

Масленцева Н.Ю. ©

Кандидат социологических наук, доцент,  
Российский государственный профессионально-педагогический университет

## ОНКОЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

### *Аннотация*

*Статья посвящена анализу социальной обусловленности онкозаболеваемости. Определяются основные факторы и причины роста уровня онкологии зарубежом и в России.*

**Ключевые слова:** рак, онкозаболеваемость, факторы риска, выживаемость, уровень жизни, психоэмоциональный стресс, социальное неравенство.

**Keywords:** cancer, cancer incidence, risk factors, survival, living standards, psycho-emotional stress, social inequality.

На земном шаре нет стран, в которых бы не регистрировались опухоли. Более половины населения земного шара живет в странах, в которых рак является важнейшей проблемой национального здравоохранения. Однако распространены опухоли неравномерно в силу разных обстоятельств. В развитых странах осознаны зловещая роль и значение этой проблемы, в развивающихся странах она затушевана другими заботами, отсутствием статистики, кадров и т. д.

Рак – болезнь преимущественно второй половины жизни. Смертность от рака легкого среди 70 - летних мужчин в Дании выше, чем среди 50 - летних, в 6,7 раза, а среди 40-летних - в 20 раз [1,9]. В странах Азии, Африки и Латинской Америки, где средняя продолжительность жизни менее 30 лет, заболеваемость раком не так заметна. Борьба с инфекционными болезнями, быстро улучшающаяся в связи с социальными преобразованиями в бывших колониальных странах, приведет к заметному увеличению продолжительности жизни, а значит, увеличит контингент людей, для которых риск заболеть раком более значителен.

Развитие рака обусловлено взаимодействием внутренних (связанных с человеком) и внешних (канцерогенных) факторов. Наиболее значимыми потенциально устранимыми внешними факторами являются курение и этанол. По оценкам ВОЗ именно они являются причиной 85 % всех случаев рака гортани, 80-85 % рака легких, 75 % рака пищевода [2]. Более того, доказано синергетическое (усиливающее друг друга) канцерогенное действие табака и алкоголя. Особенности питания также влияют на вероятность образования опухоли: избыточное потребление жиров, соли, копченостей, консервантов, нитратов и нитритов в 30-70 % случаев сопутствует раку толстой кишки. Излишняя энергетическая ценность пищи, влекущая за собой ожирение, достоверно увеличивает риск рака пищевода, молочной железы, эндометрия, почек. Реализация «канцерогенного потенциала» внешних факторов, в определенной степени зависит от наследственной предрасположенности каждого конкретного человека [3].

Мощным защитным барьером на пути рака является иммунная система. При иммунодефицитных состояниях угроза злокачественных опухолей возрастает многократно; для определенных форм лимфомы, рака печени или кожи риск развития увеличивается более чем в 30 раз. Гормональные факторы, особенно у женщин, играют существенную роль в возникновении рака. Эстрогены повышают риск злокачественных новообразований молочной железы, эндометрия, и, по некоторым данным, печени. Предопределяет увеличение вероятности заболевания и старение. Риск развития рака до 75 лет составляет в

России для женщин 19,8 %, для мужчин – 27,5 %. Если же взять тот же риск до 60 лет, то он значительно ниже – 8,2 % для обоих полов [4].

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждый год от онкологических заболеваний в мире умирают более 7,5 млн. человек. В России на конец 2013 г. на учете в онкологических учреждениях состояли более 3,0 млн. больных. За последние 10 лет число онкологических больных в стране увеличилось на 25,5% [5, 37]. В российской статистике смертности на лидирующих позициях рак легких (18,5 %), желудка (13,5 %), толстой кишки (12,7 %). Наиболее угрожающие типы онкологических заболеваний для мужчин и женщин различны. В России женщины чаще умирают от рака молочной железы (17,2 %), мужчины – от рака легких (28,7 %). По всему миру в настоящий момент наблюдается тенденция к слабому снижению показателей смертности у женщин и к росту у мужчин. В России количество диагностированных случаев рака с начала 90-х годов прошлого века неуклонно растет. Наиболее частые локализации опухолей: трахея, бронхи, легкие (13,3 %), кожа (12,5 %, включая меланому), желудок (10,2 %), молочная железа (10,1 %) [6]. Заболеваемость повышается во всех возрастных группах, однако наиболее быстро растет у мужчин после 60 лет и у женщин после 50 лет. Прирост заболеваемости у женщин в два раза выше, нежели у мужчин.

Выживаемость – показатель, учитывающий историю онкологического заболевания. Применяющийся термин «пятилетняя выживаемость» показывает, что болезнь на протяжении этого времени не дала рецидивов. Позже рак возвращается крайне редко, поэтому спустя пять лет пациент считается полностью излеченным. В развитых странах уже достаточно давно собирается информация по пятилетней выживаемости: например, по некоторым данным во Франции она составляет 57,9%, в США – 63,5% среди женщин и 62% среди мужчин. В России онкологические реестры ведутся с 1990-х годов, информации по выживаемости пока собрано мало, но по последним оценкам она составляет 48 % (у мужчин – 41 %) [7,37]. Выживаемость существенно зависит от локализации опухоли. Худшие прогнозы у пациентов с раком поджелудочной железы (пятилетний срок переживают 3 - 6 %) и раком легких (11-13 %). Остальные виды рака лечатся значительно лучше. При раке толстой и прямой кишки, например, излечивается более половины пациентов, при раке кожи – 85-90 % [8].

Продолжительность жизни онкологических пациентов различна и зависит от уровня медицинской помощи, широты охвата населения диспансеризацией. Актуальной становится и антитабачная политика, поскольку именно последствия активного и пассивного курения большинством онкологов признаются как рискогенные с точки зрения новообразований. В рамках борьбы с последствиями курения правительства большинства государств запланированы мероприятия по совершенствованию медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями и пропаганде здорового образа жизни, усилении социальной рекламы тем более, что смертность населения России в возрасте до 64 лет от онкологических заболеваний на 30% превышает аналогичные показатели в развитых странах ЕС. Особенно высока смертность онкобольных в течение первого года после установки диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости этих заболеваний и низком уровне здоровьесберегающих установок среди россиян [9].

Мужчины трудоспособного возраста умирают от онкологических заболеваний почти в 2 раза чаще, чем женщины, но заболеваемость среди женщин выше. Долгое время бедность и стресс недооценивались в качестве факторов, воздействующих на уровень онкозаболеваемости. Однако именно социально-экономические и психоэмоциональные состояния населения могут объяснить динамику онкологических заболеваний и ее катастрофические последствия. Исследования в различных странах, в частности в США, показали, что смертность среди низкодоходных групп общества в 1,5 - 2 раза выше, чем среди представителей среднего и высшего класса, что отражает неравный доступ к различным ресурсам, начиная от полноценного питания, заканчивая квалифицированной медицинской помощью [10].

Россияне в 1,5 - 2 раза меньше едят мяса, молока, растительного масла, фруктов, овощей, а больше хлеба, картофеля - все это ниже рекомендуемых норм, что влияет на качество здоровья и устойчивость к воздействию повреждающего фактора. К социально – экономическому неблагополучию относятся и жизненные условия, гигиеническая неграмотность, характер работы, ее отсутствие и т.п. Одним словом, бедность является важным фактором онкологического риска. Отмечена отчетливая связь между возникновением рака и психоэмоциональным стрессом у человека, силой переживания болезни. Бедность, преступность, терроризм, безработица, война, миграция, крупные аварии, стихийные бедствия негативно воздействуют на население любой страны. Согласно данным психологов, 70% взрослого населения постоянно испытывают стресс, и не способны с ним справиться самостоятельно.

Медикам трудно, что-либо противопоставить в масштабах страны действию этих факторов, но учитывать это в профилактических мероприятиях необходимо. Главной задачей в борьбе против рака остается его раннее своевременное выявление. Наиболее значимым становится актуализация здоровьесберегающих стратегий на индивидуально уровне и на уровне органов здравоохранения, местной администрации и государственной политики. Ежегодное прохождение профилактических медицинских осмотров, отказ от вредных привычек, ведение по возможности здорового образа жизни, решение своих проблем без стрессовых ситуаций в целом можно назвать индивидуально-профилактическими мероприятиями. Большое значение в организации профилактики злокачественных новообразований, повышении ее эффективности имеет квалификационная санитарно-просветительная работа и систематическое повышение онкологической подготовки медицинских работников, в том числе и врачей всех специальностей. Первичная профилактика направлена на предотвращение заболевания и снижение заболеваемости. В основе профилактических мероприятий международного и государственного масштаба лежит охрана окружающей среды (воздуха, воды, почвы, продуктов питания, лекарственных средств и др.) от канцерогенных загрязнений.

Бесспорно, принудительное прохождение медосмотров противоречит основам демократического государства. Сейчас подобное обязательство граждан почти полностью полагается на совесть работодателей. Не секрет, что на большинстве частных предприятий и компаний медосмотры не являются обязательными – а каждый год без медосмотра умножает риск узнать о раке уже в его запущенной форме.

Положительным моментом является рост сознания российской профилактики: об этом свидетельствует и постоянное увеличение загруженности поликлиники Национального института рака, которая рассчитана на 130 000 посещений в год, а сейчас принимает больше 150 000. В 2012 году сюда обратилось на 30% больше граждан, по сравнению с 2011 годом, а в 2013 - на 15, 6% больше предыдущего года [11,63]. Показателем сознательного отношения к своему здоровью является то, что люди стали приходить на обследование без видимых жалоб: просто хотят быть уверенными, что не имеют опухолей. Когда такой алгоритм станет обязательным для всего населения, рак сможет стать, излечим в большинстве случаев благодаря ранней диагностике. Но такая диагностика доступна не для всех: если люди живут в городах, где есть поликлиники – ранняя диагностика вполне возможна. Вместе с тем статистика показывает, что 40% всех больных – это жители села. А ни для кого не секрет, что во многих селах отсутствует возможность помощи при возникновении даже острых терапевтических заболеваний, не говоря уже про профилактические обследования на рак [12].

Для оказания эффективной помощи онкобольным за государственные средства приоритетно закупаются высокоэффективные препараты, которые применяются в радикальных схемах лечения и эффективность которых доказана, но бюджета хватает лишь для медикаментозного лечения около 18-20% всех больных раком: за государственный счет можно лечиться, пока не закончатся лекарства на складе. Остальное время пациенты вынуждены лечиться за собственный счет или искать благотворителей.

Социально – экономическое неблагополучие (условия жизни, доступ к социальным ресурсам) – важный фактор онкологического риска, усиливающегося психоэмоциональным стрессом человека свидетельствует о сложной природе рака и необходимости его комплексной профилактики.

### Литература

1. Максимова Т.М. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины / Т.М. Максимова, В.Б. Белов. 2013. № 1. С. 9 - 12.
2. Мировая статистика заболеваемости раком [Электронный ресурс] - Режим доступа: [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr).
3. Заболеваемость раком // Аргументы недели. 2011. [Электронный ресурс] - Режим доступа: [www.vitki.org](http://www.vitki.org).
4. Заболеваемость раком в России // Мед Энциклопедия. Онкология [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://medportal.ru>.
5. Вельшер Л. Рак: угроза сохраняется / Л. Вельшер // Медицинская газета. 2012. № 86. С. 37.
6. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в России // Медицинская энциклопедия Книга Медика [Электронный ресурс] Режим доступа: [//www.knigamedika.ru/novoobrazovaniya-onkologiya/statistika-zabolevaemosti-rakom.html#ixzz3KBYzzPZg](http://www.knigamedika.ru/novoobrazovaniya-onkologiya/statistika-zabolevaemosti-rakom.html#ixzz3KBYzzPZg).
7. Вельшер Л. Рак: угроза сохраняется / Л. Вельшер // Медицинская газета. 2012. № 86. С. 37.
8. Мировая статистика заболеваемости раком [Электронный ресурс] - Режим доступа: [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr).
9. Статистическая обработка материала // Главная медицинская сестра. 2014. № 10. С. 63-85.
10. Мировая статистика заболеваемости раком [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)
11. Статистическая обработка материала // Главная медицинская сестра. 2014. № 10. С. 63-85.
12. Причины случаев запущенности онкозаболеваний // Онкологические заболевания [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [www.rakdoctor.ru](http://www.rakdoctor.ru).