

8. Фефелова Ю.А., Васильев А.В., Колоскова Т.П. и др. Изменение липидного спектра лимфоцитов периферической крови у девушек разных конституциональных типов в ответ на пищевую нагрузку // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 1. – С. 20-24.

9. Фефелова Ю.А., Казакова Т.В., Колоскова Т.П. и др. Корреляционный анализ внутрисистемных связей липидного спектра лимфоцитов крови у девушек разных конституциональных типов // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 4. – С. 49-52.

10. Хрисанфова Е.Н., Перевозчиков И.В. Антропология. – М.: Изд-во МГУ, 2005. – 400 с.

11. Чтецов В.П., Лутовинова Н.Ю., Уткина М.И. Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у женщин // Вопросы антропологии. – 1979. – Вып. 60. – С. 13.

12. Щедрина А.Г. Философско-методологические парадигмы в науке о здоровье человека // Медицина и образование в Сибири. – 2009. – №5. URL <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/textfull.php?id=379>.

13. Sengenès C., Stich V., Berlan M. et al. Increased lipolysis in adipose tissue and lipid mobilization to natriuretic peptides during low-calorie diet in obese women // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2002. – Vol. 26. – P. 24-32.

## Сведения об авторах

Фефелова Юлия Анатольевна – доктор биологических наук, доцент кафедры патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии имени проф. В. В. Иванова ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2283649; e-mail: FefelovaJA@mail.ru.

Фефелова Вера Владимировна – доктор биологических наук, профессор, заведующая лабораторией этногенетических и метаболических проблем нормы и патологии ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 3г; тел. 8 (391) 228-06-83; e-mail: FefelovaVV@yandex.ru.

Казакова Татьяна Вячеславовна – доктор медицинских наук, доцент кафедры анатомии и гистологии человека ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(3912) 2201409. e-mail: Kazak-tv@mail.ru.

Сергеева Екатерина Юрьевна – доктор биологических наук, профессор кафедры патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии имени проф. В. В. Иванова ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 1; тел. 8(391) 2283649; e-mail: e.yu.sergeeva@mail.ru.

Колоскова Татьяна Петровна – кандидат медицинских наук, докторант лаборатории этногенетических и метаболических проблем нормы и патологии ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, г. 3г; тел. 8 (391) 2280683; e-mail: koloskova72@inbox.ru.

## Здоровье, образ жизни, экология



© АРТЮХОВ И. П., ГАВРИЛЮК Д. В., ДЫХНО Ю. А., РУКША Т. Г.

УДК 615.5-006.81-055.1-055.2 (571.51)

### ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

И. П. Артюхов, Д. В. Гаврилюк, Ю. А. Дыхно, Т. Г. Рукша

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д.м.н., проф. И. П. Артюхов; кафедра управления в здравоохранении ИПО, зав. – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО, зав. – д. м. н., проф. Ю. А. Дыхно; кафедра патологической физиологии с курсом клинической патофизиологии имени проф. В. В. Иванова, зав. – д. м. н., доцент Т. Г. Рукша.

**Резюме.** Представлен анализ заболеваемости меланомой кожи мужского и женского населения Красноярского края за период 1996-2009 гг. Проведена оценка динамики стандартизованных и повозрастных показателей, а также уровня заболеваемости в зависимости от пола и периода жизни. Рассчитаны кумулятивный риск, общий прирост и среднегодовой темп прироста заболеваемости меланомой кожи. Произведен компонентный анализ заболеваемости меланомой кожи мужского и женского населения Красноярского края.

**Ключевые слова:** Красноярский край, меланома, заболеваемость, мужчины, женщины, общий прирост, темп прироста, возраст, компонентный анализ.

Заболееваемость злокачественными опухолями кожи имеет тенденцию к росту во многих странах мира и зависит от географического положения региона, расовых и национальных особенностей популяции, природных и климатических условий, экологического фона, санитарно-гигиенических условий труда и быта [1].

Меланома кожи составляет около 10% от всех злокачественных опухолей кожи. В целом, ежегодная заболееваемость меланомой увеличивается в разных странах на 2,6-11,7%. Средний показатель варьирует от 3-5 0/000 в странах Средиземноморья до 12-20 0/000 в Северной Европе и продолжает возрастать.

Показатель смертности от меланомы кожи составляет 2-3 ‰ с небольшими изменениями в зависимости от географического положения, и остается относительно стабильным в последнее десятилетие. Однако смертность мужчин увеличилась в течение последних 25 лет по сравнению с женщинами [2].

Наиболее высокие стандартизованные показатели заболеваемости меланомой кожи наблюдаются у белого населения Австралии и Новой Зеландии 23-29,8 ‰. Заболеваемость на уровне 15-18,6 ‰ отмечена среди европейцев, живущих в Зимбабве, белых мужчин США (Лос-Анджелес, Сан-Франциско), женщин Австрии и Норвегии. По меркам Европы высокий уровень заболеваемости 8,8-14,1 ‰ отмечается среди жителей Дании, Италии, Швейцарии. Самые низкие показатели заболеваемости меланомой 0,1-1,5 ‰ выявлены в Алжире, у индейцев и афро-американцев США, Уганды, Зимбабве, Китае, Корее, Японии [3].

Изучение эпидемиологических показателей меланомы кожи среди мужчин и женщин Красноярского края в динамике имеет важное значение для оптимизации медицинской помощи этому контингенту онкологических больных.

#### Материалы и методы

Выкопировку данных первичной заболеваемости меланомой кожи (С43) проводили по материалам ежегодной государственной статистической отчетности организационно-методического отдела ККБУЗ «Красноярский краевой клинический онкологический диспансер»: форма № 7 «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» и форма № 35 «Сведения о больных со злокачественными новообразованиями».

К первичной заболеваемости меланомой относили совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных случаев при обращении населения за медицинской помощью, в том числе выявленных при профилактических осмотрах. Не учитывались больные меланомой закрытых административно-территориальных объединений Красноярского края из-за отсутствия их отчетов.

Численность и возрастно-половой состав населения Красноярского края за 1996-2009 гг. получены в Территориальном органе Федеральной службы государственной статистики по Красноярскому краю.

Для элиминации влияния возраста на величину показателя заболеваемости и сглаживания возрастных различий в сравниваемых группах рассчитывали стандартизованный показатель прямым методом. За стандарт был принят возрастной состав населения Европы. Вычисляли стандартную ошибку показателей и 95% доверительный интервал [5].

Для оценки динамики тренда заболеваемости меланомы вычисляли общий прирост (%), среднегодовую прибыль/убыль стандартизованных и повозрастных показателей (число случаев

на 100 тыс. населения), среднегодовой темп прироста (%). Динамический ряд выравняли с помощью уравнения линейной регрессии методом наименьших квадратов.

Проведен компонентный анализ динамики заболеваемости меланомой за период 1996-2009 гг. Дополнительно проведена стратификация абсолютного числа больных меланомой на составные части. Компоненты прироста рассчитывали с учетом изменения численности и возрастной структуры населения, совместного влияния изменений численности населения и его возрастной структуры, риска заболеть, риска заболеть и численности населения, риска заболеть и возрастной структуры населения, а также риска заболеть, численности населения и его возрастной структуры [4].

Описательные статистики представлены абсолютными значениями и относительными стандартизованными величинами. При статистической обработке результатов применяли программы Statistica v. 6.0 for Windows, Biostat, Excel.

#### Результаты и обсуждение

Наиболее высокая величина достоверности аппроксимации по ряду стандартизованных показателей заболеваемости меланомой кожи у мужчин и женщин соответствует полиномиальной сглаживающей линии тренда (рис.1,2). Коэффициент корреляции трендов заболеваемости меланомой мужского и женского населения Красноярского края составил 0,58, что косвенно указывает на определенные различия в динамике формирования этих показателей за период 1996-2009 гг.

В Красноярском крае в период 1996-2009 гг. стандартизованный показатель заболеваемости меланомой кожи мужчин увеличился с 2,3 [1,4-3,2] ‰ до 4,6 [3,3-5,9] ‰. Общий прирост заболеваемости составил 80,1%, среднегодовой темп прироста – 4,4%. В динамике стандартизованная заболеваемость оставалась стабильной с 1996 г. до 2004 г. После подъема в 2005 году до 5,2 [3,7-6,7] ‰ этот показатель практически не изменился с достаточно высокой амплитудой скачкообразных колебаний его значений.

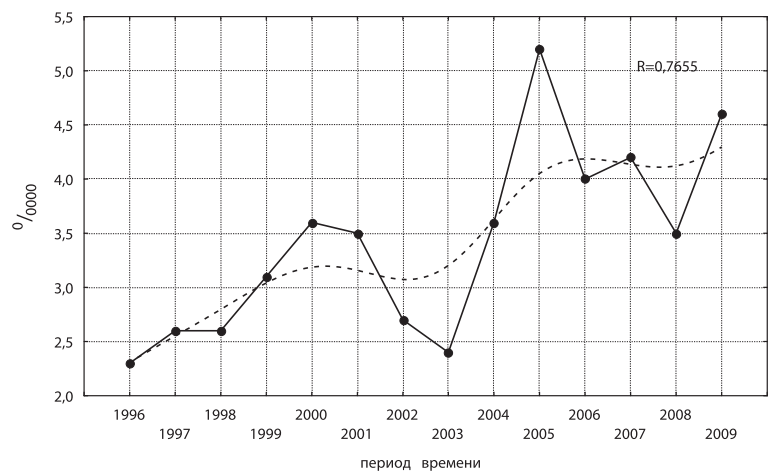


Рис. 1. Стандартизованные показатели заболеваемости меланомой кожи мужского населения Красноярского края 1996-2009 гг.

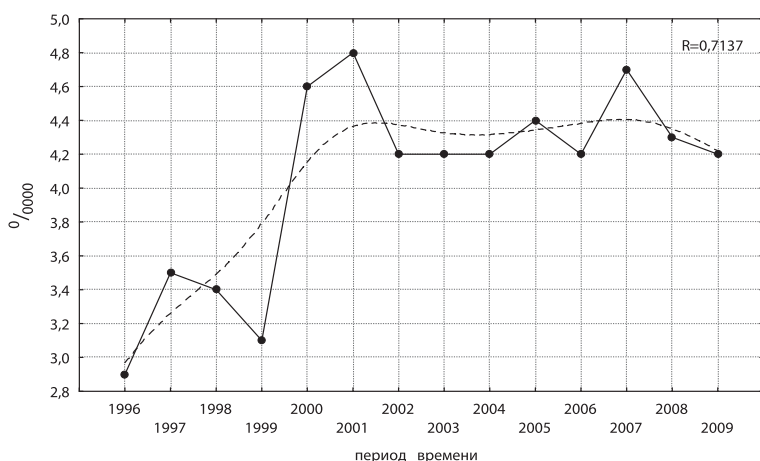


Рис. 2. Стандартизованные показатели заболеваемости меланомой кожи женского населения Красноярского края 1996-2009 гг.

При компонентном анализе установлено, что общий прирост заболеваемости меланомой (115,3%) у мужчин связан, главным образом, с увеличением риска заболеть (97,8%). В то же время совместное влияние изменения возрастной структуры мужского населения и его риска заболеть на общий прирост заболеваемости меланомой составило только 12,9%.

За аналогичный период времени у женщин отмечается только тенденция к подъему стандартизованной заболеваемости меланомой кожи с 2,9 [2,0-3,8] до 4,2 [3,2-5,2] ‰/0000. Общий прирост заболеваемости меланомой женского населения составил 35,1%, среднегодовой темп прироста – 2,3%. С 1996 года по 1999 год стандартизованная заболеваемость также стабильна. После подъема в 2000 году до 4,6 [3,4-5,8] ‰/0000 этот показатель практически не изменился, приближаясь к линейному плато тренду.

При компонентном анализе установлено, что общий прирост заболеваемости меланомой (55,4%) у женщин также в большей степени связан с увеличением риска заболеть (47,4%). Совместное влияние изменения возрастной структуры женского населения и его риска заболеть на общий прирост заболеваемости меланомой оказалось минимальным 3,2%.

Абсолютное число мужчин с меланомой кожи в 1996 году составило 28 человек (n1), в 2009 году – 54 больных (n2). Аналогичные показатели у женщин соответственно 46 и 69 человек. Общий прирост абсолютного числа заболевших меланомой мужчин составил 92,86% по отношению к первоначальному числу больных, в то время как у женщин этот показатель оказался на уровне 50,0%. Если общий прирост числа заболевших меланомой мужчин (26 чел.) и женщин (23 чел.) принять за 100%, то прирост так или иначе связанный с увеличением риска заболевания составил соответственно 104,85% и 91,9%, а с «чистым» увеличением риска – 83,68% и 61,08%.

Прирост численности женского населения за период 1996-2009 гг. составил 6,47%, в то время как мужское население практически не изменилось, что находит свое отражение при расчете 1-й компоненты ΔН (табл. 1).

Для оценки кумулятивного влияния изменений в населении или риска заболеть к компонентам 1-го и 2-го класса был приплюсован эффект от влияния компонент 3-го класса:

$$(\Delta H + \Delta B + \Delta HB) + (\Delta HP + \Delta BP + \Delta HBP) = 15,16\% \text{ мужчины и } 19,46\% \text{ женщины}$$

$$\Delta P + (\Delta HP + \Delta BP + \Delta HBP) = 97,36\% \text{ мужчины и } 45,95\% \text{ женщины}$$

Таким образом, для меланомы кожи характерен сравнительно небольшой рост числа заболевших за счет изменения общей численности и структуры мужского и женского населения (не более 20%) примерно в равных пропорциях. В обеих популяциях преобладает реальный рост числа заболевших меланомой с превосходством среди мужчин (77,7%). Кумулятивное влияние изменений в населении или риска заболеть меланомой также более значительно у мужчин (97,36%).

Таблица 1

**Компонентный анализ абсолютного числа заболевших меланомой кожи мужского и женского населения Красноярского края (1996-2009 гг.)**

Компоненты прироста абсолютного числа заболевших	% прироста к (n2-n1) мужчины	% прироста к (n2-n1) женщины	% прироста к n1 мужчины	% прироста к n1 женщины
Рост численности населения, ΔН	0,62	12,94	0,57	6,47
Изменение возрастной структуры населения, ΔВ	-5,44	-4,55	-5,05	-2,28
Совместное влияние изменений численности и его возрастной структуры, ΔНВ	-0,03	-0,29	-0,03	-0,15
Изменение риска заболеть, ΔР	83,68	61,08	77,70	30,54
Совместное влияние изменения риска заболеть и численности населения, ΔНР	0,48	3,95	0,45	1,98
Совместное влияние изменения риска заболеть и возрастной структуры населения, ΔВР	20,58	25,24	19,11	12,62
Совместное влияние изменения риска заболеть, численности населения и его возрастной структуры населения, ΔНВР	0,12	1,63	0,11	0,82

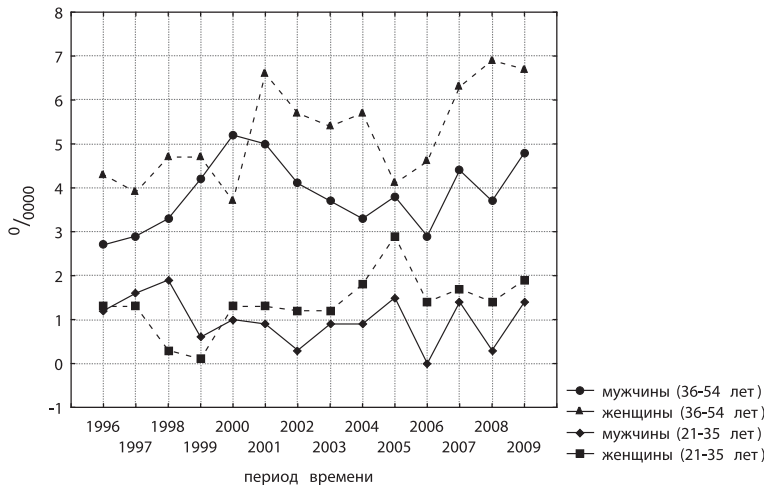


Рис. 3. Стандартизованные повозрастные показатели заболеваемости меланомой кожи мужского и женского населения в I-II зрелом возрасте в Красноярском крае 1996-2009 гг.

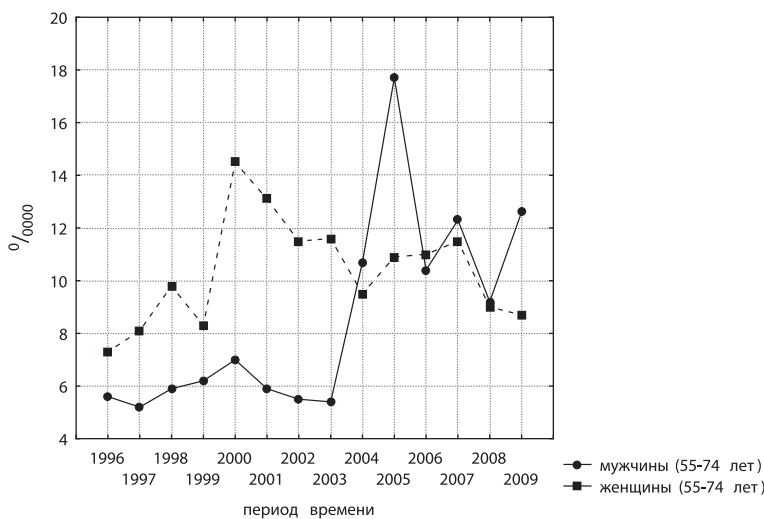


Рис. 4. Стандартизованные повозрастные показатели заболеваемости меланомы кожи мужского и женского населения в пожилом возрасте в Красноярском крае 1996-2009 гг.

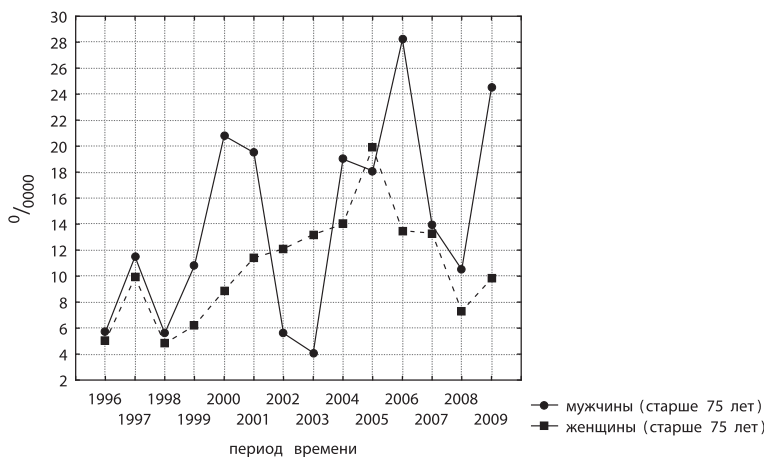


Рис. 5. Стандартизованные повозрастные показатели заболеваемости меланомы кожи мужского и женского населения в старческом возрасте в Красноярском крае 1996-2009 гг.

В I зрелом возрасте (21-35 лет) повозрастные показатели заболеваемости меланомой у мужчин не превышают 1,4 0/0000 рис. 3). Максимальное значение 3,1 0/0000 зарегистрировано в 1998 году в интервале 30-34 года. У женщин отмечалось повышение этого показателя с 1,3 0/0000 (1996 г.) до 1,9 0/0000 (2009 г.) с подъемом и стабилизацией значений после 2004 г. Максимальное значение 6,7 0/0000 выявлено в 2005 году также в возрасте 30-34 года.

Во II зрелом возрасте (36-54 лет) повозрастные показатели заболеваемости меланомой также увеличились в большей степени у женщин с 4,3 0/0000 (1996 г.) до 6,7 0/0000 (2009 г.) с подъемом и стабилизацией значений после 2001 года. Аналогичные показатели у мужчин увеличились с 2,7 0/0000 (1996 г.) до 4,8 0/0000 (2009 г.) со скачкообразными колебаниями значений. Максимальные значения этого показателя 13,3 0/0000 (2004 г.) у женщин и 9,3 0/0000 (2009 г.) у мужчин зарегистрированы в интервале 50-54 года.

В пожилом возрасте (55-74 года) повозрастные показатели заболеваемости меланомой в большей степени возрастают у мужчин с 5,6 0/0000 (1996 г.) до 12,6 0/0000 (2009 г.) с подъемом и стабилизацией значений после 2002 года. (рис. 4). Аналогичные показатели у женщин после пикового увеличения с 7,3 0/0000 (1996 г.) до 14,5 0/0000 (2000 г.) характеризуются постепенным снижением до 8,7 0/0000 (2009 г.). Максимальные значения этого показателя 25,2 0/0000 и 25,03 0/0000 зарегистрированы соответственно в интервале 65-69 лет в 2001 году у женщин и в интервале 70-74 года в 2007 году у мужчин.

В старческом возрасте (старше 75 лет) повозрастные показатели заболеваемости меланомой продолжают увеличиваться в большей мере у мужчин с 5,7 0/0000 (1996 г.) до 24,5 0/0000 (2009 г.) с подъемом в 1999 году и дальнейшими скачкообразными колебаниями значений (рис. 5). Аналогичные показатели у женщин после постепенного увеличения с 5,0 0/0000 (1996 г.) до 19,9 0/0000 (2005 г.) характеризуются постепенным снижением до 9,8 0/0000 (2009 г.). Максимальные значения этого показателя 25,9 0/0000 (2004 г.) и 43,7 0/0000 (2009 г.) зарегистрированы соответственно в возрасте старше 85 лет у женщин и в интервале 75-79 лет у мужчин.

Средний возраст мужчин с меланомой кожи увеличился с 49,5 лет (1996 г.) до 56,5 лет (2009 г.), причем с 2002 года остается стабильным значением. У женщин после максимального подъема этого показателя с 54,5 лет (1996 г.) до 59,6 лет (2002 г.) отмечается постепенное снижение до исходного уровня в 2009 году.



В зависимости от календарных периодов самые высокие показатели общего и среднегодового темпа прироста у обоих полов зафиксированы в период 1996-1999 гг. Для мужчин эти показатели составили 31,4% и 9,1% соответственно и были в 3-3,5 раза выше по сравнению с аналогичными значениями у женщин. В периоды 2000-2004 гг. и 2005-2009 гг. наблюдается снижение этих показателей, как у мужчин, так и у женщин.

В I зрелом возрасте наиболее высокие показатели общего (24,8%) и среднегодового темпа прироста (5,3%) зафиксированы у женщин в период 2000-2004 гг. Во II зрелом возрасте у женщин отмечался постоянный прирост этих показателей с максимальными значениями в 2005-2009 гг. (59,0% и 10,5% соответственно). У мужчин после максимального подъема общего (57,9%) и среднегодового темпа прироста (15,0%) в 1996-1999 гг. отмечается снижение этих показателей с резкими колебаниями значений в последующие 5-летние интервалы.

В пожилом возрасте наиболее высокие показатели общего (56,2%) и среднегодового темпа прироста (14,6%) также зафиксированы в период 2000-2004 гг. у мужчин со скачкообразными колебаниями значений. У женщин наблюдается постоянное снижение аналогичных показателей с положительным балансом только в 1996-1999 гг. (18,4% и 5,6%). В старческом возрасте наиболее высокие показатели общего (55,1%) и среднегодового темпа прироста (14,4%) также зафиксированы в период 2000-2004 гг. у женщин со скачкообразными колебаниями значений. У мужчин наблюдается постоянное снижение аналогичных показателей с положительным балансом только в 1996-1999 гг. (40,3% и 11,2%).

Общий прирост заболеваемости меланомой мужского населения Красноярского края за период 1996-2009 гг. превышает аналогичный показатель среди женщин в 2,3 раза с пиковыми значениями в пожилом и старческом возрасте (табл. 2). Среди женского населения максимальный общий прирост заболеваемости меланомой отмечался в I зрелом возрасте. Динамика изменений среднегодового темпа прироста заболеваемости меланомой совпадает с данными по общему приросту. Среднегодовой темп прироста заболеваемости меланомой мужского населения Красноярского края за период 1996-2009 гг. превышает аналогичный показатель среди женщин в 1,9 раза. Среднегодовая прибыль заболеваемости меланомой также несколько выше у мужского населения с преобладанием в пожилом и старческом возрасте. В I и II зрелом возрасте аналогичный показатель выше среди женского населения. Максимальные значения среднегодовой прибыли заболеваемости меланомой кожи регистрировались в старческом возрасте, как у мужчин, так и у женщин.

Таким образом, в период 1996-2009 гг. стандартизованная заболеваемость меланомой кожи увеличилась только у мужского населения Красноярского края

Таблица 2

### Динамика заболеваемости меланомой кожи мужского и женского населения Красноярского края

Период	Общий	1 зрелый возраст	2 зрелый возраст	Пожилой возраст	Старческий возраст
Общий прирост (%)					
1996-2009 гг. Мужчины	80,1	-39,9	19,9	180,8	143,4
1996-2009 гг. Женщины	35,1	144,8	53,1	11,6	86,1
Среднегодовая прибыль/убыль стандартизованного показателя заболеваемости (‰/1000)					
1996-2009 гг. Мужчины	0,15	-0,04	0,05	0,69	1,03
1996-2009 гг. Женщины	0,09	0,09	0,17	0,09	0,53
Среднегодовой темп прироста (%)					
1996-2009 гг. Мужчины	4,4	-3,8	1,4	7,9	6,9
1996-2009 гг. Женщины	2,3	6,5	3,2	0,9	5,0

и характеризуется скачкообразными колебаниями значений. За тот же период времени стандартизованная заболеваемость меланомой кожи женского населения Красноярского края практически не изменилась.

Компонентный анализ динамики стандартизованных показателей показал, что общий прирост заболеваемости меланомой у мужчин выше на 59,9% по сравнению с женщинами. Изменения, связанные с увеличением риска заболеть меланомой у мужчин также выше на 50,4%. Изменения общего прироста, связанные с изменением возрастной структуры мужского и женского населения не превышают 5%.

Компонентный анализ абсолютного числа заболевших меланомой выявил, что общий прирост пациентов мужского пола больше на 42,86% по сравнению с женской популяцией. Прирост, связанный с увеличением риска заболевания меланомой и прирост с «чистым» увеличением риска также выше в мужской популяции по сравнению с женщинами соответственно на 12,95% и 22,6%. Для обеих популяций характерны сравнительно небольшой рост числа заболевших за счет изменения общей численности и структуры населения в пределах 15-20%, а также преобладание реального роста числа заболевших с превосходством мужчин на 47,16% по сравнению с женщинами.

За период 1996-2009 гг. средний возраст мужчин с меланомой кожи увеличился на 7 лет (постарение контингента больных), в то время как у женщин остался практически на прежнем уровне.

Показатели общего и среднегодового темпа прироста заболеваемости меланомой мужского населения выше по сравнению с женщинами на 45% и 2,1% соответственно. В целом общий прирост, среднегодовые прибыль/убыль и темп прироста заболеваемости меланомой у мужчин наиболее выражены в пожилом и старческом возрасте, у женщин – в I зрелом возрасте.

По календарным интервалам (1996-1999 гг., 2000-2004 гг., 2005-2009 гг.) общий природ и темп прироста заболеваемости меланомой у мужчин постоянно снижается в I зрелом возрасте, у женщин наоборот постоянно повышается во II зрелом возрасте. В пожилом и старческом возрасте для обоих полов характерны колебания значений этих показателей по периодам.

#### SKIN MELANOMA MORBIDITY OF ADULT POPULATION IN KRASNOYARSK REGION

I. P. Artyukhov, D. V. Gavriluyk,

Yu. A. Dykhno, T. G. Ruksha

Krasnoyarsk State Medical University named  
after prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

**Abstract.** It is presented the analysis of the skin melanoma morbidity in male and female population of the Krasnoyarsk region over the period from 1996 to 2009. It was given the assessment to the dynamics of standardized and age-specific indicators and the level of morbidity according to the sex and life period. There were calculated the cumulative risk, the overall growth and average annual rate of increasing the morbidity of skin melanoma. It was done the component analysis of skin melanoma morbidity in male and female population of the Krasnoyarsk region.

**Key words:** Krasnoyarsk region, melanoma, morbidity, men, women, the overall growth, rate of increase, age, component analysis.

#### Литература

1. Клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / Ред. С. А. Тюляндин, Н. И. Переводчикова, Д. А. Носов. — М.: Издательская группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2010. — 436 с.

2. Кузнецов, И.Д. Медико-социальные, эпидемиологические и клинические аспекты меланомы кожи : автореф. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2010. — 24 с.

3. Лемехов В. Г. Эпидемиология, факторы риска, скрининг меланомы кожи // Практическая онкология. — 2001. — № 8. — С. 3-11.

4. Организация онкологической службы России / Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского. — М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росмедтехнологий, 2007. — Ч. 2. — 663 с.

5. Петрова Г. В., Грецова О. П., Старинский В. В. и др. Характеристика и методы расчета статистических показателей применяемых в онкологии. — М.: ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена Росздрава, 2005. — 39 с.

#### Сведения об авторах

Артюхов Иван Павлович — доктор медицинских наук, профессор, ректор, заведующий кафедрой управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел. 8(391)2201395; e-mail: rector@krasgmu.ru.

Гаврилюк Дмитрий Владимирович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел. 8(391)2671710; e-mail: gavrilukdv@mail.ru.

Дыхно Юрий Александрович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел. 8(391)2671710; e-mail: onko@krasgmu.ru.

Рукша Татьяна Геннадьевна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой патологической физиологии имени В. В. Иванова ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1; тел. 8(391)2965952; e-mail: tatyana\_ruksha@mail.ru.

© НАРКЕВИЧ А. Н., КОРЕЦКАЯ Н. М., ВИНОГРАДОВ К. А., НАРКЕВИЧ А. А.

УДК 616.24-002.5-073.175

## ФАКТОРЫ И ПРИЧИНЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ ПРОХОЖДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ПРОВЕРОЧНОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

А. Н. Наркевич, Н. М. Корецкая, К. А. Виноградов, А. А. Наркевич

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. Н. М. Корецкая.

**Резюме.** На регулярность прохождения проверочного флюорографического обследования наиболее влияет возраст, трудовая занятость и уровень образования. Наиболее высока доля лиц, соблюдающих регламентированные сроки обследования среди пенсионеров и лиц с высоким уровнем образования, а среди нарушающих, — неработающих лиц трудоспособного возраста. Нерегулярность прохождения проверочного флюорографического обследования обусловлена небрежным отношением к здоровью, занятостью на работе, самоуверенностью. Сделано заключение о необходимости учета полученных данных при планировании флюорографического обследования и при проведении санитарно-просветительной работы по созданию мотивации населения к его регулярному прохождению.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, флюорография.