

УДК 616-006.04;614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2020-00099

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА РЕСПОНДЕНТОВ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ВЗАИМОСВЯЗИ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ, ФАКТОРОВ РИСКА И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

***В.М. Данилов<sup>1</sup>, И.П. Мошуров<sup>2</sup>, О.В. Зеленова<sup>3</sup>, С.И. Абрамов<sup>3</sup>, Н.В. Белякова<sup>3</sup>,  
А.С. Абрамов<sup>4</sup>***

<sup>1</sup> *Институт дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России, г. Воронеж*

<sup>2</sup> *БУЗ ВО «Воронежский областной клинический онкологический диспансер», г. Воронеж*

<sup>3</sup> *ФГБУ «Центральный Научно – исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва*

<sup>4</sup> *ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, г. Москва*

**Актуальность.** Выявление взаимосвязи генетической предрасположенности и факторов риска в возникновении злокачественных новообразований (ЗНО) является неотъемлемой частью при проведении диспансеризации населения в соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) был утвержден порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в котором четко определено, что ИМТ, генетическая предрасположенность к возникновению ЗНО на основе семейного анамнеза, курения и злоупотребления спиртными напитками являются неотъемлемой частью обследования, и должны быть зафиксированы в ходе проведения обследования граждан страны и служить отправной точкой убеждения пациента в отказе от них.

**Целью исследования** было проведение опроса пациентов для выявления взаимосвязи между генетической предрасположенностью, факторами риска и симптомами злокачественных новообразований для раннего выявления ЗНО, а также оценить охват диспансерным наблюдением и наличием факторов риска развития ЗНО.

**Материалы и методы.** Для этого был разработан оригинальный опросник, основой которого стали Методические рекомендации «АЛГОРИТМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ», опубликованные МЗ РФ в 2009 году. Опросник состоит из трех блоков: социально - демографический, вопросы по общему состоянию и специализированные вопросы по органам и системам. Основной целью опроса было составить представление об общем состоянии здоровья респондентов, выявление ЗНО на ранних стадиях по специализированному опроснику, а также провести анализ прохождения диспансеризации за последние 3 года. В опросе приняли участие респонденты, которые приходили на амбулаторное лечение в период с марта 2018 года по август 2018 года в амбулаторно- поликлиническую сеть города Воронежа. Всего было 993 респондента, из них – 519 мужчин и 474 женщины в возрасте от 18 до 85 лет. Респонденты были разделены на 7 возрастных групп. Информация, полученная при анкетировании, включала: социальное положение, индекс массы тела, семейное положение, особенности половой зрелости и половой жизни, репродуктивного периода жизни (у женщин), перенесенные хронические и инфекционные заболевания, сопутствующие заболевания и т.д. Анализ анкетных данных произведен по социально-демографическим показателям, ИМТ, факторам риска и генетической

предрасположенности к развитию ЗНО. Затем проводилась сравнительная оценка между группой, имеющей генетическую предрасположенность к ЗНО и достоверные факторы риска и группой, не имеющей факторов риска и предрасположенности, что позволило объективно выделить как индивидуальные ведущие факторы, так и общие параметры для исследуемых групп.

**Результаты:** возрастная группа мужчин трудоспособного возраста составила 78% от всех респондентов мужского пола, 71% женщин были представлены респондентами в возрасте от 18 до 59 лет. Показатель ИМТ более 25 считается повышенными определяется специалистами диетологами как пред ожирение, данный показатель был у 44,9% мужчин и 36,9% женщин. Первую степень ожирения имели 9,4% мужчин и 7,4% женщин. Вторую степень ожирения имели 1,5% мужчин и 7% женщин. Зная показатели ИМТ, мы провели анализ женщин, имеющих ИМТ более 25 и генетической предрасположенностью к ЗНО. Как видно из представленных данных, из 474 респондентов – женщин увеличенный индекс массы тела имеют более 50%. Существует достоверное различие в группах респондентов с увеличенным индексом массы тела и нормальным весом при ответе на вопросы о наличии в анамнезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, которые могут увеличивать риск развития ЗНО

**Выводы:** у респондентов - женщин с увеличенным ИМТ количество положительных ответов о наличие у близких родственников ЗНО репродуктивных органов и молочных желез больше, чем в группах с нормальным ИМТ. В этой же группе в анамнезе имели мастопатию в 29, 6%, против группы с нормальным весом, где мастопатия была только у 8%. Уплотнение или втяжение соска, появление в молочных железах узлов, уплотнений, а также темные или кровянистые выделения из соска были в большей части в группе женщин с ожирением, на основании этих данных были сделаны выводы, что повышенный ИМТ, курение, употребление спиртных напитков и наличие в анамнезе родственников с ЗНО повышает риск заболеваемости злокачественными заболеваниями.

**Ключевые слова:** фактор риска, индекс массы тела, курение, ЗНО, генетическая предрасположенность, диспансеризация, анкетирование.

## **RESULTS OF A SURVEY OF RESPONDENTS TO IDENTIFY THE RELATIONSHIP BETWEEN GENETIC PREDISPOSITION, RISK FACTORS, AND MALIGNANCIES**

*Danilov V.M.<sup>1</sup>, Moshurov I. P.<sup>2</sup>, Zelenova O. V.<sup>3</sup>, Abramov S. I.<sup>3</sup>, Zelenova E. G.<sup>3</sup>, Abramov A. S.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup> *Institute of additional professional education of higher education " Voronezh state medical University named after N. N. Burdenko" Ministry of health, Voronezh*

<sup>2</sup> *BUZ VO "Voronezh regional clinical Oncology center» Voronezh*

<sup>3</sup> *Federal Research Institute for Health Organization and Informatiezecs of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation, Moscow*

<sup>4</sup> *Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow*

**Relevance.** Identification of the relationship between genetic predisposition and risk factors in the occurrence of malignant neoplasms (ZNO) is an integral part of the medical examination of the population in accordance with article 46 of the Federal law of November 21, 2011 N 323-FZ " on the basics of public health protection in the Russian Federation "(2011, N 48, article 6724; 2013, N 48, article 6165) approved the procedure for conducting medical examinations of certain groups of the adult population, which clearly defines that BMI, genetic predisposition to the occurrence of ZNO

based on family history, Smoking and alcohol abuse are an integral part of the survey, and should be recorded during the survey of citizens of the country and serve as a starting point for convincing the patient to abandon them.

The aim of the study was to conduct a survey of patients to identify the relationship between genetic predisposition, risk factors and symptoms of malignant neoplasms for early detection of ZNO, as well as to assess the coverage of dispensary follow-up and the presence of risk factors for ZNO.

**Materials and methods.** For this purpose, an original questionnaire was developed, based on the Methodological recommendations "ALGORITHMS FOR detecting CANCER IN the POPULATION of the RUSSIAN FEDERATION", published by the Ministry of health of the Russian Federation in 2009. The questionnaire consists of three blocks: socio-demographic, General health questions, and specialized questions on organs and systems. The main purpose of the survey was to get an idea of the General state of health of the respondents, to identify ZNO in the early stages using a specialized questionnaire, and to analyze the medical examination over the past 3 years. The survey involved respondents who came to outpatient treatment in the period from March 2018 to August 2018 in the outpatient network of the city of Voronezh. There were 993 respondents, including 519 men and 474 women aged 18 to 85 years. The respondents were divided into 7 age groups. The information obtained during the survey included: social status, body mass index, marital status, characteristics of puberty and sexual life, reproductive period of life (in women), past chronic and infectious diseases, concomitant diseases, etc. The questionnaire data was analyzed for socio-demographic indicators, BMI, risk factors, and genetic predisposition to the development of ZNO. Then a comparative assessment was carried out between the group with a genetic predisposition to ZNO and reliable risk factors and the group without risk factors and predisposition, which made it possible to objectively identify both individual leading factors and General parameters for the studied groups.

**Results:** the age group of working-age men was 78% of all male respondents, 71% of women were represented by respondents aged 18 to 59 years. A BMI of more than 25 is considered elevated, defined by dietitians as pre-obesity, this indicator was in 44.9% of men and 36.9% of women. 9.4% of men and 7.4% of women were obese in the first degree. 1.5% of men and 7% of women were obese. Knowing the BMI indicators, we analyzed women with a BMI of more than 25 and a genetic predisposition to ZNO. As can be seen from the presented data, out of 474 female respondents, more than 50% have an increased body mass index. There is a significant difference in the groups of respondents with an increased body mass index and normal weight when answering questions about the presence of a history of chronic inflammatory diseases of the female genital organs, which may increase the risk of developing ZNO

**Conclusions:** female respondents with an increased BMI had more positive responses about the presence of reproductive organs and mammary glands in close relatives THAN in groups with a normal BMI. In the same group, 29.6% had a history of mastopathy, compared to the normal weight group, where only 8% had mastopathy. Flattening or retraction of the nipple, the appearance of nodes in the mammary glands, seals, as well as dark or bloody discharge from the nipple were mostly in the group of obese women. based on these data, it was concluded that an increased BMI, Smoking, alcohol consumption and the presence of a history of relatives with ZNO increases the risk of malignant diseases.

**Key words:** risk factor, body mass index, Smoking, ZNO, genetic predisposition, medical examination, questionnaire.

**Актуальность.** В соответствии со статьей 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (2011, N 48, ст.

6724; 2013, N 48, ст. 6165) был утвержден порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, в котором четко определено, что ИМТ, а также его отклонения от нормы должны быть зафиксированы в ходе проведения обследования граждан страны. Кроме этого, необходимо отмечать генетическую предрасположенность к возникновению ЗНО на основе семейного анамнеза. Отметки о факте курения и злоупотребления спиртными напитками являются неотъемлемой частью обследования, и должны служить отправной точкой убеждения пациента в отказе от них.

**Цель исследования:** провести опрос респондентов, проживающих в субъекте с целью выявления взаимосвязь между генетической предрасположенностью, факторами риска и симптомами злокачественных новообразований для раннего выявления ЗНО. Оценить охват диспансерным наблюдением и наличием факторов риска развития ЗНО.

**Материалы и методы.** Для проведения опроса респондентов был разработан оригинальный опросник, основой которого стали Методические рекомендации «Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации», опубликованные МЗ РФ в 2009 году [1]. Опросник состоит из трех блоков: социально - демографический, вопросы по общему состоянию и специализированные вопросы по органам и системам. Основной целью опроса было составить представление об общем состоянии здоровья респондентов, выявление ЗНО на ранних стадиях по специализированному опроснику, а также провести анализ прохождения диспансеризации за последние 3 года.

Общий блок вопросов состоит из 17 вопросов, позволяющие сделать вывод об общем состоянии здоровья респондента и отклонения от нормы, свойственные развитию ЗНО на ранних стадиях, такие как немотивированная слабость и утомляемость, субфебрильная температура по ночам, повышенная потливость, изменения кожных покровов, снижение или потеря аппетита, наличие вредных привычек (курение и алкоголь), профессиональные вредные факторы и ранее выявленные онкологические заболевания. Анализ ответов о вредных привычках, такие как курение и алкоголь, наличие профессиональных вредных факторов и семейный анамнез по ЗНО, позволили сделать выводы и дать практические рекомендации к организации диспансеризации населения в различных возрастных группах.

В опросе приняли участие респонденты, которые приходили на амбулаторное лечение в период с марта 2018 года по август 2018 года в амбулаторно- поликлиническую сеть города Воронежа. Всего было 993 респондента, из них – 519 мужчин и 474 женщин в возрасте от 18 до 85 лет. Респонденты были разделены на 7 возрастных групп, представленных в таблице 1. Требуемый

оптимальный объем выборки респондентов рассчитывали по формуле для медико-социальных опросов, взятой с сайта <https://blog.anketolog.ru/2015/12/vyborka/>. Оптимальный размер должен составить 900 респондентов, определяемого для уровня доверительной вероятности 99,7%; доверительный интервал (допустимая ошибка выборки) - 5%, N – размер генеральной совокупности равен численности населения Воронежской области в 20017 году, которая составляла 2 335 408 человек, по данным Управления Роспотребнадзора по Воронежской области, «МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ» (по данным регионального информационного фонда социально – гигиенического мониторинга 2015- 2017 годы) [2].

Информация, полученная при анкетировании, включала: социальное положение, индекс массы тела, семейное положение, особенности половой зрелости и половой жизни, репродуктивного периода жизни (у женщин), перенесенные хронические и инфекционные заболевания, сопутствующие заболевания и т.д. Анализ анкетных данных произведен по социально-демографическим показателям, ИМТ, факторам риска и генетической предрасположенности к развитию ЗНО. Для сравнения с контрольной группой для каждого признака рассчитывался  $\chi^2$  Хи-квадрат Пирсона, с уровнем значимости 0,05. Затем проводилась сравнительная оценка между группой имеющей генетическую предрасположенность к ЗНО и достоверные факторы риска и группой, не имеющей факторов риска и предрасположенности, что позволило объективно выделить как индивидуальные ведущие факторы, так и общие параметры для исследуемых групп. Различия в величине сравниваемых показателей считались статистически достоверными при вероятности безошибочного прогноза  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Распределение респондентов по возрастным группам в зависимости от пола представлено в таблице 1. Как видно из представленных данных, возрастная группа мужчин трудоспособного возраста составила 78% от всех респондентов мужского пола, 71% женщин были представлены респондентами в возрасте от 18 до 59 лет.

По социальному положению были выделены следующие группы: 1 – Работающий; 2 - Не работающий; 3 – Пенсионер; 4 – Иждивенец; 5 – Студент. Распределение респондентов по социальному положению представлено в таблице 2.

**Таблица 1**

Распределение респондентов по возрастным группам в зависимости от пола

(в абс.числах, %)

	<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>		<i>Всего</i>	
	<i>Абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>
18-29 лет	85	16,38	86	18,14	171	17,22
30-39 лет	98	18,88	96	20,25	194	19,54
40-49 лет	80	15,41	63	13,29	143	14,40
50-59 лет	142	27,36	92	19,41	234	23,56
60-69 лет	66	12,72	81	17,09	147	14,80
70-84 лет	45	8,67	46	9,71	91	9,16
85 лет и более	3	0,58	10	2,11	13	1,31
<b>Общий итог</b>	<b>519</b>	<b>100</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>993</b>	<b>100</b>

**Таблица 2**

Распределение респондентов по социальному положению(в абс.числах, %)

	<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>		<i>Всего</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>
Работающий	294	56,65	231	48,73	525	52,87
Не работающий	79	15,22	39	8,23	118	11,88
Пенсионер	102	19,65	155	32,70	257	25,88
Иждивенец	3	0,58	5	1,05	8	0,81
Студент	41	7,90	44	9,28	85	8,56
<b>Общий итог</b>	<b>519</b>	<b>100</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>993</b>	<b>100</b>

Из всех респондентов, определили свой статус, как работающие 56% мужчин и 49% женщин, не работающие 15% мужчин и 8% женщин, пенсионеры составили 25% от всех респондентов, 8,5% были студентами и менее 1% иждивенцы.

По семейному положению респонденты распределились следующим образом (см. таб. 3).

**Таблица 3**

Распределение респондентов по семейному положению (в абс.числах, %)

	<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>		<i>Всего</i>	
	<i>Абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>Абс</i>	<i>%</i>
Женат/Замужем	359	69,17	236	49,79	595	59,92
Одинокий	160	30,83	238	50,21	398	40,08
<b>Общий итог</b>	<b>519</b>	<b>100</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>993</b>	<b>100</b>

По семейному положению 60% респондентов состоят в браке, 40% считают себя одинокими. Высшее образование имели почти 47% респондентов, среднее – 25% и средне-специальное 28% респондентов, которые приняли участие в опросе.

**Таблица 4**

Распределение респондентов по образованию (в абс.числах, %)

	<i>Мужчины</i>		<i>Женщины</i>		<i>Всего</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>абс</i>	<i>%</i>
Высшее	276	53,18	189	39,87	465	46,83
Среднее	132	25,43	118	24,89	250	25,18
Среднее специальное	111	21,39	167	35,23	278	28,00
<b>Общий итог</b>	<b>519</b>	<b>100</b>	<b>474</b>	<b>100</b>	<b>993</b>	<b>100</b>

**Факторы риска и генетическая предрасположенность респондентов.** Одним из факторов риска, который признается международными экспертами как один из самых значимых, является увеличенная масса тела человека, приводящая не только к риску развития метаболического синдрома, предиабета, диабета 2 типа, как осложнение данных процессов - смерть от сердечно - сосудистых заболеваний. Кроме всех вышперечисленных причин смерти, в настоящее время рассматривается вопрос об увеличении риска развития некоторых форм злокачественных новообразований у женщин и, в меньшей степени у мужчин. В таблице 5 представлены данные по распределению респондентов по индексу массы тела, который был рассчитан в исследовании по итогам заполненных анкет респондентов для каждого из них. Среднее значение ИМТ для мужчин составило 25,7, а для женщин 24,6, при этом данные

статистически достоверно различаются,  $p=0,005$ , поэтому мы можем сделать вывод, что в нашем исследовании мужчины были более тучными, чем женщины [3, 4, 5, 6].

**Таблица 5**

Распределение респондентов по степени ИМТ в зависимости от пола и возраста

(в абс.числах, %)

<i>Пол</i>		<i>Мужчины</i>			<i>Женщины</i>		
		<i>Среднее значение</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Среднее значение</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
ИМТ		25,7	519		24,6	474	
ИМТ	18,5-24,9		224	43,2%		218	46,0%
	25,0-29,9		233	44,9%		175	36,9%
	30-34,9		49	9,4%		35	7,4%
	35 и более		8	1,5%		13	2,7%
	до 18,5		5	1,0%		33	7,0%

По ИМТ респонденты распределились следующим образом, 1% и 7% женщин имели дефицит массы тела, когда ИМТ менее 18,5. Нормальную массу тела имели 43% мужчин и 46% женщин. Показатель ИМТ более 25 считается повышенными определяется специалистами диетологами как пред ожирение, данный показатель был у 44,9% мужчин и 36,9% женщин. Первую степень ожирения имели 9,4% мужчин и 7,4% женщин. Вторую степень ожирения имели 1,5% мужчин и 7% женщин.

Зная показатели ИМТ, мы провели анализ женщин, имеющих ИМТ более 25 и генетической предрасположенностью к ЗНО. Как видно из представленных данных, из 474 респондентов – женщин увеличенный индекс массы тела имеют более 50%. Существует достоверное различие в группах респондентов с увеличенным индексом массы тела и нормальным весом при ответе на вопросы о наличии в анамнезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, которые могут увеличивать риск развития ЗНО (см.таб.6). Под хроническими воспалительными заболеваниями подразумевались следующие патологии: эрозии, полипы, папилломы, рубцовые деформации, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, аденоматоз, дисплазия, гиперплазия, миома матки, киста яичника, хроническое воспаление придатков, крауроз вульвы.



**Таблица 6**

Зависимость ИМТ у женщин с факторами риска и генетической  
 предрасположенностью (в абс. числах)

	<i>Показатель</i>	<i>до 18,5</i>	<i>18,5-24,9</i>	<i>25-29,9</i>	<i>30-34,9</i>	<i>35 и более</i>	<i>p</i>
	Количество респондентов	N=33	N=218	N=175	N=35	N=13	
Женская репродуктивная система	В анамнезе хронические заболевания женской репродуктивной системы	12,00%	16,50%	50,90%	31,40%	53,90%	0
	Нет жалоб	75,80%	76,20%	45,10%	57,10%	46,20%	
Молочные железы	Изменение формы молочной железы	9,10%	7,30%	5,10%	20,00%	30,80%	0,013
	Появление в молочных железах узлов, уплотнений	3,00%	5,10%	6,30%	5,70%	30,80%	0,008
	У меня ранее выявляли мастопатию	6,10%	8,30%	29,10%	37,10%	15,40%	0
	Нет жалоб	69,70%	65,60%	50,30%	37,10%	38,50%	

В группе респондентов с ИМТ от 25 до 29,9 положительный ответ составил практически 51%, в группе с ИМТ 30 – 34,9 положительных ответов было 31,4%, в группе с ИМТ 35 и более положительно ответили уже 54% респондентов. Анализ групп с нормальным ИМТ показал наличие положительных ответов только в 12 % и 16,5% соответственно.

Анализ данных, представленный в таблице 7 по генетической расположенности к развитию ЗНО репродуктивных органов и молочных желез, показал следующие результаты. У респондентов - женщин с увеличенным ИМТ количество положительных ответов о наличие у близких родственников ЗНО репродуктивных органов и молочных желез больше, чем в группах с нормальным ИМТ.

**Таблица 7**

Генетическая предрасположенность развития ЗНО репродуктивных органов и  
 молочных желез (в абс. числах)

	<i>ИМТ</i>	<i>до 18,5</i>	<i>18,5-24,9</i>	<i>25-29,9</i>	<i>30-34,9</i>	<i>35 и более</i>	<i>p</i>
	Количество респондентов	N=33	N=218	N=175	N=35	N=13	
Женская репродуктивная система	У моих кровных родственников были ЗНО женских репродуктивных органов	9,10%	4,10%	22,30%	11,40%	0	0,01
Молочные железы	У моих кровных родственников были злокачественные новообразования молочной железы	3,00%	3,20%	8,60%	11,40%	7,70%	0,007

**Таблица 8**

Распределение респондентов с нормальным ИМТ и повышенным ИМТ и ответами на  
 общие вопросы состояния здоровья (в абс. числах, %)

	<i>Ожирение</i>				<i>p</i>
	<i>Нет</i>		<i>Да</i>		
	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	
Бледность кожных покровов	48	19,1%	49	22,0%	0,485
Головная боль, шум в ушах	85	33,9%	113	50,7%	0
Изменение цвета кожи, желтушность	22	8,8%	24	10,8%	0,460
Немотивированная слабость, утомляемость	59	23,5%	71	31,8%	0,042
Немотивированное повышение температуры тела без признаков инфекции	15	6,0%	25	11,2%	0,041
Носовые кровотечения	44	17,5%	29	13,0%	0,231
Одышка	67	26,7%	107	48,0%	0
Повышенная ночная потливость, зуд	31	12,4%	28	12,6%	0,940

**Таблица 9**

Анализ ответов респондентов – женщин с нормальным ИМТ и увеличенным ИМТ на вопросы по молочной железе (в абс.числах, %)

	<i>Ожирение</i>				<i>P</i>
	<i>Нет</i>		<i>Да</i>		
	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	
Болезненность молочных желез	50	19,9%	38	17,0%	0,420
Изменение формы молочной железы	19	7,6%	20	9,0%	0,580
Появление в молочных железах узлов, уплотнений	12	4,8%	17	7,6%	0,190
Темные или кровянистые выделения из соска	1	0,4%	2	0,9%	0,495
Ранее были травмы молочных желез, операции на молочной железе	7	2,8%	21	9,4%	0,002
Уплотнение или втяжение соска	8	3,2%	11	4,9%	,330
В анамнезе мастопатия	20	8,0%	66	29,6%	0
<b>У кровных родственников были ЗНО молочной железы</b>	8	3,2%	20	9,0%	<b>0,008</b>
Нет жалоб	166	66,1%	106	47,5%	0

Анализ данных, представленных в таблице 9, показал, что в группе респондентов – женщин, имеющих избыточный вес в анамнезе, имели мастопатию в 29, 6%, против группы с нормальным весом, где мастопатия была только у 8%. Уплотнение или втяжение соска, появление в молочных железах узлов, уплотнений, а также темные или кровянистые выделения из соска были в большей части в группе женщин с ожирением, однако по представленным выше вопросам достоверной разницы нет. Достоверные различия в группах с нормальным или увеличенным весом определились при ответе на вопрос о генетической предрасположенности, т.е. наличие у кровных родственников злокачественных новообразований молочных желез (3,2% vs 9,0%,  $p= 0,008$ ).

Болезненность молочных желез, свойственная больше предменструальному синдрому, в большей степени присутствовала у женщин с нормальным весом, однако достоверной разницы в группах не обнаружено (19,9% vs 17,0%,  $p=0,420$ ).

**Таблица 10**

Анализ ответов респондентов - женщин с нормальным и увеличенным весом на вопросы по женской репродуктивной системе (в абс.числах, %)

	<i>Ожирение</i>				<i>P</i>
	<i>Нет</i>		<i>Да</i>		
	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	
Выделение гнойные или любые другие из половых путей	4	1,6%	6	2,7%	0,407
Кровянистые выделения из половых путей в промежутках между менструациями	3	1,2%	0	0,0%	0,101
Неясные периодические боли внизу живота, не связанные с менструальным циклом	10	4,0%	6	2,7%	0,430
Появление на наружных половых органах болезненной кровотокающей язвы или опухоли	1	0,4%	3	1,3%	0,261
В анамнезе: эрозии, полипы, папилломы, рубцовые деформации, эндометриоз, лейкоплакия, эритроплакия, аденоматоз, дисплазию, гиперплазия, миома матки, киста яичника, хроническое воспаление придатков, крауроз вульвы	40	15,9%	107	48,0%	0
У кровных родственников были злокачественные новообразования женских репродуктивных органов	12	4,8%	43	19,3%	0

У женщин с избыточным весом было больше положительных ответов на вопросы: выделение гнойные или любые другие из половых путей (1,6% vs 2,7%,  $p=0,407$ ), появление на наружных половых органах болезненной кровотокающей язвы или опухоли (0,4% vs 1,3%,  $p=0,261$ ), достоверных различий между группами не обнаружено.

Достоверные различия между группами определились в части ответов на наличие хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, 15,9% в группе с нормальным весом и 48,0% с увеличенным весом тела. Генетическая предрасположенность,

т.е. наличие у кровных родственников ЗНО женских половых органов была достоверно больше в группе с повышенным ИМТ, против группы с нормальным ИМТ (4,8% vs 19,3%) (см. таб. 10).

**Таблица 11**

Анализ ответов респондентов - женщин с нормальным и увеличенным ИМТ на вопросы общей части состояния здоровья (в абс.числах, %)

	<i>Ожирение</i>				<i>P</i>
	<i>Нет</i>		<i>Да</i>		
	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	<i>N</i>	<i>% по столбцу</i>	
Беспричинное снижение массы тела	20	8,0%	23	10,3%	0,370
Приливы (внезапные ощущения жара в области лица, шеи, груди)	33	13,1%	25	11,2%	0,520
Снижение или потеря аппетита	37	14,7%	17	7,6%	0,032
Увеличение лимфатических узлов	13	5,2%	23	10,3%	0,035
ЗНО в анамнезе	5	2,0%	20	9,0%	0,001
Нет жалоб	63	25,1%	17	7,6%	0,

У респондентов – женщин с избыточным весом достоверно в большем количестве случаев присутствовали увеличенные лимфатические узлы (5,2% vs 10,3%,  $p=0,035$ ) и злокачественные новообразования в анамнезе самой женщины (2,0% vs 9,0%,  $p= 0,001$ ). В группе с нормальным весом достоверно больше было женщин со снижением или потерей аппетита (14,7% vs 7,6%,  $p=0,032$ ). Отсутствие жалоб было достоверно больше в группе с нормальным весом (см. таб. 11).

**Курение и риск возникновение ЗНО.** Курение активное или пассивное давно доказало свое губительное воздействие на возникновение различных хронических заболеваний бронхо-легочной системы, самостоятельно приводящих к их озлокачествлению, так и развитие опухолей гортани, бронхов и легких непосредственно как предрасполагающего фактора развития ЗНО этих органов.

**Таблица 12**

Анализ курящих мужчин по наличию факторов риска возникновения рака легкого, гортани и щитовидной железы (в абс.числах, %)

	<i>Положительных</i>	<i>%</i>	<i>p</i>
Стойкий мучительный кашель, сухой или с мокротой продолжительностью более 3-х недель	15	5,4%	0,09
Боли в грудной клетке	22	7,9%	0,11
Затруднение дыхания	59	21,3%	0,05
Одышка, слабость	99	35,7%	0,039
Повторяющееся или однократное кровохарканье (кровь)	4	1,4%	0,84
В анамнезе хронический бронхит, пневмонию, бронхоэктатическую болезнь, бронхиальную астму	42	15,2%	0,024
У кровных родственников были злокачественные новообразования легких	10	3,6%	0,29
Нет жалоб по легким	130	46,9%	0,002
Опухолевидное образование на слизистой оболочке полости рта, губе или языке, наблюдаемое длительное время	1	0,4%	0,349
Длительно незаживающая малоблезненная язва на слизистой оболочке полости рта, губы или языке	5	1,8%	0,335
Не проходящая боль в полости рта	11	4,0%	0,11
Припухлость, утолщение языка	8	2,9%	0,031
Затруднение жевания, движения челюстью, языком	7	2,5%	0,287
В анамнезе: папиллома, лейкоплакия, кератоакантома, фиброма, гиперкератоз, хронический гайморит, тонзиллит, фарингит.	15	5,4%	0,09
У кровных родственников были ЗНО губы, языка, полости рта и глотки	3	1,1%	0,868
Нет жалоб по ротоглотке	237	85,6%	0,012
Неприятные ощущения, затруднение глотания или боль при глотании	22	7,9%	0,82
У кровных родственников были ЗНО щитовидной железы	10	3,6%	0,16
Нет жалоб по щитовидной железе	194	70,0%	0,011
Не проходящая боль в ухе	5	1,8%	0,41
Ощущение присутствия инородного тела в полости рта и шеи	5	1,8%	0,036
Увеличение лимфатических узлов на шее	20	7,2%	0,5
Уплотнение или появление узлов в щитовидной железе	6	2,2%	0,084
Чувство давления в области шеи, охриплость	30	10,8%	0,04

Анализ данных, представленный в таблице 12, показал, что курящие мужчины более подвержены риску развития рака легкого, бронхов и гортани, чем не курящие. У 35% курящих мужчин достоверно больше возникала одышка и слабость, 15% имели в анамнезе бронхо - легочную патологию. Присутствие инородного тела в полости рта и шеи отметили 1,8% курящих мужчин - респондентов, чувство давления в области шеи и охриплость 10,8%, припухлость и утолщение языка отметили 2,9%. Наличие положительных ответов на представленные вопросы косвенно показывают наличие у респондентов уже имеющегося злокачественного новообразования, и они должны незамедлительно быть направлены к специалисту - онкологу для дальнейшего обследования. Группа курящих мужчин- респондентов показала достоверные отличия от группы не курящих мужчин по следующим вопросам: чувство давления в области шеи, охриплость (10,8%,  $p=0,04$ ), уплотнение или появление узлов в щитовидной железе (2,2%,  $p=0,084$ ), ощущение присутствия инородного тела в полости рта и шеи (1,8%,  $p=0,036$ ), припухлость, утолщение языка (82,9%,  $p=0,031$ ), наличие в анамнезе хронических заболеваний бронхов и легких (15,2%,  $p=0,024$ ), а так же имели одышку и слабость (35,7%,  $p=0,039$ ).

При этом достоверной разницы по наличию у кровных родственников злокачественных новообразований бронхов, легких, глотки, трахеи или щитовидной железы в группах курящих и некурящих мужчин не выявлено. Таким образом, наши результаты нашего опроса совпали с данными международных и российских исследователей по признанию курения как фактора риска развития хронических заболеваний бронхо – легочной системы и риска развития ЗНО бронхов, глотки и легких.

**Таблица 13**

Анализ положительных ответов в группе курящих женщин - респондентов по факторам риска возникновения рака легкого, гортани и щитовидной железы (в абс. числах, %)

	<i>Количество положительных ответов</i>	<i>%</i>	<i>P</i>
Стойкий мучительный кашель, сухой или с мокротой продолжительностью более 3-х недель	8	5,2%	0,006
Нет жалоб	93	60,8%	0,018
Увеличение лимфатических узлов на шее	7	4,6%	0,006
В анамнезе хронический ларингит, папиллому, фиброму, лейкоплакию	17	11,1%	0,046

Анализ группы курящих женщин показал, что у них достоверно отличались ответы на вопросы о стойком мучительном кашле с мокротой более 3-х недель ( $p=0,006$ ), увеличенные лимфатические узлы ( $p=0,006$ ) и хронические заболевания бронхолегочной системы ( $p=0,046$ ). Данные ответы могут косвенно свидетельствовать о наличии у респондентов злокачественной опухоли бронхов или легких, и они должны быть незамедлительно отправлены к специалисту - онкологу для дальнейшей диагностики (см. таб.13).

**Диспансеризация и раннее выявление ЗНО.** Обратить внимание респондентов на проблемы ЗНО, заболеваний ССС и необходимости ведению здорового образа жизни, может врач, который проводит диспансеризацию, при условии, что респондент пришел на нее добровольно и осознанно.

Диспансеризация, по замыслу ее создателей еще в СССР, была создана как программа динамического наблюдения за состоянием здоровья населения страны, сейчас является основой для раннего выявления опасных и серьезных заболеваний на ранних стадиях. В нашем опросе мы сознательно включили вопрос о прохождении диспансеризации, т.к. только раннее выявление ЗНО может гарантировать государству, что вложенные деньги в данное направление, дадут максимально эффективную отдачу.

**Таблица 14**

Распределение респондентов по факту прохождения диспансеризации (в абс.числах, %)

<i>Возраст</i>	<i>Диспансер. Да</i>		<i>Диспансер. Нет</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>Абс</i>	<i>%</i>
18-29	26	8,87%	145	20,71%
30-39	51	17,41%	143	20,43%
40-49	45	15,36%	98	14,00%
50-59	85	29,01%	149	21,29%
60-69	50	17,06%	97	13,86%
70-84	29	9,90%	62	8,86%
85 и более	7	2,39%	6	0,86%
Всего	293	29,51	700	70,49

Как видно из представленных данных, только 1/3 респондентов проходили диспансеризацию за последние 3 года, что должно насторожить лиц, принимающих решения и организаторов здравоохранения. Из 293 респондентов 29,35% составили лица пожилого и старческого возраста, 70% - трудоспособного возраста. С одной стороны – это хорошо, что



граждане страны трудоспособного возраста все же прошли диспансеризацию, однако, учитывая особенности распространенности и заболеваемости ЗНО, а именно пик заболеваемости приходится на возрастную группу 65 и старше, мы видим, что очень незначительное число респондентов из этих групп прошли полноценную диспансеризацию.

70% респондентов вообще не проходили диспансеризацию, 76,43% из них – люди трудоспособного возраста, когда необходимо особенно активно убеждать и поддерживать их здоровый образ жизни и выявлять факторы риска повышенного артериального давления, предрасположенности к сахарному диабету и наследственным формам рака (см. таб. 14).

**Таблица 15**

Распределение респондентов - мужчин по возрастным группам по фактору прохождения диспансеризации (в абс. числах, %)

<i>Возраст</i>	<i>Диспансеризация Да</i>		<i>Диспансеризация Нет</i>	
	<i>абс</i>	<i>%</i>	<i>Абс</i>	<i>%</i>
18-29	9	7,26	76	19,24
30-39	21	16,94	77	19,49
40-49	19	15,32	61	15,44
50-59	43	34,68	99	25,06
60-69	17	13,71	49	12,41
70-84	13	10,48	32	8,10
85 и более	2	1,61	1	0,25
Всего	124	23,89	395	76,11

Как видно из представленных данных, 76% мужчин – респондентов, участвующих в опросе НЕ проходили диспансеризацию в последние 3 года, распределение по возрастным группам представлено в таблице 4.15. Из 395 человек не проходивших диспансеризацию 79,23% были мужчины трудоспособного возраста. Из лиц, прошедших диспансеризацию 74,2%, составили лица трудоспособного возраста, остальные – пожилого и старческого.

В таблице 16 представлены данные по прохождению диспансеризации женщинами, участвующие в опросе. 68% респондентов, которые прошли диспансеризацию, составили лица трудоспособного возраста, остальные женщины старших возрастных групп.

**Таблица 16**

Распределение респондентов женщин по возрастным группам по фактору  
 прохождения диспансеризации (в абс.числах, %)

Возраст	Диспансер. Да		Диспансер. Нет	
	абс	%	Абс	%
18-29	17	10,06	69	22,62
30-39	30	17,75	66	21,64
40-49	26	15,38	37	12,13
50-59	42	24,85	50	16,39
60-69	33	19,53	48	15,74
70-84	16	9,47	30	9,84
85 и более	5	2,96	5	1,64
Всего	169	35,65	305	64,35

**Таблица 17**

Анализ фактора генетической предрасположенности возникновения ЗНО у респондентов -  
 мужчин, проходивших и не проходивших диспансеризацию за последние 3 года  
 (в абс.числах, %)

	Да	%	Нет	%	P
У кровных родственников были злокачественные новообразования желудка	11	8,9%	8	2,0%	0
У кровных родственников были злокачественные новообразования кишечника	4	3,2%	2	0,5%	0,013
У кровных родственников были злокачественные новообразования легких	7	5,6%	8	2,0%	0,036
У кровных родственников были злокачественные новообразования почки, мочевого пузыря	7	5,6%	6	1,5%	0,01
У кровных родственников были злокачественные новообразования печени, поджелудочной железы	10	8,1%	10	2,5%	0,005

В таблице 17 приведен анализ генетической предрасположенности у респондентов - мужчин, которые проходили или нет диспансеризацию, как видно из представленных данных, достоверно больше респондентов, имевших кровных родственников с новообразованиями кишечника ( $p=0,013$ ), новообразования легких ( $p=0,036$ ), новообразования почки и мочевого пузыря ( $p=0,01$ ), злокачественные новообразования печени и поджелудочной железы ( $p=0,005$ ) было среди респондентов, которые проходили диспансеризацию.

**Таблица 18**

Анализ факторов риска возникновения ЗНО у мужчин – респондентов в зависимости от прохождения диспансеризации за последние 3 года (в абс. числах, %)

	<i>Да</i>		<i>Нет</i>		<i>P</i>
	<i>положительных</i>	<i>%</i>	<i>положительных</i>	<i>%</i>	
Длительное ощущение тяжести после приема пищи	20	16,1%	105	26,6%	0,018
Боли в спине, не проходящие после приема обезболивающих	21	16,9%	34	8,6%	0,009
Неподвижное твердое опухолевидное образование на кости	2	1,6%	0	0,0%	0,011
Стойкий мучительный кашель, сухой или с мокротой продолжительностью более 3-х недель	9	7,3%	12	3,0%	0,037
Чувство давления в области шеи, охриплость	9	7,3%	12	3,0%	0,037

Анализ факторов риска, к сожалению, показал, что среди респондентов - мужчин, которые не проходили диспансеризацию, факторы риска, такие как длительное ощущение тяжести после приема пищи у 105 респондентов (26,6%,  $p=0,018$ ) и боли в спине не проходящие после приема обезболивающих у 34 (8,6%,  $p=0,009$ ) были достоверно больше именно в этой группе. Среди мужчин - респондентов, которые прошли диспансеризацию, достоверно больше было выявлено респондентов со стойким мучительным кашлем, сухой или с мокротой продолжительностью более 3-х недель (7,3%,  $p=0,037$ ) и с чувством давления в области шеи, охриплостью (7,3%,  $p=0,037$ ). Эти респонденты были оперативно направлены на дальнейшее обследование к специалисту - онкологу.

**Таблица 19**

Анализ факта диспансеризации у респондентов - женщин, имеющих факторы риска развития  
 ЗНО (в абс.числах, %)

	<i>Да</i>		<i>Нет</i>		<i>P</i>
	<i>положительных</i>	<i>%</i>	<i>положительных</i>	<i>%</i>	
Длительное ощущение тяжести после приема пищи	37	21,9%	101	33,1%	0,01
В анамнезе хронический гастрит, полипы, язвенная болезнь желудка	50	29,6%	61	20,0%	0,018
Хронические воспалительные заболевания женских половых органов	89	52,7%	58	19,0%	0,007
Расстройства стула – длительный запор или диарея	12	7,1%	40	13,1%	0,045
Изменение формы и цвета давно существующей родинки	4	2,4%	20	6,6%	0,046
Боли в костях, конечностях, ребрах	28	16,6%	76	24,9%	0,035
Уплотнение или втяжение соска	11	6,5%	8	2,6%	0,039
В анамнезе мастопатия	59	34,9%	27	8,9%	0
Снижение восприятия и памяти, ослабление внимания	42	24,9%	51	16,7%	0,033
В анамнезе киста головного мозга	5	3,0%	2	,7%	0,046
В анамнезе хронический панкреатит, сахарный диабет, киста поджелудочной железы, вирусный гепатит, цирроз печени	37	21,9%	39	12,8%	0,01
Увеличение лимфатических узлов на шее	8	4,7%	40	13,1%	0,004

Анализ данных (см. таб. 19) по респондентам – женщинам, не проходившим диспансеризацию за последние 3 года показал, что у них выявлено достоверно больше следующих факторов риска: увеличение лимфатических узлов на шее у 40 респондентов (13,1%,  $p=0,004$ ), снижение восприятия и памяти и ослабление внимания у 51 респондента (16,7%,  $p=0,033$ ), боли в костях, конечностях и ребрах у 76 респондентов (24,9%,  $p=0,035$ ), изменение формы и цвета давно существующей родинки у 20 респондентов (6,6%,  $p=0,046$ ), расстройства стула – длительный запор или диарея у 40 (13,1%,  $p=0,045$ ), длительное

ощущение тяжести после приема пищи у 101 респондента (33,1%,  $p=0,01$ ). У 39 респондентов в анамнезе были хронический панкреатит, сахарный диабет, киста поджелудочной железы, вирусный гепатит, цирроз печени (12,8%,  $p=0,01$ ).

У респондентов – женщин, которые проходили диспансеризацию, достоверно больше выявлено в анамнезе хронический гастрит, полипы, ил язвенная болезнь желудка у 50 респондентов (29,6%,  $p=0,018$ ), хронические воспалительные заболевания женских половых органов у 89 респондентов (52,7%,  $p=0,007$ ), мастопатия у 59 респондентов (34,9%,  $p=0,056$ ), киста головного мозга у 5 респондентов (3,0%,  $p=0,046$ ). В 11 случаях выявлено уплощение или втяжение соска (6,5%,  $p=0,039$ ), что может косвенно свидетельствовать о наличие распространённой стадии рака молочной железы.

**Таблица 20**

Анализ факта диспансеризации у респондентов - женщин, имеющих генетическую предрасположенность развития ЗНО (в абс.числах, %)

	<i>Да</i>		<i>Нет</i>		<i>P</i>
	<i>положительных</i>	<i>%</i>	<i>положительных</i>	<i>%</i>	
У кровных родственников были ЗНО желудка	7	4,1%	3	1,0%	0,022
У кровных родственников были ЗНО женских репродуктивных органов	42	24,9%	13	4,3%	0
У кровных родственников были ЗНО кишечника	9	5,3%	1	,3%	0
У кровных родственников были ЗНО молочной железы	20	11,8%	8	2,6%	0
У кровных родственников были ЗНО головного мозга	6	3,6%	1	,3%	0,005
У кровных родственников были ЗНО губы, языка, полости рта и глотки	5	3,0%	2	,7%	0,046
У кровных родственников были ЗНО щитовидной железы	11	6,5%	8	2,6%	0,039
У кровных родственников были ЗНО гортани	7	4,1%	3	1,0%	0,022

Женщины – респонденты, проходившие диспансеризацию достоверно в большем количестве случаев имели семейный анамнез по злокачественным заболеваниям, таким как

рак желудка (4,1%,  $p=0,022$ ), ЗНО женских репродуктивных органов (24,9%,  $p=0,056$ ), ЗНО кишечника (5,3%,  $p=0,034$ ), рак молочной железы (11,8%,  $p=0,054$ ), ЗНО головного мозга (3,6%,  $p=0,005$ ), ЗНО губы, языка, полости рта и глотки (3,0%,  $p=0,046$ ), ЗНО щитовидной железы (6,5%,  $p=0,039$ ), ЗНО гортани (4,1%,  $p=0,022$ ) (см. таб. 20).

**Таблица 21**

Распределение респондентов женщин с повышенным ИМТ в зависимости от прохождения диспансеризации за последние 3 года (в абс.числах, %)

ИМТ	Диспансеризация Да		Диспансеризация Нет	
	Абс	%	Абс	%
25-30	86	81,90	89	75,42
30-35	13	12,38	22	18,64
35-40	3	2,86	5	4,24
40 и более	3	2,86	2	1,69
Всего	105	22,15	118	24,89

Одним из наиболее значимых факторов риска развития ССЗ и ЗНО является избыточный вес. В таблице 4.21 представлен анализ респондентов – женщин 47% ( $n=223$ ), которые имели повышенный индекс массы тела в диапазоне от 25 и выше. Из них 105 респондентов проходили диспансеризацию за последние 3 года, а 118 не проходили. Распределение респондентов внутри подгрупп, по степени выраженности ожирения, было приблизительно одинаковым, большую часть в обеих группах (81,9% vs 75%) составляли женщины с первой степенью ожирения, по 12,38% и 18,64% соответственно, имели вторую степень ожирения, наиболее тяжелую степень ожирения, увеличение ИМТ в диапазоне от 35 до 40, имели 3 женщины в первой группе (прошедшие диспансеризацию) и 5 женщин во второй группе (не проходившие диспансеризацию), наивысшую степень ожирения имели 3 женщины в первой группе и 2 во второй. ¼ женщин, имеющих различные степени ожирения, и не отправленные ни одним врачом на диспансеризацию – это плохой результат, и заставляет сделать вывод о недостаточной работе по информированности врачей первичной медико-санитарной помощи о значимости факторов риска в развитии ЗНО и ССЗ.

**Таблица 22**

Распределение респондентов мужчин с повышенным ИМТ в зависимости от прохождения диспансеризации за последние 3 года (в абс.числах, %)

<i>ИМТ</i>	<i>Диспансер. Да</i>		<i>Диспансер. Нет</i>	
	<i>Абс</i>	<i>%</i>	<i>Абс</i>	<i>%</i>
25-30	66	74,16	166	83,00
30-35	19	21,35	30	15,00
35-40	4	4,49	4	2,00
40 и более	0	0,00	0	0,00
Всего	89	17,15	200	38,54

Женщины – респонденты в нашем исследовании суммарно имели меньший риск по ИМТ, чем мужчины, поэтому мы провели подобный анализ и для мужчин. В таблице 22 представлен анализ респондентов мужчин, прошедших и не прошедших диспансеризацию. Количество мужчин, имеющих увеличенную массу тела, было 289 человек, что составило 56 % от общего их числа респондентов - мужчин, участвующих в опросе. Только 89 из них прошли диспансеризацию за последние 3 года, 200 человек – не проходили диспансеризацию. По сравнению с респондентами – женщинами, количество респондентов – мужчин, имеющих увеличенную массу тела больше на 29%. Учитывая, что продолжительность жизни мужчин в нашей стране меньше, чем женщин, данный факт должен быть особенно неприятным для лиц, принимающих решения и организаторов здравоохранения, особенно в свете последних решений правительства РФ по реализации программ, направленных на увеличение общей продолжительность жизни пожилых людей.

**Выводы.** Основными выводами, которые можно сделать на основе проведенного нами опроса являются: показатель ИМТ более 25 считается повышенным и определяется специалистами диетологами как пред ожирение, данный показатель был у 44,9% мужчин и 36,9% женщин. Первую степень ожирения имели 9,4% мужчин и 7,4% женщин. Вторую степень ожирения имели 1,5% мужчин и 7% женщин. Существует достоверное различие в группах респондентов – женщин с увеличенным индексом массы тела и нормальным весом при ответе на вопросы о наличии в анамнезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, которые могут увеличивать риск развития ЗНО. У респондентов - женщин с увеличенным ИМТ количество положительных ответов о наличие у близких родственников ЗНО репродуктивных органов и молочных желез больше, чем в группах с нормальным ИМТ. В этой же группе в анамнезе имели мастопатию в 29, 6%, против группы с

нормальным весом, где мастопатия была только у 8%. Уплотнение или втяжение соска, появление в молочных железах узлов, уплотнений, а также темные или кровянистые выделения из соска были в большей части в группе женщин с ожирением, однако по представленным выше вопросам достоверной разницы нет. Достоверные различия в группах с нормальным или увеличенным весом определились при ответе на вопрос о генетической предрасположенности, т.е. наличие у кровных родственников злокачественных новообразований молочных желез (3,2% vs 9,0%,  $p=0,008$ ). Достоверные различия между группами определились в части ответов на наличие хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, 15,9% в группе с нормальным весом и 48,0% с увеличенным весом тела. Генетическая предрасположенность, т.е. наличие у кровных родственников ЗНО женских половых органов была достоверно больше в группе с повышенным ИМТ, против группы с нормальным ИМТ (4,8% vs 19,3%).

Рак бронхолегочной системы занимает лидирующее 1 место по распространенности у мужчин, одно из лидирующих и у женщин, что связывают не только с экологическими факторами проживания в крупных городах, но и с курением. По данным нашего исследования, курящие мужчины более подвержены риску развития рака легкого, бронхов и гортани, чем не курящие. У 35% курящих мужчин достоверно больше возникала одышка и слабость, 15% имели в анамнезе бронхо - легочную патологию. Присутствие инородного тела в полости рта и шеи отметили 1,8% курящих мужчин - респондентов, чувство давления в области шеи и охриплость 10,8%, припухлость и утолщение языка отметили 2,9%. Наличие положительных ответов на представленные вопросы косвенно показывают наличие у респондентов уже имеющегося злокачественного новообразования, и они должны незамедлительно быть направлены к специалисту - онкологу для дальнейшего обследования. Группа курящих мужчин - респондентов показала достоверные отличия от группы не курящих мужчин по следующим вопросам: чувство давления в области шеи, охриплость (10,8%,  $p=0,04$ ), уплотнение или появление узлов в щитовидной железе (2,2%,  $p=0,084$ ), ощущение присутствия инородного тела в полости рта и шеи (1,8%,  $p=0,036$ ), припухлость, утолщение языка (82,9%,  $p=0,031$ ), наличие в анамнезе хронических заболеваний бронхов и легких (15,2%,  $p=0,024$ ), а так же имели одышку и слабость (35,7%,  $p=0,039$ ).

Анализ группы курящих женщин показал, что у них достоверно отличались ответы на вопросы о стойком мучительном кашле с мокротой более 3-х недель ( $p=0,006$ ), увеличенные лимфатические узлы ( $p=0,006$ ) и хронические заболевания бронхолегочной системы ( $p=0,046$ ).



Данные ответы могут косвенно свидетельствовать о наличии у респондентов злокачественной опухоли бронхов или легких, и они должны быть незамедлительно отправлены к специалисту - онкологу для дальнейшей диагностики.

Обратить внимание респондентов на проблемы ЗНО, заболеваний ССС и необходимости ведению здорового образа жизни, может врач, который проводит диспансеризацию, при условии, что респондент пришел на нее добровольно и осознанно. По данным нашего опроса мы получили следующие результаты: только 1/3 респондентов проходили диспансеризацию за последние 3 года, что должно насторожить лиц, принимающих решения и организаторов здравоохранения. Из 293 респондентов 29,35% составили лица пожилого и старческого возраста, 70% - трудоспособного возраста, 70% респондентов вообще не проходили диспансеризацию, 76,43% из них – люди трудоспособного возраста. Положительным фактом стал результат, что среди мужчин, прошедших диспансеризацию, достоверно больше респондентов, имевших кровных родственников с новообразованиями кишечника ( $p=0,013$ ), новообразованиями легких ( $p=0,036$ ), новообразованиями почки и мочевого пузыря ( $p=0,01$ ), злокачественные новообразования печени и поджелудочной железы ( $p=0,005$ ), что означает для системы, что они взяты под контроль. В этой же группе достоверно больше было выявлено респондентов со стойким мучительным кашлем, сухой или с мокротой продолжительностью более 3-х недель (7,3%,  $p=0,037$ ) и с чувством давления в области шеи, охриплостью (7,3%,  $p=0,037$ ). Эти респонденты были оперативно направлены на дальнейшее обследование к специалисту - онкологу. Среди респондентов - мужчин, которые не проходили диспансеризацию, факторы риска, такие как длительное ощущение тяжести после приема пищи (26,6%,  $p=0,018$ ) и боли в спине, не проходящие после приема обезболивающих (8,6%,  $p=0,009$ ) были достоверно больше.

Анализ данных по респондентам – женщинам, не проходившим диспансеризацию за последние 3 года показал, что у них выявлено достоверно больше следующих факторов риска: увеличение лимфатических узлов на шее (13,1%,  $p=0,004$ ), снижение восприятия и памяти и ослабление внимания (16,7%,  $p=0,033$ ), боли в костях, конечностях и ребрах (24,9%,  $p=0,035$ ), изменение формы и цвета давно существующей родинки (6,6%,  $p=0,046$ ), расстройства стула – длительный запор или диарея (13,1%,  $p=0,045$ ), длительное ощущение тяжести после приема пищи (33,1%,  $p=0,01$ ). У 39 респондентов в анамнезе были хронический панкреатит, сахарный диабет, киста поджелудочной железы, вирусный гепатит, цирроз печени (12,8%,  $p=0,01$ ), которые являются предраковыми заболеваниями и требуют динамического наблюдения.

Женщины – респонденты, проходившие диспансеризацию достоверно в большем количестве случаев имели семейный анамнез по злокачественным заболеваниям, таким как рак желудка (4,1%,  $p=0,022$ ), ЗНО женских репродуктивных органов (24,9%,  $p=0,056$ ), ЗНО кишечника (5,3%,  $p=0,034$ ), рак молочной железы (11,8%,  $p=0,054$ ), ЗНО головного мозга (3,6%,  $p=0,005$ ), ЗНО губы, языка, полости рта и глотки (3,0%,  $p=0,046$ ), ЗНО щитовидной железы (6,5%,  $p=0,039$ ), ЗНО гортани (4,1%,  $p=0,022$ ), что в данном случае является положительным результатом, т.к. эти респонденты уже находятся под постоянным контролем врачей-специалистов. В этой же группе 47% ( $n=223$ ) имели повышенный индекс массы тела в диапазоне от 25 и выше. Из них 105 респондентов проходили диспансеризацию за последние 3 года, а 118 не проходили. По нашим данным,  $\frac{1}{4}$  женщин, имели различные степени ожирения, и не отправленные ни одним врачом на диспансеризацию, что заставляет сделать вывод о недостаточной работе по информированности врачей первичной медико-санитарной помощи о значимости факторов риска в развитии ЗНО и ССЗ. Женщины – респонденты в нашем исследовании суммарно имели меньший риск по ИМТ, чем мужчины, что стало достаточно неожиданным. По сравнению с респондентами – женщинами, количество респондентов – мужчин, имеющих увеличенную массу тела больше на 29%. Количество мужчин, имеющих увеличенную массу тела, было 289 человек, что составило 56% от общего их числа респондентов - мужчин, участвующих в опросе, только 89 из них прошли диспансеризацию за последние 3 года, 200 человек – не проходили диспансеризацию.

На основании полученных нами результатов необходимо рекомендовать службе главного внештатного специалиста по онкологии и министерству здравоохранения разработать программу по информированию населения о факторах риска развития ЗНО, такие как повышенная масса тела, курение и употребление спиртных напитков.

### Список литературы

1. Алгоритмы выявления онкологических заболеваний у населения Российской Федерации. Методические рекомендации для организаторов здравоохранения, врачей первичного звена, врачей-специалистов: М. 2009. 38с.

2. Справочно - аналитический материал «Медико – демографические показатели» по данным регионального информационного фонда социально – гигиенического мониторинга за 2015 – 2017 годы. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и

благополучия человека, Управление Роспотребнадзора по воронежской области. Воронеж, 2018:9

3. Трошина Е.А. Влияние избыточной массы тела и ожирения на факторы риска развития рака молочной железы у женщин в постменопаузе. Е.А. Трошина, П.О. Румянцев, М.В. Алташина, А.А. Плохая. Ожирение и метаболизм. 2012;3;3-10

4. Семиглазов В.Ф. Факторы риска ЗНО молочной железы. В.Ф. Семиглазов, В.М. Моисеенко, Р. С. Харикова. Вопросы онкологии. 1992;1(38):38–45

5. Полторацкий А.Н., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Рыжак Г.А., Чаплыгина М.А., Люцко В.В. Терапия рака легкого в пожилом и старческом возрасте и проблемы лечения сопутствующей соматической патологии. Фундаментальные исследования. 2012;8-2:392-395

6. Новик В.И. Эпидемиология ЗНО шейки матки, факторы риска, скрининг. Практическая онкогинекология: избранные лекции. Под ред. Урманчевой А.Ф., Тюляндина С.А., Моисеенко В.М. СПб: Центр ТОММ, 2008. 400 с.

### References

1. Algoritmy vyyavleniya onkologicheskikh zabolevanij u naseleniya Rossijskoj Federacii. Metodicheskie rekomendacii dlya organizatorov zdavoohraneniya, vrachej pervichnogo zvena, vrachej-specialistov: [Algorithms for detecting cancer in the population of the Russian Federation. Methodological recommendations for health care organizers, primary care doctors, and specialist doctors] М. 2009:38s. (in Russian)

2. Spravochno - analiticheskij material «Mediko – demograficheskie pokazateli» po dannym regional'nogo informacionnogo fonda social'no – higienicheskogo monitoringa za 2015 – 2017 gody. Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelej i blagopoluchiya cheloveka, Upravlenie Rospotrebnadzora po voronezhskoj oblasti. [Reference and analytical material "Medical and demographic indicators" according to the regional information Fund for social and hygienic monitoring for 2015-2017. Federal service for supervision of consumer rights protection and human welfare, Department of Rospotrebnadzor for the Voronezh region.]Voronezh, 2018:9 (in Russian)

3. Troshina E.A. Vliyanie izbytochnoj massy tela i ozhireniya na faktory riska razvitiya raka molochnoj zhelezy u zhenshchin v postmenopauze. [Influence of overweight and obesity on risk factors for breast cancer in postmenopausal women.] E.A. Troshina, P.O. Romyancev, M.V. Altashina, A.A. Plohaya. Ozhirenie i metabolizm. [Obesity and metabolism] 2012;3:3-10 (in Russian)

4. Semiglazov V.F. Faktory riska ZNO molochnoj zhelezy. [Risk Factors for breast cancer] V.F. Semiglazov, V.M. Moiseenko, R. S. Harikova. Voprosy onkologii. [Questions of Oncology] 1992;1(38):38–45 (in Russian)

5. Poltoraczkiy A.N., Proshhaev K.I., П`niczkij A.N., Ry`zhak G.A., Chaply`gina M.A., Lyuczko V.V. Terapiya raka legkogo v pozhilom i starcheskom vozraste i problemy` lecheniya soputstvuyushhej somaticheskoy patologii [Therapy of lung cancer in the elderly and senile age and problems of treatment of concomitant somatic pathology]. Fundamental`ny`e issledovaniya [Fundamental study]. 2012;8-2:392-395 (in Russian)

6. Novik V.I. Epidemiologiya ZNO shejki matki, faktory riska, skringing. Prakticheskaya onkoginekologiya: izbrannye lekci. Pod red. Urmancheevoy A.F., [Epidemiology of cervical cancer, risk factors, screening. Practical oncogynecology: selected lectures. Ed. Urmancheeva A. F] Tyulyandina S.A., Moiseenko V.M. SPb: Centr TOMM, 2008:400 s. (in Russian)

**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 авторах

**Данилов Валерий Михайлович**- аспирант кафедры онкологии и специализированных хирургических дисциплин, Институт дополнительного профессионального образования ФГБОУ высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, 394036, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10

**Мошуров Иван Петрович**- доктор медицинских наук, врач высшей категории, главный врач БУЗ ВО ВОКОД, Главный внештатный специалист-онколог департамента здравоохранения Воронежской области. 394036, г. Воронеж, ул. Вайцеховского, д.4.

ORCID: 0000-0003-1333-5638

**Зеленова Ольга Владимировна** - доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-экономической оценки медицинских технологий здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, д. 11,

e-mail: zelenova@mednet.ru, ORCID: 0000-0002-9297-275X

**Абрамов Сергей Иванович** -главный специалист отделения медицинской статистики, ФГБУ «Центральный Научно – исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.,

e-mail: abramov@mrdnet.ru, SPIN-код: 5970-2794, ORCID: 0000-0002-4352-7633

**Белякова Наталия Викторовна** - научный сотрудник отделения клинико-экономической оценки медицинских технологий здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-

исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

**Абрамов Антон Сергеевич** - студент 5-го курса лечебного факультета ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1

#### **Information about authors**

**Danilov Valeriy Mikhailovich** - graduate of the Department of Oncology and specialty surgical disciplines, Institute of additional professional education of FEDERAL state educational of higher education "Voronezh state medical University named after N. N. Burdenko" Ministry of health of Russian Federation, 394036, Voronezh, Studencheskaya str., 10

**Moshuriv Ivan Petrovich** - Doctor of medical Sciences, doctor of highest category, chief physician of BUZ IN BOKOD, Chief non-staff oncologist of the Department of health of the Voronezh region. 394036, Voronezh, street of Vaytsehovskaya. 4. ORCID: 0000-0003-1333-5638

**Zelenova Olga Vladimirovna** - MD, PhD, Head of Health Technology Assessment Department Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Russia, Moscow, Dobrolubova str, 11, 127254, e-mail: zelenova@mednet.ru; ORCID 0000-0002-9297-275X

Abramov Sergey Ivanovich - Chief specialist of the Department of medical statistics, Central Research Institute of healthcare organization and Informatization, Ministry of health of the Russian Federation, 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia, E-mail: abramov@mrdnet.ru, SPIN code: 5970-2794, ORCID: 0000-0002-4352-7633

**Belaykova Natalia Victorovna** - research associate of the Department of clinical and economic assessment of medical health technologies of the Federal state budgetary institution "Central research Institute of health organization and Informatization". 11 Dobrolyubova str., Moscow, 127254, Russia.

**Abramov Anton Sergeevich** - 5th year student of the medical faculty of the Pirogov Russian national research medical University, 1 Ostrovityanova str., Moscow, 117997

Статья получена: 02.09.2020 г.

Принята к публикации: 15.12.2020 г.