**Социально-гигиенические проблемы наиболее распространённых социально-значимых заболеваний (туберкулёз, алкоголизм, токсикомания,**[**онкологические**](https://pandia.ru/text/category/onkologiya/)**заболевания и др.)**

Социальная гигиена изучает проблемы, характеризующие здоровье населения (заболеваемость различных групп населения, демографические процессы, инвалидность, физическое развитие), и проблемы организации здравоохранения. Результаты социально-гигиенических исследований играют большую роль в профилактике заболеваемости и снижении смертности населения страны.  
Наиболее актуально изучение: 1) зависимость здоровья людей от способа производства и факторов внешней среды; 2) заболеваемость общая и связь ее со средой, в том числе заболеваемость инфекционная; заболеваемость с временной утратой трудоспособности; социальные болезни, т. е. болезни с выраженной социальной природой (туберкулез, венерические болезни, трахома, алкоголизм, травматизм, профессиональные заболевания, некоторые сердечно-сосудистые и нервно-психические заболевания и др.). К факторам социальной среды, влияющим на здоровье населения, относятся труд, жилище, питание, отдых, физическая культура и спорт. Социальная среда характеризуется также состоянием медпомощи населению — ее объемом и качеством.  
Глубокому изучению подвергаются демографические процессы и связь их с социальной средой и условиями жизни: рождаемость, общая и детская смертность, [естественный прирост населения](https://pandia.ru/text/category/estestvennij_prirost_naseleniya/), продолжительность жизни и вопросы долголетия.  
Большое значение имеет разработка вопросов, непосредственно относящихся к организации здравоохранения: лечебно-профилактическая помощь городскому и сельскому населению — диспансеризация, амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь взрослым и детям, родовспоможение; лечебно-профилактическая помощь рабочим промышленных предприятий; санитарно-противоэпидемическая организация; вопросы подготовки, специализации и усовершенствования врачей, средних медработников, использование медицинских кадров, научная организация их труда. Социальная гигиена содержит изучение вопросов управления, экономики, планирования и учета в области здравоохранения: перспективы развития здравоохранения, нормы медицинского обслуживания населения и труда медперсонала, санитарная статистика.  
Особенность методов социальной гигиены — комплексное решение проблем, связанных со здоровьем, разработка мероприятий, вытекающих из совокупности социально-экономических факторов, влияющих на здоровье населения. Изучая здоровье населения, социальная гигиена использует в комплексе данные многих  наук:  жилищно-коммунальной гигиены, гигиены труда, питания, гигиены детей и подростков, а также клинических дисциплин и историю здравоохранения.  
Гигиеническая диагностика на современном этапе

Понятие "диагностика" (распознавание) обычно связывают с клинической, т. е. лечебной медициной. Очевидно, это понятие может быть распространено и на другие явления природы и общества, в т. ч. на факторы окружающей среды. Это отмечал в своих трудах основоположник гигиены в России , который призывал врачей диагностировать "санитарные недуги" общества, формировать гигиеническое мышление, под которым он понимал умение диагностировать и устранять эти недуги. Он правомерно считал методику распознавания, изучения и оценки условий окружающей внешней среды идентичной таковой при определении и распознавании состояний человека в процессе диагностики болезни.

Современная гигиеническая диагностика представляет собой систему мышления и действий, имеющих целью исследование состояний природной и социальной среды, здоровья человека (популяции) и установление взаимосвязи между состоянием среды и здоровьем. Из этого следует, что гигиеническая диагностика имеет три объекта исследования -- среду, здоровье и связь между ними. В настоящее время пока наиболее изученным является первый объект -- окружающая среда, хуже -- второй и очень мало третий.

В методологическом и методическом отношении гигиеническая диагностика существенным образом отличается от диагностики клинической.

Объектами гигиенической донозологической диагностики является здоровый человек (популяция), среда и их взаимосвязь. Объект клинической (нозологической) диагностики -- больной человек и весьма фрагментарно, лишь в ознакомительном плане, -- условия его жизни и труда. Предметом клинической диагностики является болезнь, ее тяжесть; предметом гигиенической донозологической диагностики -- здоровье, его величина.

Гигиеническая донозологическая диагностика может начинаться с изучения или, во всяком случае, с оценки имеющихся данных об окружающей человека природной и социальной среде, а затем переходить к человеку (популяции). Клиническая диагностика начинается непосредственно с больного, у которого уже имеются и жалобы, и симптомы. Их надлежит увязать в логическую схему и сопоставить с существующей в учебниках, руководствах и сложившейся в результате опыта моделью болезни. Знание среды здесь играет второстепенную роль, оно непосредственно для диагностики почти не нужно, ибо результат действия среды налицо, причем в манифестной форме.

Конечной целью гигиенической донозологической диагностики является установление уровня, величины здоровья, клинической -- определение болезни и ее тяжести. Из этого следует, что при осуществлении гигиенической донозологической диагностики в первую очередь должно оцениваться состояние адаптационных резервов организма, а затем уже функции и структуры, которые вообще могут быть ненарушенными, особенно структура. При клинической диагностике наоборот и чаще всего выявляются нарушения структуры, функции и реже -- состояния адаптационных резервов.

Обобщая все вышесказанное, следует подчеркнуть, что гигиена -- наука профилактическая. Именно в настоящее время мы находимся на том этапе развития медицинской науки, когда встает вопрос о пересмотре профилактического направления всего нашего здравоохранения и более глубокого его внедрения в медицинскую практику. Поэтому в наши дни с особой актуальностью воспринимаются слова : "Медицина профилактическая -- это медицина этиологическая, патогенетическая и социальная в одно и тоже время; -- это медицина научного и активного многостороннего воздействия как на больного человека, так и на окружающую среду".

Во всех цивилизованных странах профилактическое направление медицины является общепризнанным и наиболее эффективным. Попытки внедрить у нас в стране систему диспансеризации населения как метод профилактики заметного эффекта не дали. В числе причин неудачи, наряду с отсутствием структур и механизмов, позволяющих развивать профилактику, следует отметить незаинтересованность в проведении этой работы практических врачей, плохую подготовку студентов в медицинских институтах по этому разделу работы.

Главной задачей профилактики в нынешних условиях следует считать не выявление ранних признаков заболеваний, а улучшение состояния здоровья обследуемых и применение таких методов воздействия на человека, которые предотвращают возникновение и развитие заболеваний.

Оздоровление окружающей среды – медико-социальная проблема

Обеспечение полноценного здоровья людей связано с правильным подходом к решению вопросов [охраны окружающей среды](https://pandia.ru/text/category/yekologiya_i_ohrana_okruzhayushej_sredi/), оздоровления условий труда, жизни и отдыха населения. В последние годы в стране значительно повысилась социальная, экономическая и политическая значимость мероприятий по охране окружающей среды. Свидетельством тому является сложнейшая социально-экологическая ситуация в ряде городов России (Норильск, Новокузнецк, Нижний Тагил, Челябинск, Ангарск и др.). Воздействие окружающей среды на образ жизни человека можно рассматривать с нескольких позиций: 1) воздействие, укрепляющее здоровье человека, повышающее его защитные силы и трудоспособность; 2) воздействие, ограничивающее виды жизнедеятельности; 3) вредное воздействие на организм, в результате которого возникает заболевание или ухудшается функциональное состояние организма.

Современная методология позволила сформулировать принципиальное положение о причинно-следственных взаимосвязях между образом жизни, окружающей средой и здоровьем различных групп населения. Установлено, что в основе неблагоприятного воздействия окружающей среды лежит снижение неспецифической резистентности организма под воздействием неблагоприятных факторов. Взаимодействие человека с окружающей средой является составной частью его образа жизни. Активная поддержка законодательных и правительственных органов, прессы должна способствовать целенаправленному проведению [оздоровительных мероприятий](https://pandia.ru/text/category/ozdorovitelmznie_programmi/) в процессе трудовой, хозяйственно-бытовой и [рекреационной](https://pandia.ru/text/category/rekreatciya__lat_recreatio___vosstanovlenie_/) деятельности. Социологические и гигиенические исследования показали необходимость оптимизации среды пребывания человека в жилых и [общественных зданиях](https://pandia.ru/text/category/obshestvennie_zdaniya/), (микроклимат, жилая площадь, наличие удобств, возможность уединения и др.) и устранения влияния неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов.

Использование современных статистических приемов позволило установить, что более высокий уровень заболеваемости населения зависит не только от неблагоприятного воздействия факторов окружающей среды, но и от ряда биологических, социально-экономических и климатогеографических параметров, образа жизни, социально-бытовых условий. Отмеченные особенности подтверждают важность правильного методического подхода к изучению влияния окружающей среды на здоровье. Выявлена взаимосвязь основных характеристик образа жизни и здоровья работающих с воздействием производственной, жилой и природной среды. Загрязнение атмосферного воздуха, воды и почвы является фактором, не только создающим дискомфортные условия для жизни, но и в значительной мере (10–20%) определяющим уровень заболеваемости, что, в свою очередь, влияет на показатели образа жизни.

Имеется зависимость показателей заболеваемости болезнями органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы и др. от уровня загрязнения атмосферного воздуха. Доказано и повышение смертности населения при постоянном воздействии различных вредных факторов окружающей среды. Среди членов семей с высокой степенью здорового активного взаимодействия с окружающей средой значительно ниже показатели [временной нетрудоспособности](https://pandia.ru/text/category/vremennaya_netrudosposobnostmz/) по заболеваниям органов дыхания, сердечно-сосудистой и нервной системы. Вместе с тем следует отметить значительное увеличение показателей ЗВУТ среди выезжающих на садовые участки и дачи (заболевания опорно-двигательного аппарата, периферической нервной системы, бытовые травмы, воспалительные заболевания женских половых органов и др.).

В районах с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха наблюдаются увеличение общей заболеваемости, заболеваемости болезнями органов дыхания, снижение индекса здоровья, увеличение доли часто болеющих. Методом направленного отбора можно подобрать такие копии-пары групп населения, которые сконцентрированы в зоне влияния изучаемого фактора или вне ее и являются однородными по условиям труда, социальному составу, условиям жизни. Подобный отбор групп позволяет оценить особенности образа жизни, формы жизнедеятельности, значение условий жизни, влияние вредных привычек на индивидуальном и семейном уровне.

В последнее время большое внимание уделяется изучению отдаленных последствий влияния неблагоприятной окружающей среды на здоровье – мутагенным, гонадотоксическим и эмбриотоксическим эффектам. Объектом наблюдения может быть все население города, региона (региональный уровень), отдельные [коллективы](https://pandia.ru/text/category/koll/) (групповой уровень), а также семья или отдельные ее члены (семейный или индивидуальный уровень).

Разработка и внедрение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение числа заболеваний на региональном уровне, предусматривает координацию действий всех служб (медицинского и немедицинского профиля), экологическое прогнозирование, социально-экологическое планирование. На групповом (производственно-коллективном) уровне можно эффективно осуществлять оперативное руководство, планирование и регулирование медико-санитарных и технических мероприятий, оценивать их социальную, экономическую и медицинскую эффективность. На этом уровне удается выявить ряд местных факторов производственного и бытового характера, оказывающих существенное влияние на формирование групп риска и на развитие состояний, предшествующих заболеванию.

Семейный (или индивидуальный) уровень позволяет программировать формы первичной профилактики, профессионального отбора, оптимальный выбор “маршрутов здоровья”, оптимизировать семейные (или индивидуальные) условия и образ жизни, выявлять начальные признаки заболеваний.

  Проблема туберкулеза после периода потери к ней интереса с каждым годом привлекает все большее внимание медицинской общественности и населения. Это связано с ростом заболеваемости, появлением тяжелых форм туберкулеза со смертельным исходом в странах Западной Европы, США, а также в России. Между тем совсем недавно туберкулез рассматривали как исчезающую болезнь. Рассчитывали сроки его ликвидации на Земле и в первую очередь — в экономически развитых странах; были даже определены эпидемиологические показатели ликвидации туберкулеза; сначала это был уровень инфицированности не выше 1 % в возрасте до 14 лет, затем — другие критерии, в том числе годичный риск инфицирования и, наконец, — уровень заболеваемости: 1 случай выявления больного туберкулезом легких, выделяющего микобактерии туберкуле за [календарный год](https://pandia.ru/text/category/kalendarnij_god/) в расчете на 1 млн. населения, затем — 1 случай на 10 млн. человек.

  В 1991 г. Генеральная Ассамблея ВОЗ была вынуждена констатировать, что туберкулез все еще является приоритетной международной и национальной проблемой здравоохранения не только в развивающихся, но экономически высокоразвитых странах. В мире ежегодно заболевают туберкулезом более 8 млн. человек. 95% из них — жители развивающихся стран; 3 млн. ежегодно умирают от туберкулеза. Можно ожидать, что в ближайшие 10 лет от туберкулеза погибнет 30 млн. человек; между тем 12 млн. из них могли бы быть спасены при хорошей организации раннего выявления и лечения больных. Сложившуюся ситуацию ВОЗ характеризует как кризис глобальной политики в области туберкулеза.

  Внимание к туберкулезу как к инфекционному заболеванию и проблеме здравоохранения резко возросло в связи с сообщениями о росте заболеваемости в  странах Западной и, особенно, Восточной Европы, а также в  США. В США, например, число зарегистрированных  больных с 1983 до 1993 г. увеличилось на 14%. Из 25313 впервые выявленных больных большинство составляли лица в возрасте 25—44 лет, увеличение заболеваемости на 19% отмечается в возрастной группе от 0 до 4 лет и на 40% — среди детей от 5 до 14 лет. В странах Центральной и Восточной Европы, кроме увеличения показателя заболеваемости, отмечается рост показателя смертности от туберкулеза, который в среднем составляет 7 случаев на населения, что значительно выше показателя смертности в странах Западной Европы (от 0,3 до 2,8 случая на населения.

причины увеличения заболеваемости и смертности от туберкулеза:

ухудшение жизненного уровня большой группы населения, в частности ухудшение питания с резким снижением потребления белковых продуктов; наличие стрессов в связи с неустойчивой политической ситуацией, военными столкновениями и войнами в ряде регионов;

резкое увеличение миграции больших групп на селения, практически выпадающих из поля зрения лечебно-профилактических учреждений и не охваченных оздоровительными мероприятиями в целом и противотуберкулезными в частности;

сокращение масштабов противотуберкулезных мероприятий, особенно в части профилактики и раннего выявления туберкулеза у взрослого населения, в частности у социально-дезадаптированных групп и групп высокого риска;

увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями, что затрудняет проведение эффективного лечения, способствует развитию необратимых хронических форм, высокой летальности.

  Указанные причины привели к потере "управляемости" туберкулезом в условиях большого резервуара туберкулезной инфекции и высокой инфицированности населения, т. е. в условиях наличия носителей персистирующих вариантов возбудителя, образовавшихся в результате перенесенной первичной туберкулезной инфекции и способных в соответствующих условиях вызвать реактивацию остаточных туберкулезных оча­гов. Уровень инфицированности, как известно, зависит от величины резервуара инфекции, основу которого составляют больные, представляющие эпидемиологическую опасность, т. е. распространяющие микобактерии среди окружающих. В ряде регионов имеется дополнительный резервуар инфекции — пораженный туберкулезом крупный рогатый скот.

  Кроме того, следует иметь в виду большое число больных с заразными формами туберкулеза в странах ближнего зарубежья, окружающих Россию, а также в развивающихся странах, что при высоком уровне миграции создает условия для заболевания мигрантов и передачи инфекции окружающим. В настоящее время, несомненно, число заболевших взрослых увеличилось за счет экзогенной инфекции и суперинфекции. Это подтверждается повышением среди впервые выявленных больных числа лиц с начальной устойчивостью микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам.

В сложившейся ситуации неотложной задачей является усиление и расширение противотуберкулезных мероприятий в условиях ограниченного и даже недостаточного финансирования. Особое значение приобретает определение их приоритетности с учетом эффективности и способности повлиять на эпидемиологическую ситуацию, вернуть утраченные возможности "управления" туберкулезной инфекцией.

В настоящее время туберкулез является одной из актуальных проблем здравоохранения во всем мире.

Правительством  Российской Федерации уделяется значительное внимание проблеме туберкулеза в стране. Главной целью реализуемых мероприятий является снижение заболеваемости и смертности населения от туберкулеза.

Благодаря проводимой  противотуберкулезной работе за последние годы в Российской Федерации удалось остановить рост этих показателей, однако  они продолжают оставаться на высоком уровне,  отмечается рост распространения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Значительной остается доля больных с хроническими формами туберкулеза.

В  2011 году в Российской Федерации по оперативным данным заболеваемость активными формами туберкулеза (впервые выявленными) среди постоянного населения снизилась на 4,7% по сравнению с предыдущим годом и составила 66,66 на 100 тыс. населения.

Особенно сложная обстановка сохраняется в Сибирском и [Дальневосточном федеральных округах](https://pandia.ru/text/category/dalmznevostochnij_federalmznij_okrug/), где заболеваемость туберкулезом практически в 2 раза превышает заболеваемость в федеральных округах, расположенных в европейской части страны.

Несмотря на общую тенденцию к снижению заболеваемости впервые выявленными активными формами туберкулеза, заболеваемость среди детей до 17 лет включительно за последние два года  практически не изменилась  и составила в  отчетном году 18,5  случаев заболевания на 100 тыс. детского населения.

Поддержанию эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу  способствуют нарушения законодательства в области предупреждения распространения туберкулеза: низкий охват населения  профилактическими осмотрами в целях раннего выявления заболевания, недостатки в организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза по месту проживания заболевших, сохраняющиеся в противотуберкулезных учреждениях  условия для инфицирования пациентов и персонала.

Не решены вопросы лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом, уклоняющихся от лечения,  представляющих собой опасный источник туберкулезной инфекции, в том числе лекарственно-устойчивых форм.

[**Получить полный текст**](https://pandia.ru/text/categ/nauka.php)

Высокая инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей свидетельствует о наличии источников  инфекции среди населения. Заболеванию детей туберкулезом способствуют также отказы родителей от  проведения ребенку [вакцинопрофилактики](https://pandia.ru/text/category/vaktcina/)  и туберкулинодиагностики.

Распространению туберкулеза способствует  усиление миграционных процессов.

В 2011 году  среди иностранных граждан, прошедших медицинское освидетельствование в целях получения на разрешения на работу в Российской Федерации, было выявлено 2, 6 тыс.  человек, больных активным туберкулезом легких.

Всего  за 5 лет  среди иностранных граждан, прибывших на территорию Российской Федерации для осуществления легальной трудовой деятельности,  выявлено более 14 тыс. лиц, больных туберкулезом.  Около 20% из числа выявленных больных  ежегодно проходят  лечение в российских стационарах,  9-17% - покидают территорию страны, в том числе для прохождения лечения в стране проживания. Остальные –  остаются на территории  Российской Федерации и продолжают осуществлять трудовую деятельность нелегально, являясь источником туберкулезной инфекции, наиболее опасным в местах их проживания и осуществления трудовой деятельности.

Нелегальное пребывание и осуществление трудовой деятельности на территории Российской Федерации значительной части иностранных граждан  приводит к невозможности проведения среди этой  группы противотуберкулезных мероприятий, в том числе профилактических обследований на туберкулез.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации  Роспотребнадзор уполномочен принимать решения о нежелательности  пребывания (проживания)  иностранного гражданина или лица без гражданства на территории Российской Федерации, в случае выявления у него заболевания туберкулезом и невозможности проведения его лечения на территории Российской Федерации.

В 2011 году  для принятия решения о нежелательности пребывания в Российской Федерации  было рассмотрено 1 356 дел на иностранных граждан, больных туберкулезом, принято  решение  в отношении 710 человек.

По  представленным управлениями Роспотребнадзора данным, в 2011 году покинули территорию Российской Федерации самостоятельно  427 иностранных граждан, больных туберкулезом, 29 человек - были депортированы.

Проблемой остается эпидемиологическая  ситуация по туберкулезу в  учреждениях [пенитенциарной системы](https://pandia.ru/text/category/penitentciarnaya_sistema/). Не смотря на значительное снижение за последние 10 лет заболеваемости и смертности от туберкулеза в этих учреждениях,  они остаются значительным резервуаром туберкулезной инфекции. Сегодня в учреждениях ФСИН  содержится 35 тыс.  больных туберкулезом. Следует отметить, что ежегодно более 4 тыс. больных туберкулезом выявляется на уровне [следственных изоляторов](https://pandia.ru/text/category/sledstvennie_izolyatori/), что свидетельствует о низкой эффективности по выявлению источников инфекции среди социально-проблемных  лиц в гражданском секторе здравоохранения.

  Одной из актуальных составляющих проблемы эпидемиологического неблагополучия  по туберкулезу в Российской Федерации является заболеваемость туберкулезом крупного рогатого скота.

 По данным Россельхознадзорав 2011году заболевания туберкулезом крупного рогатого скота регистрировались в Курской, Орловской, Саратовской, Новосибирской  областях,  республиках [Мордовия](https://pandia.ru/text/category/mordoviya/), Чечня, Ингушетия.

Во втором полугодии  2011г. выявлено 6 новых неблагополучных пункта в Тульской, Оренбургской, Новосибирской, [Нижегородской областях](https://pandia.ru/text/category/nizhegorodskaya_obl_/).

республиках [Татарстан](https://pandia.ru/text/category/tatarstan/) и Ингушетия.

Для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу в стране необходимо проведение комплексных, целенаправленных и своевременных мер по профилактике и лечению туберкулеза, системная противотуберкулезная работа на всей территории Российской Федерации.

 В соответствии с [законодательством Российской Федерации](https://pandia.ru/text/category/zakoni_v_rossii/), в целях предупреждения распространения туберкулеза и организации мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза, органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают:

- подготовку совместно с [фтизиатрической](https://pandia.ru/text/category/ftiziatriya/) службой региональных программ по борьбе с туберкулезом;

- государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;

- методическую и консультативную помощь организациям здравоохранения в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности вакцины БЦЖ и туберкулина;

- надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины БЦЖ и туберкулина;

- контроль за своевременностью проведения периодических профилактических медицинских осмотров граждан, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением текущей дезинфекции в очагах туберкулеза, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских противотуберкулезных организациях;

- подготовку совместно с противотуберкулезными организациями предложений о направлении документов в суд о госпитализации больных заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследований в целях выявления и лечения туберкулеза;

- контроль за соблюдением правил допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, проведением профилактического лечения [животноводов](https://pandia.ru/text/category/zhivotnovodstvo/)  
и [охраной труда](https://pandia.ru/text/category/ohrana_truda/) работников животноводства, выполнением обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах.

По инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)  24  [марта 2012](https://pandia.ru/text/category/mart_2012_g_/) года планируется проведение  Всемирного  дня  борьбы с туберкулезом.

Роспотребнадзор ежегодно является инициатором проведения Всемирного Дня борьбы с туберкулезом  в  субъектах Российской Федерации.

Задачи Всемирного дня борьбы с туберкулезом – привлечение  внимания государственных и общественных организаций к данной проблеме, укрепление взаимодействия заинтересованных служб, [ведомств](https://pandia.ru/text/category/vedomstvo/), организаций в противотуберкулезной работе на территории субъектов Российской Федерации, информирование широких слоев населения о необходимости своевременного прохождения профилактических осмотров  в целях раннего выявления заболевания, своевременного обращения за медицинской помощью, формирование у населения приверженности к здоровому образу жизни

Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема

Второе место в структуре причин смертности населения в экономически развитых странах с 40–50-х годов занимают злокачественные новообразования. В России наиболее высокая заболеваемость злокачественными новообразованиями среди женщин отмечена в Санкт-Петербурге (197,7 на 10000 жителей). У мужчин этот показатель выше – 282 на 10000 жителей. Общий уровень онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге составляет 285 на 10000 жителей. Ежедневно в Санкт-Петербурге в среднем заболевают раком 50 и умирают – около 40 человек. Уровень смертности от новообразований составляет около 280 случаев на 100000 жителей.

Рост числа новообразований происходит не столько за счет улучшения диагностики этих заболеваний и увеличения числа лиц пожилого и старого возраста, у которых злокачественные опухоли развиваются чаще, сколько в результате истинного увеличения заболеваемости и смертности, особенно от рака легких и рака крови.

Показатели смертности в возрастных группах мужчин и женщин существенно различаются. Так, для группы 25–34 года смертность несколько выше у мужчин, 35 лет – у женщин, а в возрасте 55–64 лет значительно больше умирает мужчин. В целом смертность мужчин превышает смертность женщин. В разных возрастных группах мужчин и женщин имеются и различия в локализации злокачественных новообразований: в возрасте 25–40 лет у женщин преобладает рак половых органов, у мужчин – рак легких и рак желудка.

Стремительно возросла за последние 25–30 лет смертность от рака органов дыхания, и прежде всего у мужчин старших возрастных групп.

Диспансерный учет больных со злокачественными новообразованиями, находящихся под наблюдением онколога, дает возможность судить об общей их численности, так как эти больные находятся под наблюдением онкологических учреждений пожизненно.

К специальным показателям работы онкологических диспансеров, кабинетов и отделений относятся: 1) объем и эффективность массовых и индивидуальных профилактических осмотров населения, проводимых в целях раннего выявления злокачественных новообразований и предопухолевых состояний; 2) удельный вес больных с запущенными формами онкологических заболеваний среди впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями; 3) осведомленность населения о ранних признаках рака и других опухолей, их излечимости при своевременном обращении за медицинской помощью (метод анкетирования и др.); 4) отдаленные результаты лечения.

Алкоголизм, курение и наркомания как медико-социальная проблема

Алкоголизм – один из наиболее грозных факторов риска развития различных заболеваний. Алкоголизм рассматривается как медико-социальная проблема, влияющая на показатели состояния здоровья, заболеваемости и смертности. Уровень общей заболеваемости среди злоупотребляющих алкоголем в 1,5 раза выше, преимущественно за счет болезней системы кровообращения, органов пищеварения, отравлений и травм. В структуре общей заболеваемости после болезней органов дыхания у пьющих занимают травмы.

В стране уровень алкогольных психозов составляет 10,5 случая на а частота распространенности алкоголизма – 115,3 случая на 100000 жителей.

Уровень смертности среди систематически пьющих в 3 раза выше, чем среди непьющих. В структуре смертности первое место занимают травмы и отравления, второе – болезни системы кровообращения, третье – онкологические заболевания. Злоупотребление алкоголем сокращает среднюю продолжительность жизни на 20 лет.

Курение – один из факторов риска развития тяжелых заболеваний. Медико-социальная значимость курения проявляется в показателях общественного здоровья. Оно является причиной возникновения злокачественных новообразований трахеи, бронхов, легких, гортани, пищевода, полости рта. С курением связано 90% заболеваний раком легких. У курящих чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, обструктивный [бронхит](https://pandia.ru/text/category/bronhit/) и эмфизема легких. Так, инфаркт миокарда у курящих возникает в 3 раза чаще, чем у некурящих. Эта вредная привычка служит причиной многих функциональных нарушений: расстройств памяти, внимания, задержки роста и полового развития у подростков, [бесплодия](https://pandia.ru/text/category/besplodie/), снижения работоспособности. Среди курящих уровень смертности на 70% выше, чем среди некурящих. Курение приводит к преждевременной смерти, сокращает продолжительность жизни на 8–15 лет.

Наркомания и токсикомания являются медико-социальной проблемой, они оказывают влияние на уровень заболеваемости и смертности. Высок риск заражения ВИЧ-инфекцией у этой группы населения.

Основными задачами Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. являются сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни. Решение этих задач включает в себя

разработку мер, направленных на снижение количества потребляемого алкоголя, регулирование производства, продажи и потребления алкогольной продукции, осуществление в образовательных учреждениях профилактических программ, направленных на

недопущение потребления алкоголя детьми и подростками.

Последние годы в стране характеризуются стабильно высоким уровнем алкоголизма среди населения. Рост числа потребителей алкогольных напитков приводит к ухудшению состояния здоровья населения, определяет высокий уровень смертности, оказывает негативное влияние на социальный климат в семьях и влияет на [социально-экономическое развитие](https://pandia.ru/text/category/sotcialmzno_yekonomicheskoe_razvitie/) страны.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, за последнее десятилетие потребление учтенного алкоголя на душу населения в стране неуклонно увеличивалось и к 2009 г. выросло в 0,7 раз (до 9,13 л абсолютного алкоголя) по сравнению с 1999 г. (7,9 л), а по сравнению с 2008 г. уменьшилось (с 9,8 л – 2008 г. до

9,13 л – 2009 г.).

Однако реальное душевое потребление алкоголя с учетом оборота спиртосодер-

жащей продукции, в т. ч. парфюмерно-косметической продукции, товаров бытовой химии и других видов продукции, в Российской Федерации составляет около 18 л. Эти официально регистрируемые показатели далеко не полностью отражают реальную картину, так как они не учитывают объема незаконно производимой продукции

В 2009 г. наблюдалось некоторое снижение продажи алкогольных напитков на-

селению по сравнению с 2008 г. Так продажа пива уменьшилась с 1 138,2 л до 1 024,7 л, [водки](https://pandia.ru/text/category/vodka/) и ликероводочных с 181,2 л до 166 л, продажа [виноградных](https://pandia.ru/text/category/vinograd/) и плодовых вин увеличилась с 101,9 л до 102,5 л, продажа коньяков осталась на прежнем уровне (10,6 л). Проведение мероприятий, направленных на предупреждение негативного влияния алкогольной продукции на здоровье населения, по-прежнему остается приоритетной. Во исполнение постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации «О надзоре за алкогольной продукцией» специалистами Роспотребнадзора в 2010 г. проведено 6 680 рейдовых проверок предприятий, занятых производством и обращением алкогольной продукции. В рамках осуществления мероприятий по контролю за производством и обращением спиртов, алкогольной продукции организациями Роспотребнадзора проведено исследование 7 310 проб указанной продукции, из них 3,18 % не соответствовали гигиеническим нормативам по показателям безопасности.

В 2010 г. наибольшее количество образцов алкогольной продукции и пива было

исследовано в Центральном федеральном округеобразца), тогда как наибольший удельный вес продукции, не соответствующей гигиеническим нормативам, отмечен в [Уральском федеральном округе](https://pandia.ru/text/category/uralmzskij_federalmznij_okrug/) (10,40 %).

В 2010 г. по результатам исследований, забраковано 1 035 партий алкогольных

напитков и пива в объеме л. По результатам проверок вынесено 82 постановления о приостановлении эксплуатации объектов, осуществляющих производство и обращение алкогольной продукции, наложено 1 856 штрафов, передано 45 дел в [правоохранительные органы](https://pandia.ru/text/category/pravoohranitelmznie_organi/).

В 2010 г. Зарегистрировано случаев отравлений спиртосодержащей про-

дукцией, причем из них с летальным исходом (25,4 %). Большая часть отравлений приходится на взрослое население (18—99 лет) и составляет 92,7 % от общего числа отравлений спиртосодержащей продукцией.

По данным Всемирной организации здравоохранения, употребление алкоголя

является причиной почти 2 млн смертельных случаев и 4 % болезней во всем мире ежегодно. По данным медицинской статистики, сегодня 2,8 млн россиян вовлечено в тяжелое, [болезненное](https://pandia.ru/text/category/boleznennostmz/) пьянство, что составляет 2 % от всего населения страны.