

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-561-577

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ РИСК-ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Р.Р. Аверченко*

*Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования ФГБУ  
Государственный научный центр Российской Федерации «Федеральный медицинский  
биофизический центр им. А.И. Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства  
России, г. Москва*

**Актуальность.** С изменениями в демографической ситуации в мире в сторону увеличения доли лиц старших возрастных групп, происходит увеличение и онкологической патологии. Если говорить о женском населении, то рост онкологической патологии происходит по большей части из-за роста рака женских половых органов (РЖПО), таких как рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников и другие. Выявлены сходства и различия эпидемиологических признаков опухолей этих локализаций, что имеет как практическое значение для рациональной организации онкологической помощи, так и теоретическое для исследований причин общности этиологических признаков. Основное внимание исследователей приковано к медико-биологическим факторам риска, таким как неблагоприятная наследственность, соматические заболевания, врождённые и приобретённые заболевания гениталий, осложнения беременности и родов, патология полового созревания и другим. При этом меньше внимания уделяется общему фону развития онкопатологии – медико-социальным факторам.

**Целью исследования** стало изучение основных медико-социальных факторов риска развития злокачественных новообразований женских половых органов.

**Материал и методы исследования.** Применялись опросный, анкетный, аналитический методы исследования, метод экспертных оценок. Под наблюдение были взяты 415 женщин, состоящих под наблюдением в центрах амбулаторной онкологической помощи № 1 и № 2 г. Москвы после перенесённых операций по поводу рака женских половых органов (РЖПО). Контрольную группу составили 400 женщин без онкопатологии.

**Результаты и обсуждение.** Исследование разделило характеристики заболеваний и медико-социальные факторы риска онкологии женской половой сферы на три группы: социальные (образование, социальное положение, постоянное проживание на одной и той же территории), экономические (уровень материального обеспечения, жилищные условия) и психологические (отношения с окружающими, образ жизни), вредные привычки и злоупотребление ими. Полученные данные свидетельствуют о том, что, наряду с медико-биологическим, очень важен медико-социальный подход и комплексная оценка всех факторов риска возникновения злокачественных новообразований женской половой сферы.

**Выводы.** Рост заболеваемости раком тела матки и яичников, высокий уровень рака шейки матки, поздняя диагностика, высокая летальность, огромные экономические потери выдвигают эту патологию в ряд наиболее актуальных проблем социального значения. Снижение заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в настоящее время решается в нескольких направлениях. Ключевым является изучение этиологических факторов, в решении которого существенная роль отводится эпидемиологическим исследованиям по

выявлению факторов риска, среди которых одно из ведущих мест занимают медико-социальные факторы.

**Ключевые слова:** злокачественные новообразования женских половых органов; образ жизни; медико-социальные факторы

## MEDICAL AND SOCIAL RISK FACTORS OF ONCOGYNECOLOGICAL PATHOLOGY

*R.R. Averchenko*

*Medico-Biological University of Innovation and Continuing Education Federal State Budgetary Institution State Scientific Center of the Russian Federation "A.I. Burnazyan Federal Medical Biophysical Center" of the Federal Medico-Biological Agency of Russia, Moscow*

**Relevance.** With changes in the demographic situation in the world towards an increase in the proportion of older age groups, there is an increase in oncological pathology. If we talk about the female population, the growth of oncological pathology is mainly due to the growth of cancer of the female genital organs (FGM), such as cervical cancer, uterine body cancer, ovarian cancer and others. The similarities and differences of the epidemiological signs of tumors of these localizations have been revealed, which is of both practical importance for the rational organization of oncological care, and theoretical for the study of the causes of the common etiological signs. The main attention of researchers is focused on biomedical risk factors such as adverse heredity, somatic diseases, congenital and acquired genital diseases, complications of pregnancy and childbirth, pathology of puberty and others. At the same time, less attention is paid to the general background of the development of oncopathology – medical and social factors.

**The aim of the study** was to study the main medical and social risk factors for the development of malignant neoplasms of the female genital organs.

**Research materials and methods.** The survey, questionnaire, analytical research methods, and the method of expert assessments were used. 415 women were taken under observation at outpatient oncological care centers No. 1 and No. 2 in Moscow after undergoing operations for female genital cancer (FGM). The control group consisted of 400 women without oncopathology.

**Results and discussion.** The study divided the characteristics of diseases and medical and social risk factors for female genital cancer into three groups: social (education, social status, permanent residence in the same territory), economic (level of material security, housing conditions) and psychological (relationships with others, lifestyle), bad habits and abuse of them. The data obtained indicate that, along with the biomedical, a medico-social approach and a comprehensive assessment of all risk factors for the occurrence of malignant neoplasms of the female genital area are very important.

**Conclusions.** The increase in the incidence of cancer of the uterus and ovaries, the high rate of cervical cancer, late diagnosis, high mortality, and huge economic losses put this pathology among the most pressing problems of social importance. The reduction of morbidity and mortality from malignant tumors is currently being addressed in several directions. The key is the study of etiological factors, in solving which an essential role is assigned to epidemiological studies to identify risk factors, among which one of the leading places is occupied by medical and social factors.

**Keywords:** malignant neoplasms of the female genital organs; lifestyle; medical and social factors

**Введение.** С изменениями в демографической ситуации в мире в сторону увеличения доли лиц старших возрастных групп, происходит увеличение и онкологической патологии. Если говорить о женском населении, то рост онкологической патологии происходит по большей части из-за роста рака женских половых органов (РЖПО), таких как рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников и др. [1-4].

Заболеваемость раком шейки матки резко увеличивается с 40-49 лет, раком тела матки и яичников с 50-59 лет. Наибольший риск заболеть раком шейки матки приходится на возраст 40-69 лет, раком тела матки – 50-69, раком яичников – 50-70 лет и старше [5-7]. Выявлены сходства и различия эпидемиологических признаков опухолей этих локализаций, что имеет как практическое значение для рациональной организации онкологической помощи, так и теоретическое для исследований причин общности этиологических признаков [8].

Основное внимание исследователей приковано к медико-биологическим факторам риска, таким как неблагоприятная наследственность, соматические заболевания, врождённые и приобретённые заболевания гениталий, осложнения беременности и родов, патология полового созревания и др. [9-18]. В частности, было выявлено, что метроррагии в менопаузальном периоде с высокой степенью значимости выявляются чаще у больных раком эндометрия, по сравнению с больными раком шейки матки, яичников и контрольной группой. Также есть указания на преимущественную роль поздней менопаузы (50-55 лет) в генезе рака яичников, отмечая при этом значительную частоту прекращения менструаций в возрасте до 45 лет.

Таким образом, как раннее (до 45), так и позднее (старше 50 лет) наступление менопаузы являются факторами риска развития рака яичников.

**Целью исследования** стало изучение основных медико-социальных факторов риска развития злокачественных новообразований женских половых органов.

**Материал и методы исследования.** Применялись опросный, анкетный, аналитический методы исследования, метод экспертных оценок. Под наблюдение были взяты 415 женщин, состоящих под наблюдением в центрах амбулаторной онкологической помощи № 1 и № 2 г. Москвы после перенесённых операций по поводу рака женских половых органов (РЖПО). Контрольную группу составили 400 женщин без онкопатологии.

**Результаты и обсуждение.** Образ жизни является ведущим в системе риск-факторов развития любого заболевания вообще и при онкопатологии, в частности. В первую очередь нами были изучены следующие категории.

Первая — это общая самооценка нашего образа жизни, которая означает то, как человек сам оценивает свой образ жизни. Он может быть здоровым, если человек ведет активный образ жизни, занимается спортом, правильно питается и высыпается. Также он может быть не вполне здоровым, если не всегда следует здоровым привычкам, но при этом не злоупотребляет вредными продуктами и веществ. И, наконец, образ жизни может быть вредным непосредственно для нашего здоровья, если мы имеем много плохих привычек и при этом не проявляем заботы о собственном здоровье.

Вторая — связана с наличием различных вредных привычек. Это может быть злоупотребление спиртными напитками, когда человек пьет его в больших количествах и это негативно влияет на его здоровье. Также это может быть курение.

Третья — связана с употреблением наркотиков. Употребление наркотиков приводит к наркозависимости и вызывает множество проблем со здоровьем и адаптацией в социуме.

В табл.1 и рис. 1 представлена характеристика образа жизни обследованного контингента и его распределение в зависимости от наличия привычек вредного характера.

**Таблица 1**

Характеристика образа жизни обследованного контингента (в %)

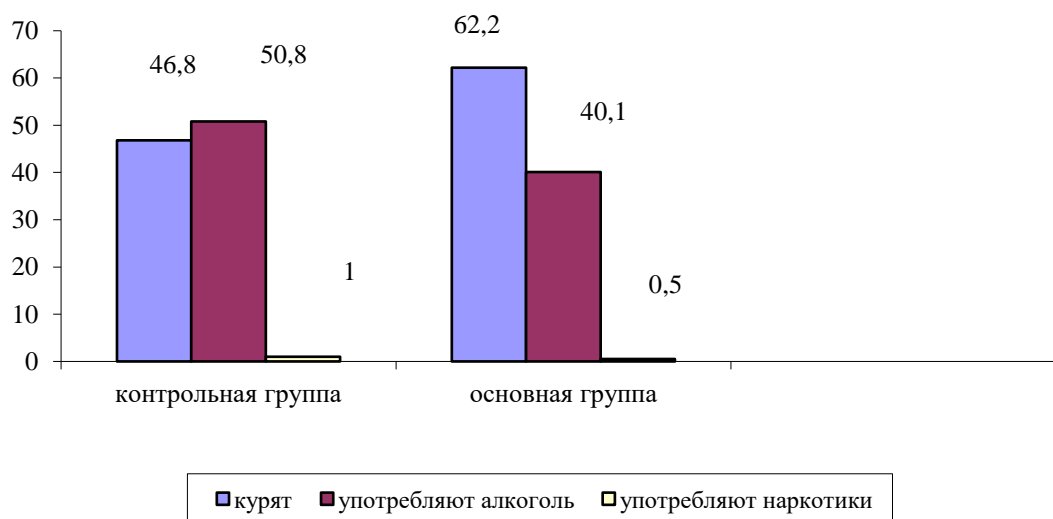
Самооценка женщинами образа жизни	Контрольная группа		Основная группа - состоящие под диспансерным наблюдением		Все обследованные	
	Абс. числа	%	Абс. числа	%	Абс. числа	%
Здоровый	154	38,5±2,43	81	19,5±1,94	237	29,0±1,58
Не вполне здоровый	183	45,8±2,48	199	47,9±2,45	382	46,9±1,74
Вредный для здоровья	63	15,7±2,41	135	32,6±2,3	196	24,1±1,49
Всего:	400	100,0	415	100,0	815	100,0

Данные таблицы 1 свидетельствуют о существенных ( $p < 0,01$ ) различиях показателей, характеризующих образ жизни обследованных, прошедших анкетирование.

Почти половина людей в контрольной группе считает, что их образ жизни способствует здоровью (38,5±2,43%). Но среди женщин, перенесших онкогинекологические операции лишь 19,5±1,94% считают свой образ жизни здоровым.

Очень важно для формирования здорового образа жизни избегать вредных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем или наркотиками.

Как следует из диаграммы на рис.1, то видно, что курят очень многие (от 46,80% до 62,20%) среди всех обследованных. Это почти половина или даже больше. Отметим, что процент курящих в контрольной группе немного меньше, чем в группе с РЖПО, хотя разница не так велика. После обнаружения серьезных заболеваний у 8,50% людей привычка курить уменьшилась или они смогли бросить курить.



**Рисунок 1.** Распределение женщин, прошедших обследование, по наличию вредных привычек (%)

В исследовании изучали влияние курения непосредственно на формирование РЖПО. Был рассмотрен возраст курильщиков, а также то, сколько лет они курят и сколько сигарет выкуривают в день.

Обнаружили, что у разных возрастных групп курящих женщин были значительные различия в том, как часто они курят. Среди лиц в возрасте от восемнадцати до тридцати четырех лет 45,10±2,6% курили, в возрасте от тридцати пяти до сорока четырех лет курило 33,50±2,5%, а в возрасте от сорока пяти до пятидесяти четырех лет – только 19,5±2,0% курило.

Также изучены долговременные курильщицы, которые курят более двадцати лет. Из них 47,50±3,1% курили в течение одиннадцати-двадцати лет, а 15,80% - менее десяти лет. При сравнении с группой женщин, не страдающих заболеваниями легких, выявлено, что у обеих групп примерно одинаковое количество долговременных курильщиц (около 47% и 40% соответственно), а примерно 14,50% изучаемых курили менее 10 лет.

Оценивая, сколько сигарет в день женщины выкуривают, обнаружили, что большинство из них (53,50±2,5% основной группы и 43,00±3,1% контрольной) выкуривают менее десяти сигарет в день.

**Таблица 2**

Интенсивность курения женщин по количеству выкуриваемых сигарет в день (%)

Интенсивность курения	Основная группа	Контрольная группа	Критерий достоверности «р»
0-5 сигарет в день	18,5 ± 2,1	38,5 ± 3,2	P <0,001
6-10 сигарет в день	53,5 ± 2,5	43,0 ± 3,1	P <0,01
11-20 сигарет в день	28,0 ± 2,1	18,5 ± 2,6	P <0,05
Итого:	100,0	100,0	

В этом исследовании рассматриваются данные о курении и степени табачной зависимости у женщин с РЖПО и в контрольной группе.

Из всех женщин с РЖПО, каждая 3-я относится к соответствующей категории "много курящих", — это свидетельствует о том, что они выкуривают двадцать или более сигарет в день. В контрольной группе каждая четвертая женщина также относится к категории "много курящих". Однако в контрольной группе количество таких женщин меньше в 1,3 раза, чем в группе с РЖПО, и этот результат является статистически значимым (p <0,05).

Табачная зависимость, или степень пристрастия к курению, также была оценена в исследовании. В контрольной группе у 40,10±2,45% женщин не было выявлено табачной зависимости, у 45,40±3,2% была умеренная степень зависимости, и у 14,50±1,86% была сильно выраженная зависимость. В группе с РЖПО у 20,60±1,6% женщин не было выявлено табачной зависимости, у 50,2±3,6% была умеренная степень зависимости, а у 29,20±2,3% обследованных была сильно выраженная зависимость.

Эти результаты иллюстрируют, что женщины с РЖПО более склонны к курению и имеют более высокую степень табачной зависимости по сравнению с контрольной группой. Оценка и понимание таких паттернов в курении и также в зависимости могут помочь разрабатывать наиболее действенные стратегии предотвращения и кроме того управления табачной зависимостью непосредственно у пациентов с РЖПО.

В данном исследовании были обследованы женщины, которые курят табак, как в основной группе, так и в контрольной. Обнаружены различные психологические причины, по которым люди курят. Наиболее распространенными типами были "расслабление" –  $30,2 \pm 2,6\%$ , "поддержки" –  $18,0 \pm 1,2\%$ , и "жажда" –  $16,1 \pm 3,2\%$ , что, вероятно, связано с желанием снизить стресс и нервные нагрузки. Однако также были и другие типы курения, такие как "игра с сигаретой" –  $5,3 \pm 1,6\%$ , "стимуляция" –  $19,1\%$ , и "рефлекс" –  $2,8 \pm 0,8\%$ . Некоторые участники не определились с конкретным типом курения (восемь процентов пять десятых процента).

Интересно, что из числа курящих людей  $70,3 \pm 3,8\%$  считают курение вредным для здоровья, а среди больных РЖПО (респираторной заболеванием обструктивной легочной патологии) этот процент выше и составляет  $80,5 \pm 4,6$ . Но, несмотря на это, только  $45,6 \pm 3,2\%$  опрошенных, которые заболели, уменьшили количество курения.  $44,1 \pm 4,2\%$  не изменили свою привычку, а  $10,3 \pm 1,6\%$  даже начали курить больше, считая, что это успокаивает и соответственно помогает забыть о своей болезни. Нами был выполнен также анализ наличия так называемых пассивных курильщиков среди обследованных, однако в рамках этой статьи считаем результаты излишней детализацией.

Полученные данные важны для определения группы с факторами риска, например, тех лиц, кто не считает курение вредным и продолжает курить даже при наличии заболевания.

Более половины всех обследованных женщин ( $52,1\% - 53,5\%$ ) употребляли алкоголь. Анализ полученных данных позволил выделить три группы по уровню употребления алкоголя:

1. Редкие потребители (до 200 мл вина, в основном по праздникам) и те, кто не употребляет алкоголь.

2. Умеренные потребители (от 200 до 400 мл вина или до 200 мл крепких напитков).

3. Злоупотребляющие алкоголем (несколько раз в неделю и более 500 мл вина или от 200 до 400 мл крепких напитков), а также с признаками алкоголизма.

Далее, в табл. 3 представлено распределение женщин по употреблению алкоголя и степени злоупотребления им в основной группе и в контрольной.

В обеих группах доля обследованных с признаками алкоголизма была незначительной, и значимых различий между группами не было обнаружено ( $p > 0,05$ ). Однако в группе женщин, перенесших РЖПО, было достоверно выше число злоупотребляющих спиртными напитками, хотя и без выраженных признаков алкоголизма.

**Таблица 3**

Распределение женщин по употреблению алкоголя и степени злоупотребления им в основной и контрольной группах (в %)

<i>Группа</i>	<i>Основная группа</i>	<i>Контрольная группа</i>	<i>Критерий достоверности «р»</i>
Не пьют алкогольные напитки	20,5 ± 1,4	25,2 ± 1,8	P < 0,05
Употребляют алкогольные напитки «умеренно»	30,4 ± 2,1	38,6 ± 2,4	P < 0,05
Злоупотребляющие алкогольными напитками с выраженными признаками алкоголизма	1,4 ± 1,6	1,2 ± 0,5	P ≥ 0,05
Злоупотребляющие алкогольными напитками и с начальными признаками алкоголизма	18,0 ± 1,8	18,3 ± 1,8	P ≥ 0,05
Злоупотребляющие алкогольными напитками без имеющихся признаков алкоголизма	29,7 ± 2,4	16,7 ± 2,0	P < 0,001
Итого:	100,0	100,0	

Возрастной состав женщин, злоупотребляющих алкоголем, был подвергнут анализу. В основной группе большинство (28,60 ± 3,7%) женщин были в возрасте 25-34 года. В контрольной группе наибольшая часть (40,10 ± 4,2%) находится в возрасте 35-54 года. Интересно отметить, что в группе женщин, страдающих от РЖПО в возрастной группе 35-44 года злоупотребляющих алкоголем больше в 1,4 раза (p < 0,01), чем в контрольной группе (56,1 ± 6,2% против 40,10 ± 4,2%). Еще более важным является факт, что среди обследованных есть и те, кто злоупотребляет спиртными напитками в возрасте 18-24 лет (15,30 ± 2,6% в контрольной и 19,60 ± 3,8% в основной).

Из обследованных женщин, употребляющих алкоголь, 50,20 ± 6,3% предпочитают крепкие алкогольные напитки. Употребление только вина заявили 10,20 ± 2,4% обследованных, а только пива – 8,50 ± 1,8%.

Наиболее отрицательным фактором для здоровья и развития опухолевых процессов является употребление наркотических веществ. Исследование продемонстрировало, что есть



лица, употребляющие данные вещества, и их доля 1,00% в основной и 0,40% в контрольной группах. Особенно заметное количество (5,40%) наркотиков употребляют лица с РЖПО.

Полученные сведения свидетельствуют о том, что очень важен медико-социальный подход и комплексная оценка алкогольного и наркотического потребления непосредственно среди женщин для предотвращения заболеваний и поддержания общего здоровья. Обнадёживающими стали результаты опроса о том, что после выявления болезни 15,8% женщин перестали употреблять наркотики и отказались от данной привычки.

Далее была предпринята общая оценка выявленных негативных привычек, влияющих на формирование здорового образа жизни, используя систему баллов непосредственно для каждой из характеристик образа жизни.

Была разработана система оценок для характеристик образа жизни. Здоровый образ жизни оценивается как "4", не очень здоровый - "3", вредный для здоровья - "2". Отсутствие курения оценивается как "4", а курение - "2". Применение алкоголя оценивается как "2", а его отсутствие - "4". Неупотребление наркотических веществ оценивается как "4", а их употребление - "2". После проведения исследования и применения этой системы оценок, составлена табл.4, которая отражает распределение характеристик образа жизни.

**Таблица 4**

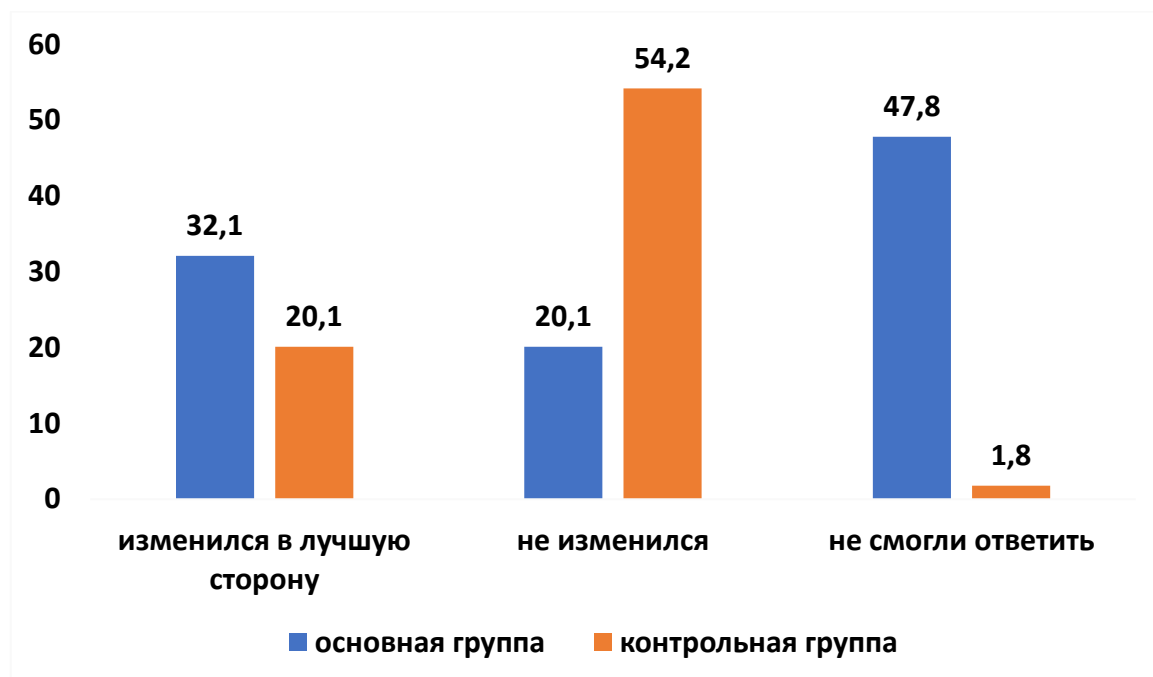
Сравнение среднего балла характеристики образа жизни между женщинами с РЖПО и контрольной группой

<i>Исследуемые признаки</i>	<i>Контрольная группа</i>	<i>Основная группа</i>
Самооценка образа жизни	3,4	3,0
Курение	3,2	2,9
Применение алкогольных напитков	3,9	3,4
Применение наркотиков	4,0	4,1
Средний балл характеристики	3,6	3,4

Полученные данные показывают, что образ жизни пациенток, которые находятся под наблюдением по поводу РЖПО, значительно ухудшается по всем изучаемым признакам. Особенно заметно ухудшение в самооценке общего образа жизни, курении и употреблении алкоголя. Важно отметить, что изменение образа жизни является очень важным аспектом в лечении. В исследовании спрашивали у пациентов, изменился ли их образ жизни в целом, отношение к курению, алкоголю и наркотическим веществам, непосредственно после диагноза, и удалось ли отказаться от опасных для здоровья привычек. Результаты показали, что только 37,2% из всех обследованных дали положительные ответы. Важно отметить, что

даже среди больных, которые осведомлены о вреде курения, алкоголя и наркотических веществ, не все изменили образ своей жизни.

Значения показателей комплексной оценки изменения образа жизни у женщин с РЖПО представлены далее на рис.2.



**Рисунок 2.** Изменение образа жизни у женщин с РЖПО (в %)

Изучение образа жизни и распространения вредных привычек среди обследованных, включая здоровых и больных РЖПО, показывает, что многие пациентки недостаточно заботятся о своем здоровье, и медицинские работники не всегда успешно влияют на их поведение.

Для исследования различий в показателях, связанных с факторами и социально-гигиенического характера, рассчитаны показатели распространенности этих факторов и вычислены ошибки данных показателей (см. табл. 5).

Мы обнаружили различия в распространении факторов негативного характера между контрольной группой и группой больных с РЖПО во всех исследованных характеристиках. В особенности, значительная разница отмечена в таких признаках, как: социальное положение (рабочие имеют больший риск в 1,70 раз), материальное обеспечение ниже прожиточного минимума (в 1,90), курение и употребление наркотических веществ — в пять раз (что связано с повышенным риском), по такому признаку как приезжие — вдвое. Отметим, что чем больше

число людей, у которых присутствует определенный признак или явление (например, курение или низкий уровень материального обеспечения), тем больше будет величина различия непосредственно между группами с этим признаком и группами без него.

Различия также выявлены между двумя группами — контрольной и группой пациентов, которые находятся под наблюдением по поводу РЖПО.

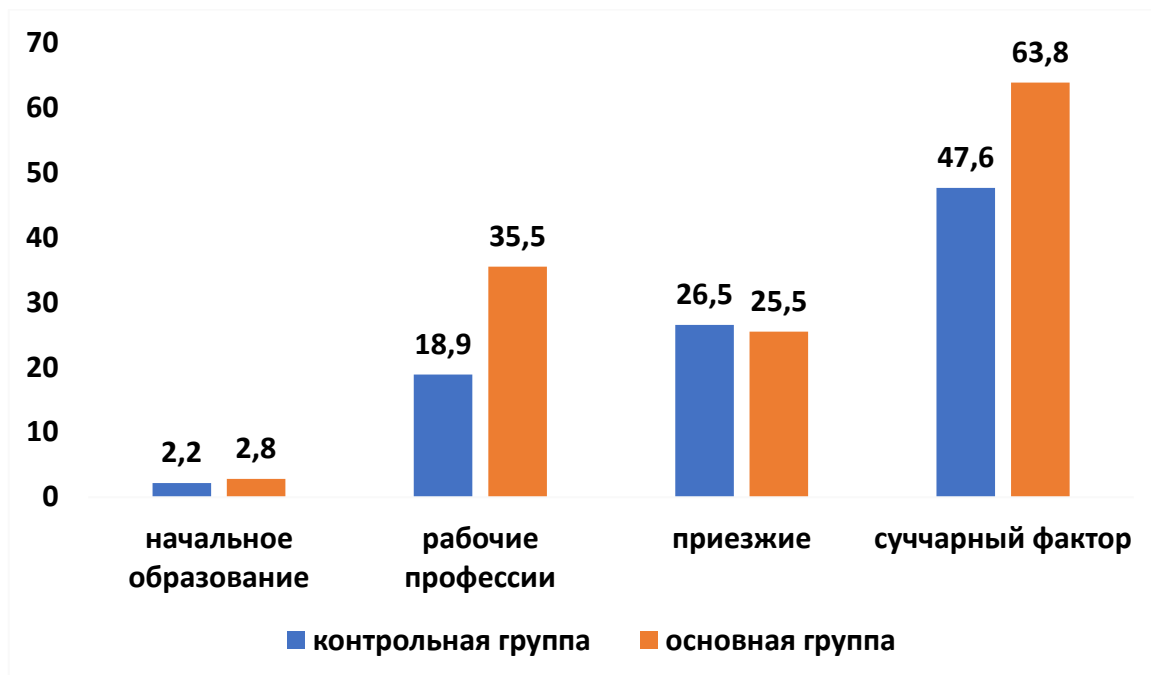
**Таблица 5**

Сравнительная оценка основных факторов риска в группах наблюдения женщин (на каждые 100 обследованных)

<i>Исследуемый признак</i>	<i>Контрольная группа <math>p \pm t</math></i>	<i>основная группа <math>p \pm t</math></i>
Тяжёлый труд в физическом отношении (рабочие)	13,2 ± 0,006	48,5 ± 0,005
Обеспечение в материальном плане ниже прожиточного минимума	23,0 ± 0,006	43,5 ± 0,004
Неблагоприятные условия для жизни	12,0 ± 0,002	15,9 ± 0,003
Неблагоприятный микроклимат (в плане психологии)	10,1 ± 0,003	16,2 ± 0,002
Курение	46,8 ± 0,008	62,2 ± 0,004
Употребление алкоголя (в частности, употребление крепких спиртных напитков)	50,8 ± 0,005	40,1 ± 0,003
Употребление наркотических веществ	1,0 ± 0,002	0,5 ± 0,001
Приезжие	18,2 ± 0,008	17,6 ± 0,004

Исследование показало, что самые большие различия обнаружены в нескольких паттернах: по уровню образования они составляют в 4,8 раза, по тяжелому труду (в физическом отношении) - 3,5, по материальной обеспеченности - 1,8, употреблению алкогольных напитков - 1,5 и употреблению наркотических веществ - 2,0. Однако, важно отметить, что в исследовании не было обнаружено различий по таким признакам, как плохие условия проживания и неблагоприятный микроклимат (в психологическом плане), которым можно доверять ( $p < 0,05$ ).

Исследование разделило характеристики заболевания и факторы риска онкологии на три группы: социальные (образование, социальное положение, проживание), экономические (уровень материального обеспечения, жилищные условия) и психологические (отношения с окружающими, образ жизни, вредные привычки и злоупотребление ими). См. рисунки 3, 4 и 5.



**Рисунок 3.** Анализ неблагоприятного влияния социальных факторов на обследованный контингент женщин

По данным, представленным на рис. 3, видно, что в контрольной группе и в группе больных с РЖПО наблюдается увеличение "негативности" группы исследованных в результате воздействия различных факторов экономического характера.

Однако, внутри каждой группы больных нет явных различий в суммарном воздействии факторов экономического характера. Показатели роста составляют 204,0% для 1-й группы больных по сопоставлению со здоровыми и 200,0% для 2-й непосредственно по сравнению со здоровыми.

Диаграмма, представленная на рисунке 4, показывает, что с увеличением числа больных РЖПО ситуация с негативными экономическими факторами становится хуже. В группе здоровых людей количество негативных экономических факторов меньше, чем в группе больных РЖПО. Показатели роста разнятся также в группе больных РЖПО: увеличение негативных факторов экономического характера составляет -152%.

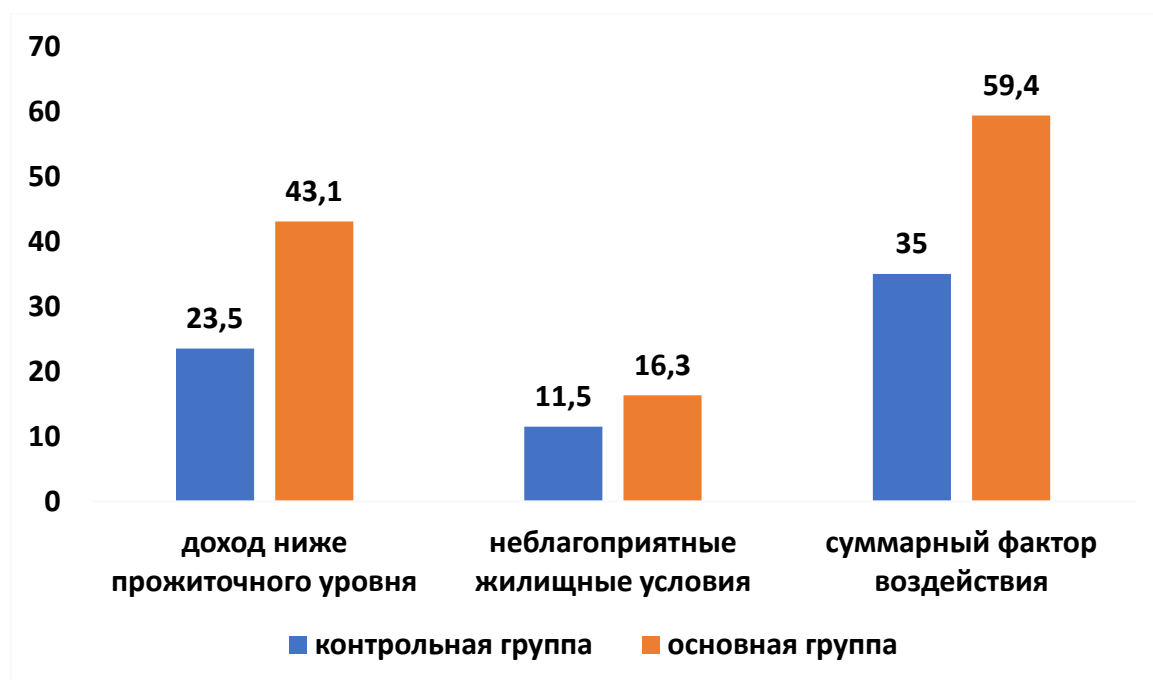


Рисунок 4. Воздействие негативного характера экономических факторов на обследованных женщин

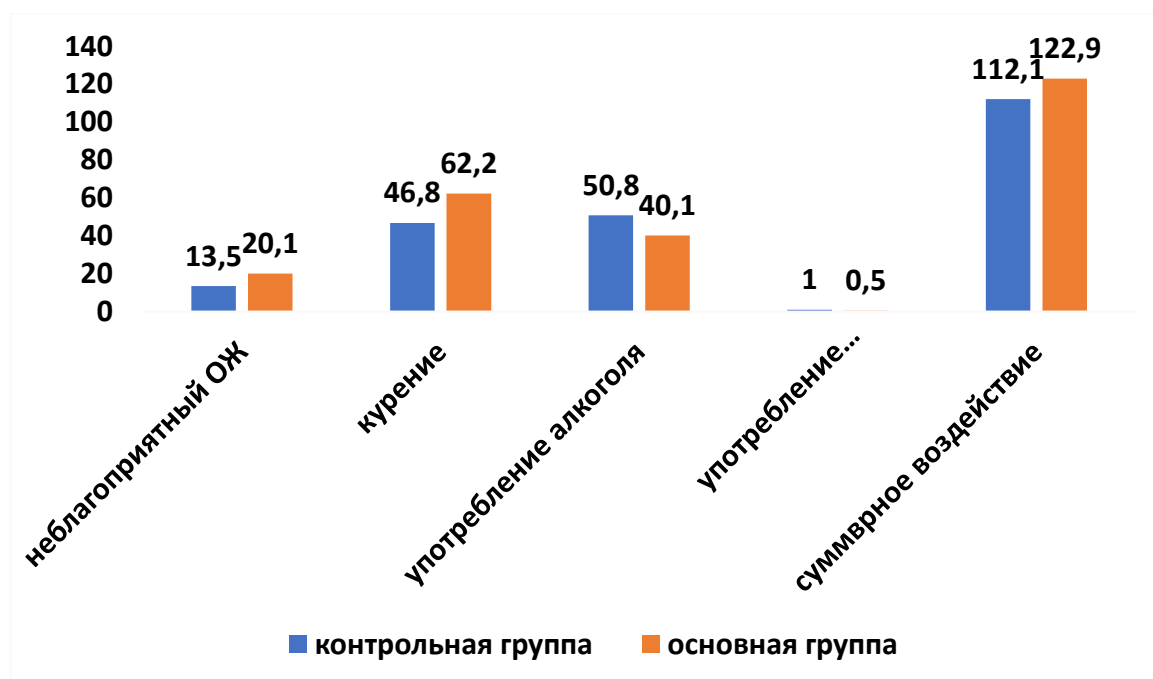


Рисунок 5. Воздействие негативного характера психологических факторов на обследованных женщин

Аналогичная тенденция видна и на рисунке 5, который отражает распространенность психологических факторов негативного характера. Здесь мы видим, что число неблагоприятных психологических факторов также увеличивается с основной группы до группы, являющейся контрольной. Показатель роста составляет 150,2%, что также свидетельствует непосредственно о значительном ухудшении ситуации с психологическими факторами у группы, являющейся контрольной.

Табл. 6 содержит данные о суммарном воздействии всех этих негативных факторов. Исследование показало, что с развитием онкологического заболевания усиливаются факторы негативного характера условий, а также образа жизни. Особенно заметно это проявляется непосредственно во влиянии психологических факторов на состояние здоровья.

**Таблица 6**

Суммарная частота воздействия негативных факторов в обследуемых группах

<i>Исследуемые факторы</i>	<i>Группы обследованных</i>	
	<i>Контрольная</i>	<i>Основная</i>
Социальная	38,1	73,8
Экономическая	33,8	54,8
Психологическая	75,7	128,3
Всего:	147,6	256,9

**Заключение.** Рост заболеваемости раком тела матки и яичников, высокий уровень рака шейки матки, поздняя диагностика, высокая летальность, огромные экономические потери выдвигают эту патологию в ряд наиболее актуальных проблем социального значения. Снижение заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в настоящее время решается в нескольких направлениях. Ключевым является изучение этиологических факторов, в решении которого существенная роль отводится эпидемиологическим исследованиям по выявлению факторов риска.

Исследование разделило характеристики заболевания и медико-социальные факторы риска онкологии женской половой сферы на три группы: социальные (образование, социальное положение, постоянное проживание на одной и той же территории), экономические (уровень материального обеспечения, жилищные условия) и психологические (отношения с окружающими, образ жизни), вредные привычки и злоупотребление ими. Полученные данные свидетельствуют о том, что, наряду с медико-биологическим, очень

важен медико-социальный подход и комплексная оценка всех факторов риска возникновения злокачественных новообразований женской половой сферы.

### Список литературы

1. Злокачественные новообразования в России в 2021 году (заболеваемость и смертность) – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. 2022;252
2. Global Initiative for Cancer Registry Development. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2020
3. Макимбетов Э.К., Салихар Р.И., Туманбаев А.М., Токтаналиева А.Н., Керимов А.Д. Эпидемиология рака в мире. Современные проблемы науки и образования. 2020;(2): URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29718> (дата обращения: 22.05.2023)
4. ОНКО-ONCO: Онкологические заболевания в России и в мире/ «Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак». Вып. 55. Научн. рук. З.А. Саидова / Гл. ред. Комарова А.И. Том 846(888). М., 2022
5. Александрова Л.М., Грецова О.П., Петрова Г.В., Старинский В.В., Каприн А.Д. Предотвратимая смертность от рака шейки матки как индикатор эффективности профилактики заболевания. Профилактическая медицина. 2020;23(3):56–63. <https://doi.org/10.17116/profmed20202303156>
6. Верткин А.Л., Скотников А.С., Фельдман М.А., Козлова О.В. Злокачественные новообразования органов женской репродуктивной системы в общесоматической практике. Медицинский научно-практический портал. 2011; <https://www.lvrach.ru/2011/11/15435291>
7. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н. и др. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2022;15(1):119-130. <https://doi.org/10.17749/20704909/farmakoeconomika.2022.132>
8. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). М., 2019:250 с.
9. Сергейко И.В., Люцко В.В. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья у женщин в возрасте до 40 лет. Фундаментальные исследования. 2014; 4(2):350-354.

10. Заридзе Д.Г., Мукерия А.Ф., Шаньгина О.В. Взаимодействие факторов окружающей среды и генетического полиморфизма в этиологии злокачественных опухолей. Успехи молекулярной онкологии. 2016; 3(2):8-17
11. Люцко В.В., Сергейко И.В. Акушерско-гинекологические аспекты репродуктивного здоровья женщин. Современные проблемы науки и образования. 2014; 2:355.
12. Заридзе Д.Г., Максимович Д.М., Стилиди И.С. Рак шейки матки и другие ВПЧ ассоциированные опухоли в России. Вопросы онкологии. 2020; 66.(4): 325-335.
13. Сергейко И.В., Трифонова Н.Ю., Немсцверидзе Э.Я., Люцко В.В. Репродуктивные установки у молодых женщин в возрасте до 40 лет. Фундаментальные исследования. 2014; 4 (2):355-358.
14. Коннон С.Р.Д., Союнов М.А. Рак шейки матки: новые данные. Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. 2018;6(3):72-82. <https://doi.org/10.24411/2303-9698-2018-13008>
15. Захарченко О.О., Терентьева Д.С., Шикина И.Б. Трансформация онкологического компонента диспансеризации определённых групп взрослого населения с 2013 по 2021 год. Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68. № 3. С. 3. DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-3-3
16. Кобякова О.С., Стародубов В.И., Захарченко О.О. и др. Расчёт динамики факторов риска хронических неинфекционных заболеваний при диспансеризации определённых групп взрослого населения. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ 2022665853, 22.08.2022. Заявка № 2022664851 от 09.08.2022.
17. Трифонова Н.Ю., Бутрина В.И., Люцко В.В. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения онкологических больных. Фундаментальные исследования. 2014. № 4-2. С. 371-374.
18. Beavis A.L., Smith A.J., Fader A.N. Lifestyle changes and the risk of developing endometrial and ovarian cancers: opportunities for prevention and management. Int. J. Women's Health. 2016;(8):151-167.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.



#### **Сведения об авторе**

**Аверченко Ригина Ринатовна** – врач-онкогинеколог, заочная аспирантка кафедры общественного здоровья и здравоохранения Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ Государственный научный центр – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 123098, г. Москва, ул. Маршала Новикова, д. 23, e-mail: dr.averchenko@yandex.ru, ORCID 0000-0003-4881-564x

#### **Information about the author**

**Averchenko Rigina Rinatovna** – oncogynecologist, part-time postgraduate student of the Department of Public Health and Public Health of the Biomedical University of Innovation and Continuing Education, Federal State Budgetary Institution State Scientific Center - Federal Medical Biophysical Center named after A.I. Burnazyan, FMBA of Russia, 123098, Moscow, Marshal Novikov str., 23, e-mail: dr.averchenko@yandex.ru , ORCID 0000-0003-4881-564x

Статья получена: 02.01.2024 г.

Принята к публикации: 25.03.2024 г.