

УДК 614.2

## АНАЛИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В РФ

В. С. Малышева

*Студентка,  
Национальный Исследовательский  
Мордовский государственный университет  
им. Н. П. Огарева,  
Медицинский институт,  
г. Саранск, Республика Мордовия, Россия*

## ANALYSIS OF CANCER INCIDENCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

V. S. Malysheva

*Student,  
Ogarev Mordovia State University,  
Medical University,  
Saransk, Republic of Mordovia, Russia*

**Abstract.** The purpose of the study was to analyze the current data on the incidence of neoplastic neoplasms in the Russian population, substantiate the dynamics of progression of certain forms of cancer, and identify, respectively, the problems of modern medicine in the field of diagnosis, treatment and prevention of this pathology.

The study is based on indicators of the incidence of various types of cancer, the total mortality from all neoplasms. These indicators of morbidity are compared, and a comparative analysis of data for the past years and today is carried out.

A trend towards an overall increase in cancer incidence over the past ten years has been identified, as well as an increasing role for prostate cancer, cervical cancer, colorectal cancer, and a drop in the incidence of lung cancer and stomach cancer. For the prevailing forms of neoplasms, the incidence structure shows a low level of screening programs, and the regression of other types of cancer is associated with social factors.

The conclusion is made about the need to make adjustments to the system of accounting for cancer incidence.

Based on this research, it is possible to focus the activities of health authorities in this area on the wider introduction of cancer screening as a method of early diagnosis of malignant neoplasms, and other priority problems of modern Oncology.

**Keyword:** malignant neoplasms; cancer incidence; mortality structure; screening; risk factors.

В настоящее время злокачественные новообразования (ЗНО) являются второй по значимости причиной смерти населения в мире. По оценкам ВОЗ, в 2015 г. количество смертей, вызванных злокачественными новообразованиями, равнялось 8,8 млн., уступая главенствующее место только количеству смертей от сердечно-сосудистых заболеваний [2; 4]. Полагают, что злокачественные новообразования, во многих странах с высоким экономическим уровнем уже являющиеся первой по значимости причиной смерти населения, в ближайшие десятилетия станут основной

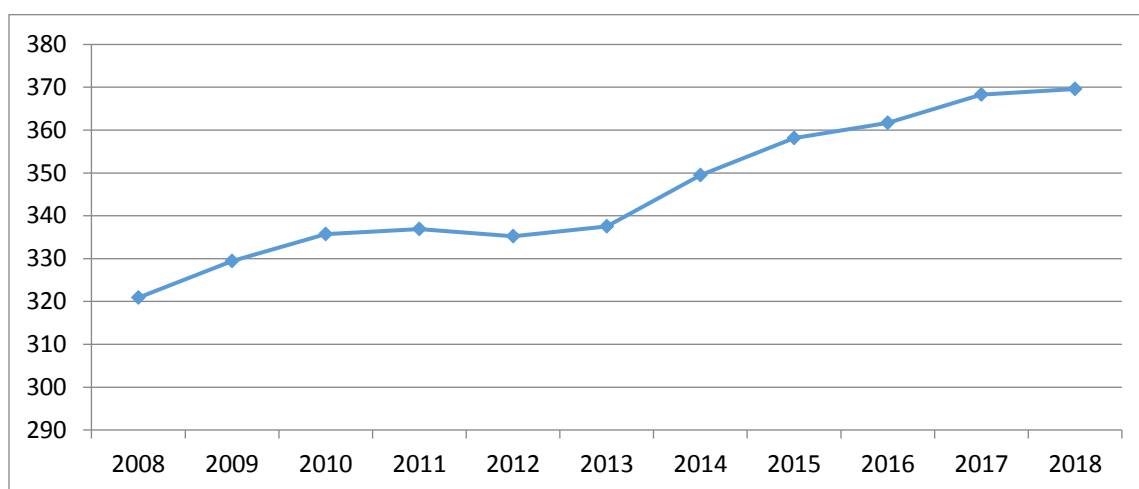
причиной и смерти, и инвалидизации населения во всем мире.

В России причины смертности населения традиционно соответствовали следующей иерархии: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, внешние причины, заболевания органов дыхания. Согласно данным Росстата за 2017 г., начиная с 2006 г. болезни органов пищеварения сместили болезни органов дыхания, заняв соответственно 4-е место в структуре смертности населения по причинам. С 2003 г. в России формируются условия, определяющие прогрессирующий рост ожидаемой продолжи-

тельности жизни населения, которые определяются преимущественно снижением избыточной смертности, вызванной болезнями системы кровообращения и внешними причинами [2; 4].

Заболеваемость злокачественными новообразованиями возрастает в соответствии с возрастом и в основном сконцентрирована среди пожилого населения, поэтому, учитывая превалирование в России

процесса старения популяции над рождаемостью, оснований ожидать отрицательной динамики заболеваемости онкологическими заболеваниями нет. В данной связи рост распространенности заболеваний злокачественными новообразованиями в населении РФ, а следовательно, и рост их роли в инвалидизации населения, не теряет своего значения (рис. 1).



*Рис. 1. Показатель онкологической заболеваемости*

Объективная оценка онкологической заболеваемости, ее доли в структуре общей заболеваемости и смертности, прогностические аспекты в анализе настоящей ситуации затруднены в связи с большим количеством демографических параметров, обуславливающих данную статистическую ситуацию. Примерами данных параметров могут служить средняя продолжительность жизни, величина ВВП на душу населения как показатель экономического уровня развития страны, доступность и качество медицинской помощи, повозрастная структура смертности и ее причины.

При анализе профилактического и диагностического направления в онкологии следует учитывать, что удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на 4-й стадии забо-

левания, не отражает уровня «запущенности», так как данный показатель не включает учтенных посмертно и больных с неустановленной стадией заболевания.

Кроме того, согласно статистическим данным, 10 % больных раком отказываются от антибластной терапии из-за высокой стоимости лечения в онкологических центрах, которое не гарантирует выздоровления, а 20% заболевших не обращаются к врачу из страха подтверждения диагноза. Помимо этого, нельзя не учитывать фактора «административного» давления со стороны руководства лечебных учреждений, что приводит к присвоению больным более ранних стадий рака и соответствующему искажению подлинной ситуации в отчетной документации.

«Онкологические показатели», такие как показатели заболеваемости злокаче-

ственными новообразованиями, смертности и др., должны рассматриваться вместе с социальными условиями жизни населения. Существует мнение, что наиболее высокий уровень онкологической заболеваемости может служить критерием социально-экономического развития страны. Для раскрытия природы формирования стандартизованного показателя рассмотрим его в сравнении для двух стран – США и России. По данным МАИР («Рак на пяти континентах», том 9, научная публикация № 160, Лион, 2007 год), в некоторых штатах США стандартизованный показатель (мировой стандарт струк-

туры численности населения) онкологической заболеваемости на 100 000 населения превышает 500, а в России составляет немногим более 200. Это связано с низкой средней продолжительностью предстоящей жизни в РФ и с относительно высокими уровнями смертности от устранимых причин. Кроме того, следует учитывать социально зависимые формы рака, такие как рак желудка, рак шейки матки, уровень которого должен быть минимальным, но в российских реалиях превышает показатели заболеваемости и смертности по данному заболеванию других экономически развитых стран (рис. 2) [2; 4].

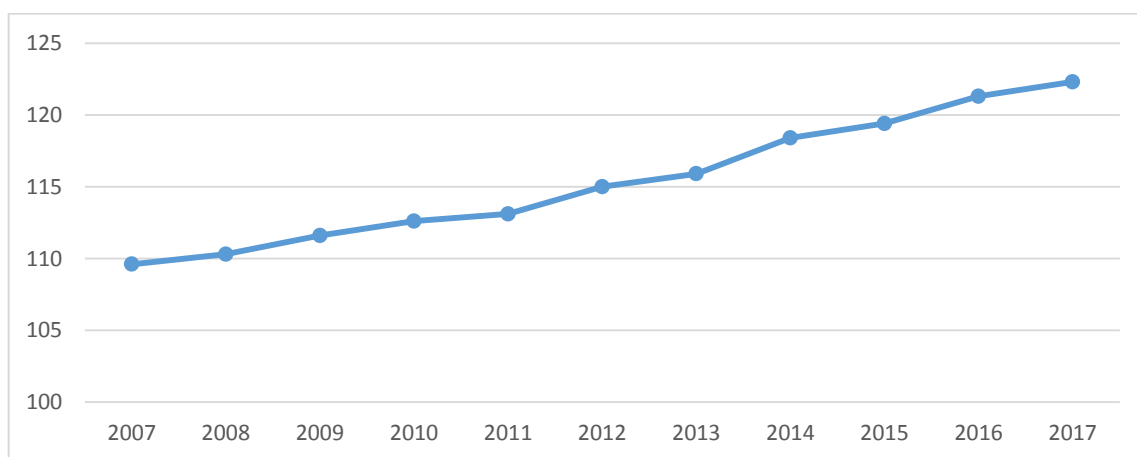


Рис. 2. Распространённость рака шейки матки (на 100 000 чел)

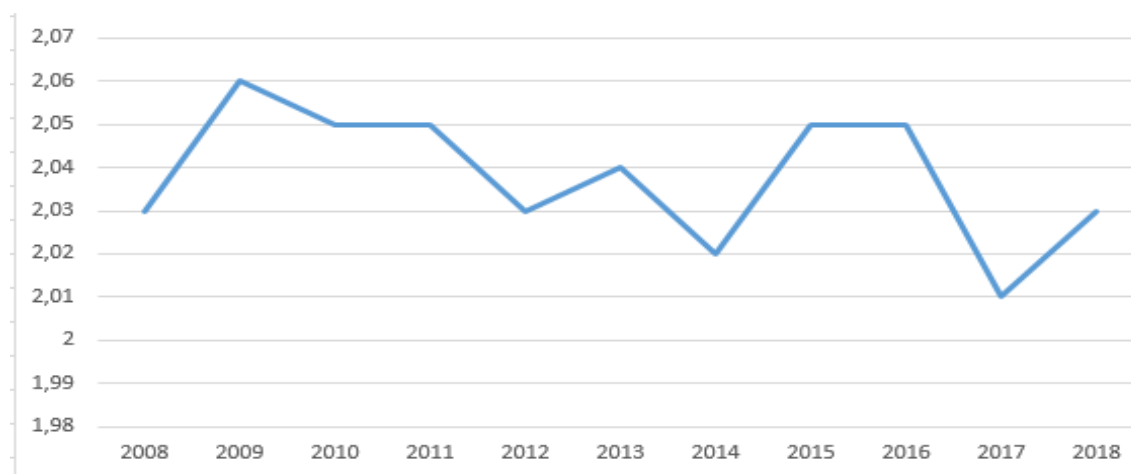
В первой половине 20-го века показатель смертности выступал главной характеристикой распространённости рака. На тот момент удельный вес умерших от злокачественных новообразований среди всех причин смерти составлял 3–5 %, на современном же этапе – 10–28 %. Как упоминалось выше, увеличение удельного веса смертности населения от неопластических заболеваний сопровождается изменением ее структуры – снижением роли устранимых причин смерти – инфекционных, паразитарных заболеваний, травматизма, и сердечно-сосудистой патологии. Однако согласно данным Росстата за 2019 год в период с 2008 по 2018 год значительного увеличения коэффициента

смертности от неопластических образований выявлено не было, кривая приобретает скорее нисходящий характер.

Склонность к снижению показателей смертности от злокачественных новообразований в России обусловлена главным образом регрессией заболеваемости раком легкого и раком желудка, смертности от данных заболеваний (рис. 3). Эта тенденция характерна и для большинства развитых стран, что связано с внедрением анти-табачной программы – в Великобритании с 1970-х гг., в США – с 1980-х. Английский профессор Ричард Долл доказал взаимобусловленность курения и возникновения рака легкого. В этой стране впервые были приняты меры по контролю куре-

ния, что привело к снижению распространенности этой привычки среди мужчин уже в первые годы программы и среди

женщин спустя два десятилетия [5, р. 34; 6, р. 8].



**Рис. 3. Коэффициент смертности от новообразований (тыс. чел)**

В России же распространенность курения с 1990 года по 2008 год росла, направленность населения сменила модальность лишь в последние годы: среди взрослых россиян в возрасте старше 15 лет – с 39,4 % в 2009 году до 30,9 % в 2016 году. Однако по данным 2016 года 50 % российских мужчин и 14,3 % женщин еще являются курильщиками [1, с. 47; 3, с. 242].

В то же время, заболеваемость раком легкого у мужчин, начала снижаться уже с начала 1990-х. Объяснением благоприятной динамики в этой сфере является снижение содержания смол в сигаретах, потребляемых в России, в результате введения в 1987 году нормативов по ограничению концентрации смолы до 15мг/сиг. В результате снизилась и заболеваемость раком легкого среди всех контингентов населения [2; 4].

В России заболеваемость раком легкого среди женского населения всегда была значительно ниже, чем на Западе, что включает различие в исторической модели сложившихся устоев. Курение среди российских женщин получило массовое распространение несколько десятилетий

позже. Распространенность курения сигарет среди женщин все еще оставалась низкой на рубеже веков, но постепенно увеличивалась и достигла в 2009 году 22 %. Но, принимая во внимание снижение распространенности курения на 8 % к 2016 году среди российских женщин, можно ожидать дальнейшего спада заболеваемости раком легкого [2; 4].

Прогрессом в лечении рака легкого нельзя объяснить наблюдаемое снижение смертности, поскольку 5-летняя выживаемость пациентов раком легкого не претерпела изменений за последние 30 лет и составляет на данный не более 18 % по данным США [5, р. 34; 6, р. 8].

Заболеваемость онкологическими заболеваниями желудка в России снижается на протяжении более 50-ти лет. То же происходит в других странах с высоким уровнем заболеваемости этой формой рака – в Японии и Южной Корее. Данная тенденция является итогом сочетанного улучшения социального и экономического статуса населения, инновационного подхода в технологии хранения продуктов питания, постоянной доступности овощей и фруктов. Улучшение санитарной культуры, комму-

нальных условий, ликвидация излишней скученности проживания привели к снижению распространенности инфекции *Helicobacter pylori* – предрасполагающего фактора развития рака желудка.

Итак, снижение смертности от рака желудка в большей степени связано с уменьшением заболеваемости.

Хотя отмечается некоторое улучшение выживаемости больных раком желудка, это лишь отчасти объясняет стойкую динамику снижения смертности от данной патологии как в России, так и в других странах. Предполагалась связь падения смертности со скринингом, но подтверждающих данных об эффективности данного метода получено не было. В России скрининг рака желудка никогда не проводился, притом кривые динамики смертности от рака желудка имеют одинаковую форму с японскими, где скрининг рака желудка имеет широкое распространение.

Относительная стабильность показателя смертности от новообразований объясняется именно компенсацией значительным продолжающимся снижением заболеваемости раком желудка и легкого. Однако стоит учитывать и другие перестройки ранговой структуры онкологической патологии: среди мужчин предстательной железы, легкого, колоректальный рак являются ведущими среди других форм злокачественных новообразований. В женской популяции к наиболее часто диагностируемым формам неопластических образований относят рак молочной железы, колоректальный рак, рак тела матки, шейки матки.

Увеличение заболеваемости раком предстательной железы в России, как и во многих других странах, в частности, в США, в значительной степени является результатом внедрения массового скрининга с применением теста на простатический специфический антиген и выявлением в предстательной железе бессимптомных, клинически незначимых образований [5, p. 34; 6, p. 8]. Тем не менее, рост заболеваемости вследствие увеличения экспозиции к предполагаемым и доказанным факторам риска сохраняет прежние позиции.

Итак, увеличение смертности от онкологических заболеваний предстательной железы коррелирует с возрастанием непосредственно заболеваемости инвазивными формами рака. Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки объясняется совокупностью факторов риска: ожирение, низкая физическая активность, питание с повышенным содержанием обработанных мясных продуктов, красного мяса и низким потреблением клетчатки. Массовый скрининг, проведение колоноскопии и сигмоидоскопии в странах Запада способствовали снижению смертности от данной патологии, однако в связи с отсутствием данной практики в России подобной динамики не выявлено.

Антропогенные факторы риска (ожирение, гиподинамия, превалирование доли синтетических веществ в окружении), применение гормонзаместительной терапии, в том числе гормональных методов контрацепции обусловили Рост заболеваемости раком молочной железы, тела матки и яичника. Однако, как и в других частях мира, широкое распространение оппортунистического маммографического скрининга и выявление клинически незначимых образований в то числе может служить причиной этого роста.

Доля внутрипротокового рака *in situ* среди всех случаев рака молочной железы выросла с 2 % в 1980 году до 20 %, а затем и до 30 % с ростом распространенности маммографического скрининга, а далее и применения магнитно-резонансной томографии (МРТ) для ранней диагностики рака молочной железы. Существенен прогресс в лечении данной патологии, включая гормональную и современную таргетную терапию [5, p. 34; 6, p. 8].

Скрининг не влияет на смертность от рака этого органа, по крайней мере, в нашей стране, где программ организованного популяционного маммографического скрининга нет. Однако очевидно, что ранняя диагностика инвазивных форм рака,

повлияла на результаты лечения, выживаемость и смертность от этой патологии.

Для сравнения, увеличение заболеваемости и смертности от рака шейки матки, несомненно, вызвано прекращением цитологического скрининга в начале 1990-х годов. Цитологический скрининг сопровождается снижением не только смертности, но и заболеваемости раком шейки матки, так как способствует выявлению предраковых состояний, а именно цервикальной интраэпителиальной неоплазии. Еще одним объяснением роста заболеваемости раком шейки матки может служить увеличение распространенности инфекции вирусом папилломы. В противовес этому, стабильные и снижающиеся показатели смертности от рака эндометрия и яичников указывают на улучшение ранней диагностики и лечения.

Таким образом, будущее развитие онкологии как одного из приоритетных направлений здравоохранения в России должно быть ориентировано на внедрение массовых организованных скринингов, инновационных прогрессивных методов лечения онкологических заболеваний, коррекции совокупности факторов, определяющих динамику показателей заболе-

ваемости и соответственно смертности от неопластических образований.

#### **Библиографический список**

1. Блинов Д. С., Саушев С. В., Подсеваткин Д. В., Кашицина В. В., Семелева Е. В. Современное состояние проблемы общей инвалидизации (по материалам республики Мордовия) // Медицинский вестник МВД. – 2015. – №2 (75). – С. 47–50.
2. Мордовиястат [Электронный ресурс]. – URL: <http://mrd.gks.ru>. – Дата обращения: 17.02.2020
3. Семелева Е. В. Роль информационно-пропагандистской системы в формировании здорового образа жизни населения в преклонном возрасте // Инновационные технологии в образовании и здравоохранении: практическая реализация и социальный эффект : материалы II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под редакцией В. В. Орловой, 2014. – С. 242–243.
4. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru>. – Дата обращения: 02.03.2020
5. Autier P., Boniol M. Mammography screening: a major issue in medicine // Eur. J. Cancer. – 2018. – Vol. 90. – P. 34–62. 9.
6. Narod S. A., Iqbal J., Miller A. B. et al. Why have breast cancer mortality rates declined? // J. Cancer Policy. – 2015. – Vol. 5. – P. 8–17.

© Мальшева В. С., 2020.