Сопоставление показателей первичной и повторной инвалидности при онкоурологических заболеваниях

Группа	Всего	Первичная инвалидность			Всего	Повторная инвалидность		
		молодой	Возраст средний	пенсионный		молодой	Возраст средний	пенсионный
I	163	23	36	104	88	15	35	38
II	429	59	75	295	220	44	134	52
III	56	9	21	26	232	70	94	17
Итого...	648	91	156	425	550	129	314	107

Среди женщин, впервые признанных инвалидами, лица молодого возраста составили 23,4% ( $n=45$ ), среднего — 10,9% ( $n=21$ ), пенсионного — 65,7% ( $n=126$ ); среди повторно признанных — 25,3% ( $n=39$ ), 52,6% ( $n=81$ ) и 22,1% ( $n=34$ ) соответственно. Как показывает анализ, у женщин в отличие от мужчин возрастные показатели относительно стабильны.

В числе мужчин, впервые признанных инвалидами, инвалидов I группы было 132 (28,9%) человека, II группы — 294 (64,5%), III группы — 30 (6,6%); среди повторно признанных инвалидами — 68 (17,2%), 171 (43,2%), 75 (39,6%) человек. Динамика тяжести инвалидности характеризуется уменьшением числа инвалидов «тяжелых» групп — I и II и увеличением инвалидов III группы при повторном освидетельствовании в 6 раз.

Среди впервые освидетельствованных женщин инвалиды I группы составили 6,8% ( $n=31$ ), II группы — 70,3% ( $n=135$ ), III группы — 13,5% ( $n=26$ ); среди повторно освидетельствованных — 13,0% ( $n=20$ ), 38,3% ( $n=59$ ) и 48,7% ( $n=75$ ) соответственно. Как видно, у женщин выражено увеличение инвалидов I (почти в 2 раза) и III (более чем в 3,5 раза) групп (табл. 2).

Таким образом, общий контингент инвалидов вследствие онкоурологических заболеваний в Самарской области характеризовался преобладанием мужчин, инвалидов пенсионного возраста и II группой инвалидности.

Отмечаются существенные отличия в формировании контингента инвалидов, впервые освидетельствованных в учреждениях медико-социальной экспертизы и повторно освидетельствованных, которые характеризуются преобладанием среди первичных инвалидов лиц пенсионного возраста, при повторном освидетельствовании число инвалидов пенсионного возраста уменьшается более чем в 3 раза и увеличивается доля лиц среднего возраста. Также среди повторно освидетельствованных прослеживается динамика инвалидности по тяжести: уменьшение инвалидов с I и II группами и увеличение лиц с более «легкой» III группой инвалидности.

Зафиксированы также половозрастные различия контингента первично и повторно освидетельствованных: у женщин отмечены более стабильные показатели.

Выявленная динамика показателей среди первично и повторно освидетельствованных инвалидов может быть обусловлена как тяжестью стадии при первичном освидетельствовании (больные направляются на экспертизу при тяжелых стадиях процесса), так и результативностью реабилитации этих пациентов, что характеризуется при повторном освидетельствовании снижением тяжести инвалидности.

Эти тенденции в динамике инвалидности у онкоурологических больных требуют дальнейшего изучения.