

УДК 614.2:618.19-006.6:616-036.22 (574)

Е.Н. БЕЙСЕБАЕВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
г.Алматы

**СОВРЕМЕННЫЕ СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Основными правилами системы здравоохранения является постепенный анализ причин возникновения и распространения любых патологических состояний в популяций людей. Целенаправленное и своевременное использование статистических показателей является важнейшим условием развития эффективной системы здравоохранения, способной улучшить состояние здоровья населения.
Ключевые слова: Здравоохранение, эпидемиология, рак молочной железы, заболеваемость, смертность.

Эпидемиологический анализ-специфическая совокупность приемов, предназначенных для изучения причин возникновения и распространения любых патологических состояний в популяции людей. Рак молочной железы наиболее часто встречаемая форма злокачественных новообразований в мире. Начало повышения роста заболеваемости раком молочной железы стало наблюдаться с 40-х годов прошлого века [1]. В последние годы установлено, что заболеваемость раком молочной железы имеет тенденцию глобального распространения и имеет особенности возникновения, частоты поражения, развития и смертности от них, причем в разных странах по разному. По данным комитета экспертов ВОЗ последствия воздействия различных факторов окружающей среды на состояние здоровья населения представлен в виде схемы (рисунок 1).

Схема отражает не только процесс развития болезни у отдельных лиц, но и показывает, какие стадии патологического процесса типичны для данной популяции. Острые пирамиды указывает на наиболее тяжелые поражения, заканчивающиеся развитием заболевания или смертью [2]. В возникновении и развитии злокачественных новообразований исследователями предложены различные теории и гипотезы – теория хронического раздражения Вирхова(1867), эмбриональная теория развития опухоли Конгейма, регенерационно – мутационная гипотеза Фишер – Вазельса, вирусно-генетическая теория Зильбера(1945), теория онкогена и др. Примерно 80% всех злокачественных опухолей человека связан с факторами окружающей среды – курение сигар, диета, загрязнение воздуха и воды, особенности географического местожительства и обработки пищевых продуктов.

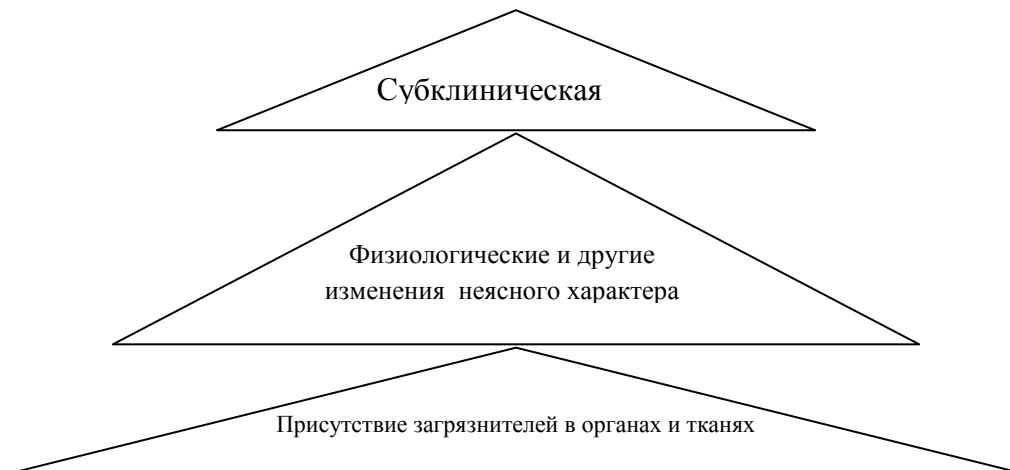


Рисунок 1 – Спектр биологических ответов на воздействие загрязнения окружающей среды

Из 10 миллионов новых случаев злокачественных опухолей различных органов, выявляемых сегодня в мире, 10-12% приходится на молочную железу [3;4]. Рак молочной железы наиболее распространен в США (99,4%), где эта патология развивается у каждой восьмой женщины и в странах западной Европы (82,5%), где заболевает каждая десятая женщина. Во Франции ежегодно выявляются 2400 случаев рака молочной железы (25%), заболевает одна из 13 француженок. Более низкие показатели (30%) характерны для большинства стран Африки и Азии [Parkin D., Fernandez L.,2006.]. В Иране показатель рака молочной железы составляет 7,5% [В.В.Двойрин, А.Б.Медведев,1977], в Бангладеш – 18% [В.М.Мерабишвили, 1989].В Бомбее (Индия) заболеваемость раком молочной железы (1965-1985г.г.) увеличилась с 17,9% до 24,9% [Д.Г.Заридзе, Е.Э. Яковлева, 1989]. Показатели заболеваемости раком молочной железы в США с 2001 по 2004г. снизились на 3,9% [Mahoney M. et al., 2008]. Тогда как в Китае при показателе 18,7% ежегодный прирост заболеваемости раком молочной железы составляет 5%, в

России (60,2%) прирост составляет 3,3%. В США рак молочной железы чаще встречается у белых женщин чем у черных - 79% и 47% соответственно [Barnes D. et al., 1988]. Показатели заболеваемости раком молочной железы белых и японок соответственно 92,8% и 47,6% [Ferlay J.et al.,1998.]. По М.И.Погодаевой (1975) у американских и еврейских женщин, живущих в Израиле, показатель рака молочной железы оказался достоверно выше, чем у лиц азиатского и африканского происхождения. Рак молочной железы в Европе встречается в 6 раз чаще, чем в Японии. Forbes L. Et al (2011) рассмотрели этнические различия в развитии рака молочной железы и барьеры для симптоматического презентации в Восточном Лондоне.Обследовано 1515 женщин РМЖ в возрасте 30 лет и старше с использованием Cancer Research UK (логистическая регистрация) с учетом возрастных групп, уровню социальных лишений и осведомленности в Лондонском Сити и лондонских городов Hackney, Tower Hamlets и Ньюхэма. Женщины азиатской и африканской национальности имели более низкий

уровень осведомленности о раке молочной железы, чем белые. Из 1515 респондентов около половины были женщины белой национальности, 22% Южной Азии и 17% черных. 111 женщин (7%) принадлежали другим неизвестным этническим группам. Возрастное распределение респондентов в группах были идентичны. Женщины не европейской национальности реже встречались в самой младшей возрастной группе и были в возрастной группе 45-64 года. Женщины европейской национальности получили образование до 17 лет и старше, имели собственное жилье и меньше находились на государственной пособии. Женщины азиатской и африканской национальности значительно чаще сообщали о барьерах на пути получения медицинской помощи.

Qiong et al. (2012) были пересмотрены медицинские карты 4211 больных раком молочной железы в 7 районах Китая, диагноз которых был диагностирован в период между 1999 и 2008 годами. Четыре области на основе социально-экономических показателей (СЭС) были использованы для вычисления площади ЕЭП (кластерный анализ) на момент постановки диагноза (хи-квадрат). Бинарная логистическая регрессия была использована для оценки эффективности отдельных демографических характеристик и стадии рака. Демографические характеристики случаев рака молочной железы значительно отличались среди семи исследованных районов. Больше случаев рака молочной железы анализированы в районах с низким SES области (25,5%) и поздней стадии (III и IV). У женщин с более низким уровнем образования также чаще диагностируется поздняя стадия РМЖ. У работающих женщин чаще диагностирована ранняя стадия рака молочной железы, чем у домохозяйек (OR: 0.18-0.26). Наши результаты показывали, что в Китае также как и в других развивающихся странах с похожими социально-экономическими условиями программа борьбы против рака должна быть направлена на повышение образования населения, обеспечение надлежащего доступа к скринингу и совершенствования диагностики рака молочной железы.

Данные центра Vierter, филиала Cancer Screening Services и центра РМЖ (Австралия): в 2008 году во всем мире РМЖ диагностирован у 1,4 миллиона женщин и были зарегистрированы 459000 смертельных случаев; заболеваемость выше в развитых странах (71,7% и 29,3%), смертность составила 17,1% и 11,8% соответственно; диапазон 5-летней выживаемости от 12%(Американская часть населения) до 90% (США, Австралия, Канада). Повышение выживаемости связаны с ранней диагностикой маммографического исследования и доступностью терапии [5].

Ряд исследований посвящены оценке эффективности маммографии в диагностике РМЖ. Исследования в основном направлены в определении ее диагностической ценности и рентабельности [Lindfors K. et al.,1995; Stout N. et al.,2006; Esteva M. et al.,2008; Lee SY. et al.2009; Carles M. et al.,2011; Жакенова Ж.К. и соавт.,2012]. Двухлетняя маммография для женщин в возрасте 40 лет оказалась экономически эффективна.

Исследование [6] посвящено маммографическому методу диагностики РМЖ с учетом бесплатного её выполнения у женщин с низкими доходами. Авторы идентифицировали женщин, диагностированных с раком молочной железы, 1999-2005, через Реестр Рака Массачусетса, и сравнили разногласия болезни поздней стадии для женщин с низкими доходами (n = 546). Несмотря на то, что экранирование маммографии было доступно и бесплатно, только у 36% участников программы диагностирован рак молочной железы. Для группы сравнения болезнь поздней стадии была более вероятной для резидентных объектов области высокой бедности, относительно областей низкой бедности (49% по сравнению с 37%, p < 0.01). Скорректированные разногласия болезни поздней стадии в диагнозе были больше для возраста женщин 41-49 лет, по сравнению с 50-64 годами (p=0.01). Это исследование показывает, что диагностическая служба – маммография - у женщин с низким доходом и проводимые бесплатно может смягчить барьеры для ранней диагностики рака молочной железы. В работе не представлена методика (программа) определения уровня (высокая,низкая) степени бедности исследуемых женщин.

Цели работы [7;8] - оценка причин отказа женщин участвовать в маммографическом исследовании. Были выбраны два района. Согласно данным Министерства здравоохранения, падение рака молочной железы в Турции 35.8 на сто тысяч [ketem.org.2011]. О 10065 новых случаях рака молочной железы и 4311 смертельных случаях, связанных с раком молочной железы, сообщили в 2008 [globocan.2010]. В то время как 5-летняя выживаемость, диагностированных с раком молочной железы для всех фаз, составляет 73% в развитых странах и это как сообщают в 53% развивающихся странах. Исследовались в центре города Manisa (Городской) район Анкубозкеи, населяющие образованными женщинами и район Мевлана (трущоба) - где необразованные женщины.Маммографически исследовали женщин в возрасте между 50 и 69 годами в течение второго года программы (2008-2009). Общая численность населения этих двух областей была 892. На обследование были приглашены по разному: поликлиника, только по почте и привозили на машине. При этом участие в программе экранирования составляло 76.8%. В Израиле уровни маммографии составляли приблизительно 20% [Soskolne V et al.2007]. В США уровни маммографии колебались от 48.5% до 74.5% [Lee-lin F. et al., 2007; Shirazi M. et al.,2006; Wu TY. Et al. 2006].

Есть несколько исследований, показывающих отношения между религиозными мыслями и воспринятой серьезностью, раскрывая, что мусульманские женщины склонны избегать экранирования из-за своих фаталистических верований [Kagitcibasi C., et al.1998; Petro-Nustas W. et al.2001].Ими установлено много барьеров чтобы не участвовать в программе экранирования. Уровень района трущобы был выше, чем из поселка городского типа. В поселках городского типа единственным фактором риска неявки на обследование было установлено что маммография элемент болезненный. Меньший объем выборки не позволил установить отношение маммография/образование. К факторам устранения барьеров относятся информации о РМЖ, приглашение на маммографию домашними врачами, участие местных властей, особенно женщин находящихся в невыгодном социально-экономическом положении.

В 2012 году приблизительно 226870 женщин диагностированных с РМЖ несмотря на их состояние почти 40000 женщин умерли от болезни [Siegel R. et al., 2012]. Есть существенные расовые этнические различия в заболеваемости РМЖ, смертности, ранних методах обнаружения и образцах лечения [De Santis et al., 2011; Siegel R. et al., 2012].

Рак молочной железы – одна из важнейших проблем здравоохранения Республики Казахстан. Занимая 2-ое место в структуре онкологии всего населения республики (11,5%), эта локализация лидирует среди злокачественных новообразований у женщин. На долю рака молочной железы в структуре онкозаболеваемости женского населения приходится 21,5%, темп роста заболеваемости за 2008г. составил 1,2%. В структуре смертности рак молочной железы занимает 3-е место (8,1%). В Республике Казахстан ежегодно злокачественной опухолью молочной железы заболевают более 3000 человек и умирают более 1500 пациентов. Несмотря на успехи современной онкологии, медиана выживаемости больных распространенным раком молочной железы остается постоянной на протяжении многих лет, а 5-летняя выживаемость составляет всего 18,1% . [Ж.А.Арзыкулов и соавт.,2008].

С 2004 по 2008г.г. заболеваемость раком молочной железы в целом по Казахстану находится стабильно на высоком уровне - 20,3-20,8%. Однако в разных регионах страны рак молочной железы распространен не равномерно. Если в ЮКО заболеваемость была равна 10,9-9,6%, то в Северо-Казахстанской области она составила 25,7-24,9% т.е. в два с половиной раза больше. В промышленно развитых областях Казахстана (Карагандинская, Восточно-Казахстанская) заболеваемость раком молочной железы была соответственно 27,9-27,2% и 26,5 – 30,3%. Такая же высокая заболеваемость в двух столицах республики: южной в г.Алматы – 31,0-31,8% и в г.Астане - 23,7-28,5% [9].

В настоящее время в литературе упоминается около 80 факторов, связанных с этиопатогенезом рака молочной железы [Л.А.Пустырский, 1994]. Среди этих факторов выделяются следующие основные группы: генетические, гормональные, репродуктивные, морфологические, питания, предшествующая патология молочных желез и прочие анамнестические факторы. Этим перечисленным факторам были посвящены работы различных исследователей, в том числе и Казахстана [Korte F., 1983; Richards F., 1993; С.Н. Нугманов, 1969; М.К. Кайракбаев, 1978; А.Е.Есенкулов, 1988 и др.]. Причины и механизмы развития рака молочной железы неизвестны, а эпидемиологические данные по изучению роли вышеперечисленных факторов в этиологии рака молочной железы противоречивы.

Изучалась связь социально-демографических факторов у 380 женщин больных раком молочной железы в Саар – Германия [10]. У 182 женщин (47,9%) РМЖ был диагностирован на поздней стадии (региональные или отдаленные метастазы). Поздняя стадия РМЖ наблюдалась у лиц старшего возраста (OR = 1,8, 95% ДИ 1.0-3.2), иностранного гражданства (OR = 3,9, 95% ДИ 0.7-20.8), проживающих в больших домохозяйствах (OR = 1,7, 95% ДИ 1.0-2.9), неучастие в общей проверки здоровья (OR = 1,5, 95% ДИ 0.9-2.4) и низким интересом отделов здравоохранения (OR = 1,6, 95% ДИ 1.0-2.7). Доля поздней стадии рака явно уменьшается, когда опухоли были выявлены в результате скрининга (OR = 0,4, 95% ДИ 0,2-0,8). Yip Cheng-Xap et al., (2011) сообщают результаты обследования женщин РМЖ в странах со средним уровнем ресурсов (МПК). Они пришли к выводу, что материально-технические и финансовые проблемы пациенток также важны, как и устойчивая система финансирования здравоохранения, в МПК для улучшения ранней диагностики и лечения РМЖ.

Рак молочной железы был исторически замечен как “рак богатства”. Исследователи не рассматривали стадию размеры опухоли, причастность лимфатических узлов, лечение и результаты. Американские исследователи [Gordon N., 1995; Krieger N. et al., 1997; Brown M. et al., 2008; Parise C. et al., 2009] покрывая почти сорокалетний период времени (1966-2004) показали, что более низкий доход и образование были связаны с отрицательным статусом рецепторов (эстроген, прогестерон или ER/PR/HER2). Аналогичные исследования в Англии и Шотландии показали подобные результаты [Taylor A. et al., 2003; Thomson C. et al., 2001]. Семнадцать из 23 исследователей нашли более высокие показатели смертности связанными с более высоким социальным классом [Khang Y. et al., 2004; Harper S. et al., 2009; Danø H. et al., 2004]. Корейское исследование показало отсутствие связи между образовательным уровнем женщины и риском смерти от рака молочной железы в возрасте женщин 35-44, но установили защитный эффект низкого образования для женщин 45-64 лет и сильными эффектами для женщин 55-64 лет [Bouchardy C. et al., 1993]. Женщины более высокого социального класса продолжают сталкиваться с увеличенным риском для рака молочной железы, особенно в поздние годы жизни. Однако, есть несколько важных дополнительных результатов, предполагающих, что отношения между раком молочной железы и социальным классом особенно сложны. Относящийся к периоду после менопаузы рак молочной железы, более вероятно связан с социальными классовыми различиями, в то время как рак молочной железы в младших возрастах более сильно зависима от генетических факторов риска, которые не изменяются социальным классом. Имеет место доказательство, что рак с худшими прогнозами более распространен у женщин более низкого социального класса. Отмечается рост заболеваемости РМЖ среди групп с низким ресурсом стран.

Shiraz I. Mishra et al., [11] сообщают о социальных детерминантах обследования 41 больных РМЖ в условиях (городских поликлиник) первой помощи. Критерий отбора пятифокус групп: женщины 40 лет и старше не проходившие маммографическое обследование в течении предшествовавших 3 месяцев и постоянным местожительством (г.Балтимор). Использованы, принципы основанного на сообществе объединенного исследования (СВРР), которые составляют

многофакторные детерминанты здоровья (SDH), а именно социальные и экологические барьеры, использование маммографии. Все это улучшает обследование женщин по выявлению РМЖ. Выявлена и низкая доступность маммографии для женщин с низким доходом в отличие от застрахованных. Однако заключение в работе не конкретное и исследование выполнено на небольшом материале.

Социальный класс – сложное понятие. Социальная позиция человека, согласно классификации философской теории Макса Вебера, основывается на трех доменах: класс (экономический фактор), состояние (престиж человека, семья, образ жизни, социальные сети) и питание [M. Weber 1946].

Социально – экономическому статусу (SES) и выживаемости при раке посвящена статья Quaglia A. et al. (2012), где представлен анализ библиографическим исследованиям в Medline/PubMed и Scopus за период 2010-2011г.г. [PubMed. United States National Library of Medicine NLM] и [сайт sciverse.com/scopus.]. SES определяет различие в выживании пациентов, но особенно сложно проверить насколько SES влияет на промежуточный детерминант. Возможные детерминанты ассоциации между SES и выживаемостью при раке могут быть разделены на три группы: факторы и диагноз; модальностью обработки и подробными сведениями пациентов. Некоторые авторы подтверждают, что организация системы здравоохранения играет соответствующую роль [Supramaniam R. et al. 1995]. Риск смерти выше в социально – экономически лишенных пациентах [Dalton S. et al. 2007]. Lyratzopoulos G. et al. (2011) считают, что различия в выживаемости при раке из-за факторов SE, более вероятно, будут вызваны лечебными процедурами.

По данным SES оказывает влияние на факторы риска и вместе с доступностью медицинских учреждений приводят к заключительным последствиям для здоровья (рисунок 2 и 3).

В округе Вашингтон, Мэриленд [12] исследовали влияние социального класса на массы тела у 5642 белых женщин в постменопаузном периоде и на заболеваемость РМЖ. Использовали описательную статистику двух факторов. Фактор 1 включает меры материальных ресурсов (процент людей низкой бедности – без жилья, телефона и автомобиля). Фактор 2 включает меры социального класса (доход на душу населения, выпускники средней школы, процент людей работающих по найму). Установили, что социальный класс моделирует влияние массы тела на низкую заболеваемость РМЖ. Большая масса тела у женщин в постменопаузном периоде повышает риск развития РМЖ потому что высокая тучность приводит к избытку уровней эндогенных эстрогенов – грудной канцерогенез [Paffenbarger R. et al. 1980; Stoll B. et al. 1996]. Социальный класс, как показали исследования Barnes-Josiah D. et al. (1995), Brinton L. et al. (1992), Huang Z. et al. (1997) обратно пропорционален массе тела женщин. Есть мнение, что это ассоциация может приводить к более высоким уровням заболеваемости РМЖ среди женщин низкого социального класса. Наши исследования фокусировались на женщинах в постменопаузном периоде, для которых большая масса тела увеличивает риск РМЖ (а не предклимактерическая тучность, которая имеет защитный эффект). Относительно социальных индикаторов, мы установили, что образование было статистически существенным прогностическим фактором снижения заболеваемости РМЖ. В то же время авторы подчеркивают чтобы доказать причинно – следственные связи социальных факторов и массы тела, как риски заболеваемости РМЖ, требуются теоритические обоснованные гипотезы. Perkins E. et al. (2007) изучали индивидуальные различия в уровне благосостояния в пожилом возрасте 127 пациентов, перенесших РМЖ с историей выживания 1 год и более. Были анализированы демографические (возраст, образование), лечебные (мастэктомия, химиотерапия), психо-социологические (оптимизм, мастерство, духовность, социальная поддержка) модели и состояние здоровья (усталость, сопутствующие заболевания) 6 женщин умерли, фактически исследованы 62%. 127 пациенток имели средний возраст 78,2 лет, преобладали белые (96%). 48% пациентов прожили меньше 5 лет, 52%-более 5 лет. У 57,5% локализованная форма РМЖ, 2,4% с вовлечением региональных лимфоузлов.

Сопутствующие заболевания: артрит(63%), остеопороз (34,6%), заболевание сердца (10,2%) и сахарный диабет (10,2%).

Заключение: незначительная усталость, относительно хорошее физическое состояние, высокая духовность, оптимизм предсказали более высокое жизненное удовлетворение. С возрастом наблюдается более высокий уровень депрессии. Проведенная операция или химиотерапия не оказывали значительного влияния на жизненное удовлетворение, депрессию. Повышенный оптимизм был связан с меньшим

количеством депрессии. Духовность или наличие ощущения цели к жизни – важный механизм в борьбе с раком.

Emery S.et al. (2009) оценили 5-летнюю физическую биопсихологическую активность у 227 женщин с раком молочной железы II-III ст (состояние здоровья, физические признаки, качество жизни HRQL, депрессивные признаки и социальная поддержка) после хирургического лечения и химиотерапии.

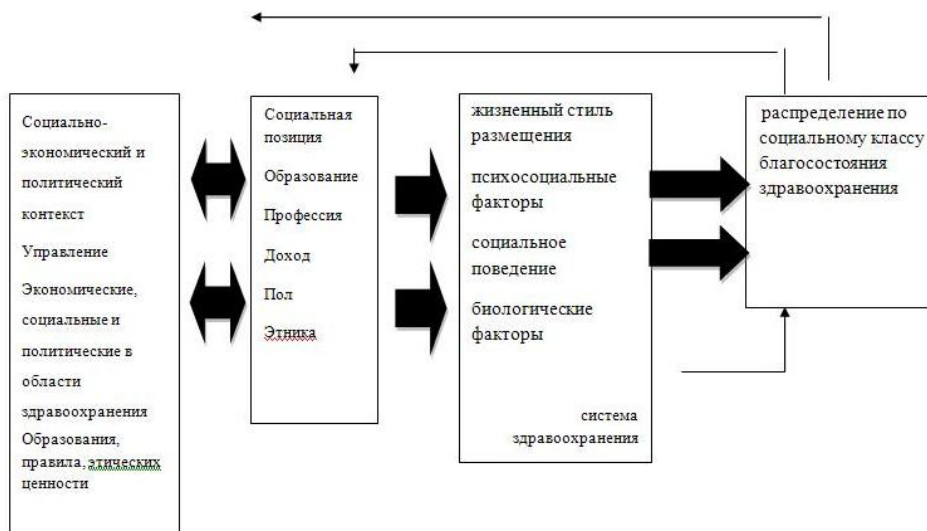


Рисунок 2 - Социально-экономический статус и факторы риска



Рисунок 3 - Показывает возможную трассу и от богатства страны и от отдельного социально-экономического статуса к выживанию рака

Исследование проводилось каждые 4 месяца в течение первого года и каждые 6 месяцев в течение последующих 4 лет (12 общих количеств оценок во время 5-летнего периода). Физическая активность постепенно увеличивалась в течение первых 18 месяцев, затем снижение в течение последующих 42 месяцев. Плохое физическое здоровье, депрессивные признаки и более низкий эмоциональный HRQL были связаны с снижением физической активности пациентов. Установлена полная их зависимость от более высокой поддержки семьи. Эмоциональный HRQL после диагноза рака молочной железы в особенности важен для поддержки физической активности первые 1–2 года после постановки диагноза. Улучшение эмоционального благосостояния и улучшения регулирования физиологических систем - факторы продления выживаемости [Courneya KS 2003; Holmes M.D., et al.2005; Martinsen E.W. 1987; Singh N.A., et al. 2000.]

Измерение качества жизни больных раком молочной железы имеет важное значение. Montazeri A.et al.(2008) изучали влияние диагностики рака молочной железы и его лечения на качество жизни женщин с раком молочной железы. Качество жизни измеряется с помощью Европейской организации (EORTC QLQ-C30) и дополнительными мерами (QLQ-BR23) в трех точках времени: базовой линии (до постановки диагноза), через три месяца после первичного лечения и через год после завершения лечения (в течении 18 месяцев наблюдения). Социально-демографические и клинические данные включают: возраст, образование, семейное положение, стадии заболевания и лечения. Исследовали 167 женщин раком молочной железы. Средний возраст больных составила 47,2 (SD = 13,5) лет. Подавляющее большинство (82,6%) оперированы - мастэктомия. В восемнадцать месяцев наблюдения данные только 99 пациентов были доступны для анализа. Результаты

показали о существовании различия у пациентов в качестве жизни в трех точках во времени. Ухудшение состояния пациентов чередовались значительным улучшением симптомов заболевания и побочных эффектов терапии.

Статья почетного профессора хирургии **Baum M.** (2009) посвящена анализу данных 7 источников в 5 летней выживаемости при РМЖ с учетом социального класса женщин. Прогноз социально незащищенных и плохо образованных женщины Великобритании, чем их более удачливые сестры, по-прежнему под угрозой [Kogevinas M., et al.1997]. Даже в США недостаточен быстрый доступ к клиникам специалистов по молочной железе [Retsky MB., et al.2007]. Во многих частях США и Великобритании у черных афро-карибских женщин развиваются болезни в более раннем возрасте и с более агрессивным фенотипом [Demicheli R., et al.2007], в то время как многие женщины из индийского субконтинента или Персидского залива происходят из семей, где единокровные браки, а также развитие рака молочной железы раннего возраста наводит на мысль о генетической предрасположенности [Gukas I., et al.2009]. Выказано что женщины с низким социальным классом не соблюдают принципы лекарственной терапии, даже отказываются от курсов тамоксифена. Авторы считают что следует уговаривать и заставлять бедных, плохо образованных женщин проходить скрининговые исследования, получать своевременное лечение тогда они имеют одинаковые шансы на раннюю диагностику и эффективное лечение рака молочной железы, как их более удачливые сестры.

Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости женского населения как в Казахстане, России, так и в большинстве экономически развитых стран Европы и Америки [В.Ф.Семиглазов и соавт.,2006; Ж.А.Арзыкулов и соавт.,2008; Fischer B.et al.,1998]. Главной причиной летальных исходов являются прогрессирование заболевания, которое наступает не менее чем у 40-50% радикально пролеченных пациенток. Еще у 13-14% больных рак молочной железы исходно диагностируется уже на стадии диссеминации [В.Б.Кодратьев,2000]. К.Ш.Нургалиевым и соавт.(2012) представлены данные анализа заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения РК за 2011 год. В РК онкологическая помощь населению осуществляется головной организацией – Казахским НИИ онкологии и радиологии, 17 онкологическими диспансерами

(ООД – 13, РОД – 2, ГОД - 2), 2 онкологическими отделениями (при Актюбинском МИ Западно-Казахстанского Государственного Медицинского университета и Жезказганской региональной многопрофильной больницы) и 263 онкологическими кабинетами. В 2011 году число развернутых коек для лечения онкологических больных увеличилось на 60 и составило 3456. За текущий год в стационарах онкологических организаций пролечено 81244 больных. Доля выявленных больных с I-II стадией злокачественных новообразований составило 49,5%. В целом по Республике показатель запоздалой диагностики рака (IV стадия) составил 14,4%. Показатель одногодичной летальности составил 31,2%. Число больных, находящихся под наблюдением онкологических организаций Казахстана более 5 лет, на конец года составило 76103 человек, т.е. 51,4% от общей численности контингента онкобольных. В РК взято на учёт 30299 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, заболеваемость - 183,0%. Общая структура смерти от злокачественных новообразований осталось прежней, поменялось ранговое положение 5-ти последних форм ЗН: рак легкого, желудка, молочной железы, пищевода, поджелудочной железы, ободочной кишки, гемобласты, прямой кишки, печени и рака шейки матки.

Таким образом, специальная литература показывает связь развития рака молочной железы с самыми различными эндогенными и экзогенными факторами, влияющими на риск развития заболевания – факторы риска. Благосостояние пациенток РМЖ, могут служить не фактором риска, а моделью защитного фактора. Изучался социально-экономический статус, как проблема РМЖ. В этих работах отсутствуют конкретные критерии доходности, позволяющие систематизировать социально-экономический статус пациентов. Социальные барьеры, такие как социально-экономический статус бедности и культура уменьшают использование маммографического метода диагностики РМЖ. В доступной литературе меньше научно-исследовательских работ посвящены выяснению степени влияния на частоту развития рака молочной железы экологических зон. Единственная работа посвящена взаимосвязи рака молочной железы от высоты проживания больных над уровнем моря [13]. В литературе упоминаются и такие факторы риска как бытовые и социально-экономический статус женщин, влияние их на стадию рака и эффективность проводимой терапии, требующие дальнейшего изучения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Schmidt F., Hartwagner K.A., Spork E.B., Groeli R. Medical Audit after 26,271 Breast Imaging Studies // Cancer. – 1998 – Vol.83. – P.2516 – 2520.)
- Баевский Р.М., Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения адаптации // Вестн. АМН СССР. - 1989г. - №8. – С.73-78
- Заридзе Д.Г. Эпидемиология и скрининг рака молочной железы // Вопросы онкологии. – 2002. – Т.48, №4-5. – С.489-495.,
- Полякова О.В. Организационно-методические аспекты скрининга рака молочной железы у женщин на уровне областных (краевых, республиканских) клиник // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2005. - №5. – С.36-40.
- Forbes L.J., Atkins L., Thornham A. et al. 2011. Breast cancer awareness and barriers to symptomatic presentation among women from different ethnic groups in East London. Br J Cancer. 8 November 2011, 105 (10): 1474-1479. Published 11 October 2011. DOI: 10.1038/bjc.2011.406 PMID: PMC3242523.
- Youlten D., Susanna M. Cramb., Nathan A.M. Dunn et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: An international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiology Volume 36, Issue 3*, June 2012, Pages 237–248
- Lee SJ, Zelen M. Mortality modeling of early detection programs. *Biometrics*. 2008;64(2):386–395. doi: 10.1111/j.1541-0420.2007.00893.x. [PubMed] [Cross Ref].
- Lobb R., ScD, MPH, Avanian J., MD, MPP, Allen J., ScD, MPH, RN, et al. Author manuscript; available in PMC 2011 December 1. Published in final edited form as: *Cancer*. 2010 December 1; 116(23): 5487–5496.
- Ахунджанов М.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями некоторых локализаций с особенностями распространения РМЖ в Павлодарской области и возможное влияние на них загрязнения окружающей среды токсическими и канцерогенными веществами: автореф. дис. ... канд. мед. - Алматы, 2010. - 20 с.
- Shiraz I. Mishra, MBBS, PhD^a, Bruce DeForge, PhD^b, Beth Barnett, MD^c, et al Social Determinants of Breast Cancer Screening in Urban Primary Care Practices: A Community-Engaged Formative Study. *Women's Health Issues* Volume 22, Issue 5, September–October 2012, Pages e429–e438
- Dalton S., Ross L., Düring M., et al. Influence of socioeconomic factors on survival after breast cancer—a nationwide cohort study of women diagnosed with breast cancer in Denmark 1983–1999. *International Journal of Cancer*. 2007;121(11):2524–2531
- Torio C., PhD, MPH, Klassen A., PhD, Curriero F., PhD et al. The Modifying Effect of Social Class on the Relationship Between Body Mass Index and Breast Cancer Incidence; *Am J Public Health*. 2010 January; 100(1): 146–151.
- Игисинов Н.С. “Эпидемиология рака репродуктивной системы у женского населения Кыргызстана”: дис. ... док. мед. - Алматы, 2008..

Е.Н. БЕЙСЕБАЕВ

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

СҮТТІҢ БЕЗІНІҚКАТЕРЛІ ІСІГІНІН ЭПИДЕМИОЛОГИЯСІНІҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ САЛЫСТЫРМАЛЫ АСПЕКТТЕРІ (ӨДЕБИЕТТІҢ ШОЛУЫ)

Түйін: денсаулық сақтау саласының басты ережесі патологиялының басталуы мен күйдің таратуының себебінің адамның популяциясында баға беру. Статистикалық көрсеткіштің неігзі және уақтылы игерушілігі ең маңызды шартпен халықтың денсаулықсақтау жүйесінің күйін жақсарту алғыр тиімді жүйесінің дамуы болып табылады.

Түйінді сөздер: Денсаулық сақтау жүйесі, эпидемиология, сүттің безінің ісігі, ауру-сырқау, өлім корсеткіштері.

E.N. BEISEBAYEV

KazNMU named after S.D.Asfendiyarov

THE MODERN COMPARATIVE ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY OF THE CANCER OF THE MAMMARY GLAND (LITERATURE REVIEW)

Resume: Main thing health care rule step-by-step analysis of origins and distribution of any pathological statuses to populations of people. Purposeful and timely use of statistics is the major condition development of the effective health system, capable to improve a status of health care of the population.

Keywords: Health care, epidemiology, cancer of a mammary gland, incidence, mortality.

УДК 618.19-006.6-036.2

М. ОГАНЕСЯН

к.м.н., доцент кафедры гигиены и экологии,

Ереванский государственный медицинский университет им М. Гераци

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АРМЕНИИ

Целью данного исследования является выделение особенности распространенности и заболеваемости раком молочной железы в Армении с 2005 по 2011 с учетом промышленного производства каждого марза. Общая тенденция свидетельствует об увеличении первичной заболеваемости РМЖ в Армении, с наиболее высоким уровнем заболеваемости в Ереване. Практически во всех марзах заболеваемость среди городского населения превышает таковую у сельского.

Ключевые слова: заболеваемость, распространенность, РМЖ, промышленность, окружающая среда, канцерогенез.

Введение. Настоящая работа является фрагментом широкомасштабного исследования, посвященного заболеваемости и смертности от рака различных локализаций в Армении и связи между этими показателями и медико-гигиеническими и медико-социальными характеристиками.

Рак молочной железы (РМЖ) является не только самой распространенной локализацией среди женского населения, но и ведущей причиной смерти практически во всем мире [8].

Так, только в США по прогнозу на 2013г. ожидается число заболевших 232340 и число смертей 39620 (Am. Cancer Society Statistic Article¹. – 2013)

Что же касается Еврорегиона, куда входит и Армения, то здесь по состоянию на 2004г. было приблизительно 350 000 новых случаев, диагностируемых каждый год, а всего число больных достигало 1 300 000 человек [9], а по данным Levi F. et all. [8] смертность достигала 17,9 на 100 000 женского населения.

Отмечался рост заболеваемости и смертности в Еврорегионе в связи с присоединением в 2004г. новых 10 стран с 75-миллионным населением. Так, в 2006г. число женщин с впервые установленным диагнозом РМЖ достигло 430 000, а число смертных случаев – 132 000 (Responding to the challenge of cancer in Europe, 2008).

Эпидемиологическое исследование, проведенное ранее в Армении (Базилян Г.К., 2006) охватывало 12-летний период (1992-2004) и касалось заболеваемости по республике, которая затем была распределена по 5-и медико-географическим регионам, установленным в 1998г [1]. Согласно данным Г.К. Базиляна [2] заболеваемость РМЖ начинает увеличиваться с 1999г. и постоянно растет по всей стране с 647 новых случаев (в

1999г.) до 876 (в 2004г.). Наше исследование касается новых случаев заболевания (или первичной заболеваемости) охватывает период 2005-2011гг., что позволит провести сравнительную оценку динамики заболеваемости РМЖ в Армении.

Армения – это Ереван (столица) и 10 марзов (областей), каждый из которых имеет свою специфику промышленного развития: горнодобывающей (медь, молибден, алюминий, золото, хром, цинк, мышьяк, свинец, алюмосиликаты) и обогащательной (алюминий, золото, медь, молибден), химической (производство синтетического каучука, ацетилена, пластмассовых и резиновых изделий, карбида кальция, аммония), строительной (цемент, известь, гипс, туф, бентонит, цеолит, асбест, мрамор), энергетика (АЭС, ГРЭС, ТЭЦ). Все это располагается на территории 28,0 тыс. кв. км.

Цель исследования – выделить особенности распространенности и заболеваемости раком молочной железы в Армении, с учетом промышленного производства каждого марза.

Материалы и методы. В работе использованы официальные материалы Национального статистического центра Республики Армения, Информационного аналитического центра МЗ РА, Канцер-регистра при Онкологическом научном центре МЗ РА (абсолютные числа впервые установленного диагноза), а также Государственного комитета по недвижимости при Правительстве Армении.

Расчет заболеваемости на 100 000 всего населения (а также мужского и женского, городского и сельского) и построение графиков произведены по программе Excel.