

ГІГІЄНА

УДК 618.146-006.6-02:614.2

DOI: 10.26565/2617-409X-2019-3-04

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА
РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Гарелик Т.М., Лисок Е.С., Наумов И.А.

Почта для переписки: kge_grgm@mail.ru

Резюме. Рак шейки матки является одним из распространенных заболеваний, оказывающих негативное воздействие на состояние репродуктивного здоровья. Однако медико-социальные факторы риска, провоцирующие развитие данной патологии, все еще недостаточно исследованы.

На основании анализа результатов проведенного социологического исследования выявлены наиболее значимые медико-социальные факторы риска развития и прогрессирования рака шейки матки.

Так, установлено, что в условиях Республики Беларусь рак шейки матки не может быть отнесен к заболеваниям женщин преимущественно позднего репродуктивного возраста, так как большинство пациенток с данной патологией (более 53%) находились в возрасте до 35 лет.

Несмотря на занятость в различных отраслях народного хозяйства, группа пациенток, страдавших раком шейки матки, оказалась достаточно однородной по своему социальному статусу, который у значительного большинства из них (более 90%) был средним и относительно устойчивым.

Социальное функционирование пациенток, страдавших раком шейки матки, существенно не отличается от основной популяции женщин репродуктивного возраста. Так, для значительного большинства из них (86,1±4,46%) оказалась нехарактерной не только ранняя сексуальная активность (группа контроля – 87,3±5,51%, группа сравнения – 78,2±3,96%), но и беспорядочность половых связей, то есть наличие более чем одного партнера – 83,5±4,72% (группа контроля – 89,1±4,28%, группа сравнения – 75,2±2,36%), причем именно для состоявших в браке женщин основной группы было характерно наиболее упорядоченное половое поведение ($p < 0,01$; $\tau = 0,572$), что определило невысокую распространенность среди них искусственных абортов, включая регуляции менструального цикла (менее 8%).

Однако выявленные у большинства пациенток основной группы (более 70%), различные дефекты здоровьесберегающего поведения, включая недостаточный уровень валеологических знаний, широкое распространение вредных привычек и низкая медицинская активность, свидетельствуют об имеющихся существенных резервах по совершенствованию деятельности медицинского персонала организаций здравоохранения уровня оказания первичной медико-санитарной помощи по формированию здорового образа жизни и проведению диспансеризации среди подлежащих контингентов женского населения репродуктивного возраста с целью профилактики развития рака шейки матки.

Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, рак шейки матки, медико-социальные факторы риска

Информация об авторах

Гарелик Татьяна Михайловна – Учреждение здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница», отделение Онко-3, заведующая отделением, 231720, Республика Беларусь, Гродненский район, д. Наумовичи, ул. Лесная, д. 20 Электронна адреса: kge_grgm@mail.ru https://orcid.org/0000-0003-4242-3047	Лисок Елена Сергеевна - Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общей гигиены и экологии, ассистент 231720, Республика Беларусь, Гродненский район, Наумовичи, ул. Лесная, д. 20, lisok.elena@yandex.ru , https://orcid.org/0000-0002-2931-2687	Наумов Игорь Алексеевич - Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра общей гигиены и экологии, заведующий, д. мед. н, профессор, 230020, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Кабяка, д. 12, корп. 3, кв. 25, kge_grgm@mail.ru , https://orcid.org/0000-0002-8539-0559
--	--	---

Введение

В современном здравоохранении Республики Беларусь проблема сохранения репродуктивного здоровья (далее – РЗ) женского населения является приоритетной и реализуется

преимущественно на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи [1].

Одним из весьма распространенных заболеваний, оказывающих негативное воздействие на состояния РЗ, является рак

шейки матки (далее – РШМ): в мире ежегодно выявляется более 500 тыс. новых случаев инвазивного РШМ, преимущественно среди женщин репродуктивного возраста, а стандартизованные показатели заболеваемости в Европейском регионе варьируют от 4,0 до 21,0 на 100 тыс. населения (в Беларуси – 12,0-15,0 на 100 тыс. населения) с устойчивой тенденцией к росту [2]. Причем, если ранее считалось, что активный репродуктивный возраст (20-29 лет) в этом плане более благополучен, то в последнее десятилетие ситуация существенно изменилась: прирост заболеваемости в этой группе пациенток достигает 7% в год [3].

В настоящее время показано, что развитию инвазивного РШМ предшествуют ряд последовательных стадий цервикальной интраэпителиальной неоплазии, возникающей вследствие инфицирования серотипами 16, 18 и 31 вируса папилломы человека [4]. Причем, согласно устоявшимся в мировой литературе представлениям, риск заболеть наиболее высок у женщин, так называемой, промискуитетной группы, для которых характерны невысокий социальный статус и такие дефекты здоровьесберегающего поведения как раннее начало половой жизни и незащищенные половые контакты, частая смена сексуальных партнеров, высокие уровни заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем [5].

Однако многие значимые медико-социальные аспекты проблематики эпидемиологии РШМ изучены недостаточно: практически не освещены профессиональные аспекты возникновения данного рода патологии, не оценен экономический статус пациенток, а также их медицинская активность, в том числе и обусловленная объемом и качеством профилактических мероприятий, реализуемых на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи [6].

В связи с этим проведение новых исследований, направленных на получение результатов о медико-социальных факторах риска развития РШМ и их углубленный научный анализ, является весьма актуальной задачей. міграції сітки і рецидиву грижі [1, 3, 10]. На нашу думку, використання наномодифікованої поліпропіленової сітки з антисептиком полігексаметиленгуанідину

хлоридом та вуглецевими нанотрубками дасть змогу поліпшити результати хірургічного лікування ПВГЖ.

Цель исследования

Выявить медико-социальные факторы риска возникновения РШМ для разработки и совершенствования научно-обоснованных мероприятий по профилактике данного рода патологии.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работы кафедры общей гигиены и экологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» «Оценка состояния РЗ женщин, проживающих в г. Гродно и Гродненской области, на основе данных социально-гигиенического мониторинга и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению», срок выполнения: 2018-2020 гг. (№ гос. регистрации 20180469 от 25.04.2018 г.).

Для выявления наиболее значимых факторов риска развития и прогрессирования РШМ было проведено социологическое исследование с применением валеологической анкеты, утвержденной комитетом по биомедицинской этике учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

Рандомизация исследования была достигнута формированием трех групп женщин репродуктивного возраста (18-49 лет), проживавших в 2017 г. в Гродненской области.

Основную группу составили пациентки, страдавшие инвазивными формами РШМ и находившиеся на стационарном лечении в отделении онко-3 учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница» (n=79). Таким образом, анкетированием были охвачены 100% женщин фертильного возраста с впервые выявленными формами данного рода патологии в регионе. Процентная доля пациенток с I стадией процесса составила 45,6%, со II стадией – 38,0%, с III стадией – 12,6%, с IV стадией – 3,8%.

В группу контроля были включены все женщины-врачи акушеры-гинекологи (n=55), участвовавшие в оказании медицинской помощи в стационарных условиях в организациях здравоохранения области.

Группа сравнения была представлена женщинами, работавшими в г. Гродно в организациях и учреждениях в должностях бухгалтеров, экономистов, юристов и секретарей (n=101).

Статистическая обработка полученных данных проведена при применении пакета программного обеспечения «STATISTICA 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение

В процессе исследований нам не только не удалось выявить статистически значимых

различий в распределении анкетированных по возрасту между группами наблюдения при использовании χ^2 -критерия Пирсона, что указывает на их однородность и сопоставимость, но и подтвердить достаточно распространенное представление о РШМ как болезни позднего репродуктивного возраста [7], так как большинство пациенток с данной патологией (53,2%) находились в возрасте до 35 лет (Таблица 1).

Таблица 1. Возрастная структура пациенток, % с доверительным интервалом (ДИ)

Возраст	Основная группа	Группа сравнения	Группа контроля
	%(ДИ)	%(ДИ)	%(ДИ)
18-25 лет	12(7,18;19,37)	10(3,32;26,46)	14(7,19;25,50)
26-30 лет	17(11,13;25,09)	32(17,75;50,65)	27(17,07;39,92)
31-35 лет	22,5(15,71;31,14)	22(10,54;40,30)	15(7,89;26,67)
36-40 лет	22,5(15,71;31,14)	12(4,37;28,92)	15(7,89;26,67)
41-45 лет	17(11,13;25,09)	14(5,50;31,30)	18(10,06;30,10)
46-49 лет	9(4,95;15,81)	10(3,32;26,46)	11(5,16;21,91)

Установлено, что из общего числа женщин основной группы 32,9% пациенток имели высшее, но не медицинское образование, 51,9% опрошенных – среднее специальное и только 15,2% анкетированных – среднее образование. Таким образом, представления об эпидемиологии РШМ и факторах риска его развития они могли получить либо в процессе проведения с ними работы по формированию здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) медицинским персоналом организаций здравоохранения уровня оказания первичной-медико-санитарной помощи (только 32,9% ответов), либо, что, как установлено нами, значительно чаще – из иных различных, но немедицинских источников.

Характер производственной деятельности женщин основной группы оказался следующим: в здравоохранении работали 16 (20,2%) женщин (медицинские сестры – 10, санитарки – 6), в торговле – 15 (19,0%) пациенток, еще 14 (17,8%) опрошенных трудились в сфере бухгалтерского учета, 12 (15,2%) – в образовании, по 8 – в сфере бизнеса, в промышленности или в сельском хозяйстве

(по 10,1% ответов), 5 (6,3%) пациентки отнесли себя к «домохозяйкам», а 1 (1,3%) женщина оказалась «безработной». Таким образом, несмотря на занятость в различных отраслях народного хозяйства, группа пациенток, страдавших РШМ, оказалась достаточно однородной по своему социальному статусу, который у значительного большинства из них был средним и относительно устойчивым. Не случайно, поэтому большинство женщин, страдавших РШМ, отнесли себя по уровню материальной обеспеченности к достаточно благополучной части населения.

Социальное положение врачей хирургического профиля, включая и врачей акушеров-гинекологов, составивших контрольную группу, в современной литературе оценивается как достаточно высокое [8]. Однако только 12,6±0,29% респонденток отметили, что уровень их материальной обеспеченности был «выше среднего», в то время как большинство (78,2±3,29%) женщин-врачей считали его «средним», а 9,71±0,81% опрошенных даже указали, что находятся в затруднительном

материальном положении, что дополнительно побуждало их трудиться более чем на одну ставку.

В свою очередь, полученное образование и специфика оказания медицинской помощи свидетельствуют о безусловной профессиональной компетенции женщин этой группы в оценке роли факторов медико-социального риска в генезе РШМ, а также в способности проведения корригирующих мероприятий по сохранению РЗ при его ухудшении, в том числе и уровне индивидуальной профилактики. Это подтверждают и результаты ранее проведенных нами исследований, согласно которым на протяжении 10-летнего изученного периода у врачей акушеров-гинекологов не было выявлено ни одного случая неинвазивного или инвазивного РШМ [9].

Все женщины из группы сравнения имели высшее образование. Их социальный статус в иерархической структуре современного общества также оценивается как средний [10], что соответствует самооценке большинства самих анкетированных этой группы (80,2%).

Ввиду специфики полученного образования женщины из этой группы не обладали профессиональными познаниями в вопросах сохранения РЗ и по источникам получения подобного рода информации оказались вполне сопоставимы с женщинами основной группы (к выбору предлагались несколько вариантов ответа):

- медицинский персонал: основная группа – 39,2±2,19%, группа сравнения – 40,6±2,56%;
- интернет: основная группа – 39,2±2,19%, группа сравнения – 36,6±2,04%;
- специальная и научно-популярная литература: основная группа – 36,7±2,08%, группа сравнения – 32,7±1,98%;
- телевидение: основная группа – 25,3±1,58%, группа сравнения – 22,8±1,79%;
- подруги: основная группа – 22,7±1,47%, группа сравнения – 23,8±1,73%;
- родственники: основная группа – 15,2±1,35%, группа сравнения – 16,8±1,17%;
- партнер: основная группа – 10,1±0,86%, группа сравнения – 14,6±1,05%;
- прочие: основная группа – 7,58±0,67%, группа сравнения – 11,9±0,93%.

Несмотря на то, что социальное взросление большинства женщин всех сравниваемых групп протекало в условиях постсоветских общественных преобразований, сохранение устойчивости социального функционирования современного белорусского общества все же позволило обеспечить относительно благоприятную здоровьесберегающую среду, включая как сохранение государственной системы здравоохранения и его профилактическую направленность деятельности, так и искусственное сдерживание распространения в информационном пространстве страны агрессивно насаждаемого зарубежными средствами массовой информации «рискованного» стиля поведения среди молодежи [11].

Так, для большинства пациенток всех трех групп оказалась нехарактерной не только ранняя сексуальная активность (женщины основной группы – 86,1±4,46%, врачи – 87,3±5,51%, группа сравнения – 78,2±3,96%), но и беспорядочность половых связей, то есть наличие более чем одного партнера (женщины основной группы – 83,5±4,72%, врачи – 89,1±4,28%, группа сравнения – 75,2±2,36%), причем именно для состоявших в браке женщин основной группы было характерно наиболее упорядоченное половое поведение ($p < 0,01$; $\tau = 0,572$). Это в целом, по-видимому, определило и невысокую распространенность среди опрошенных искусственных абортов, включая регуляции менструального цикла: женщины основной группы – 7,59±0,98%, врачи – 5,45±0,61%, группа сравнения – 8,91±0,58%.

Однако среди пациенток, страдавших РШМ, все же весьма распространенными оказались незащищенные половые контакты. Так, барьерный метод контрацепции, который является также важным методом профилактики заражения инфекциями, передающимися половым путем, применяли только 34,2±1,73% женщин основной группы (врачи акушеры-гинекологи – 40,0±1,97%, группа сравнения – 30,7±1,21% ответов). Это объективно свидетельствует о недостаточной эффективности работы по формированию ЗОЖ среди обслуживаемого населения персоналом

организаций здравоохранения уровня оказания первичной медико-санитарной помощи.

Однако результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что и полученные от медицинского персонала валеологические знания не стали для женщин основной группы основой здоровьесбережения. Этим, по нашему мнению, можно объяснить сложившуюся структуру заболеваний репродуктивной системы среди женщин, страдавших РШМ, в которой преобладали эрозии – 38,0±2,32% ответов (врачи акушеры-гинекологи – 16,4±1,43%, группа сравнения – 29,7±1,86%), дисплазии – 21,5±2,06% (врачи акушеры-гинекологи – 1,81±0,33%, группа сравнения – 23,8±1,17%) и иные патологические процессы шейки матки – 5,1±0,65% (врачи акушеры-гинекологи – 1,81±0,33%, группа сравнения – 4,95±0,27%), а также аднекситы – 15,2±1,92% (врачи акушеры-гинекологи – 10,9±1,11%, группа сравнения – 17,8±1,69% ответов) и кольпиты различной этиологии – 10,1±0,82% (врачи акушеры-гинекологи – 3,63±0,43%, группа сравнения – 13,8±1,14%), частота встречаемости которых у пациенток с возрастом возрастала ($p < 0,01$; $\tau = 0,624$).

Кроме того, для пациенток, страдавших РШМ, были характерны и иные дефекты здоровьесбережения, к сожалению, весьма распространенные в современном обществе [12]. Так, на момент проведения опроса, более половины анкетированных основной группы (70,9±4,46%) употребляли спиртные напитки (врачи акушеры-гинекологи – 68,0±3,46%, группа сравнения – 80,2±3,21%), а 50,6±3,32% респонденток курили (врачи акушеры-гинекологи – 38,2±2,43%, группа сравнения – 42,6±3,36%), причём, 56,8±4,47% из них – до 20 сигарет в сутки (врачи акушеры-гинекологи – 11,8±0,86%, группа сравнения – 30,5±2,57%).

Проведенная нами оценка субъективных представлений ожидаемо подтвердила, что абсолютное большинство женщин основной группы – 91,1±5,29% (врачи – 5,45±0,38%, группа сравнения – 18,8±1,83%) оценивали состояние своего здоровья как «неудовлетворительное», осознавая мультифакторный характер имевшейся у них патологии репродуктивной системы.

По мнению опрошенных пациенток, страдавших РШМ, основными причинами, способствовавшими возникновению и

прогрессированию у них данного рода патологии, являлись следующие (к выбору предлагалось несколько вариантов ответа):

- неблагоприятные экологические условия: 60,8±3,39% ответов,
- отягощенная наследственность: 46,8±2,63% ответов;
- вредные производственные факторы: 39,2±2,48% ответов;
- нерациональное питание: 36,7±2,31% ответов;
- инфекции, передающиеся половым путем: 21,5±1,76% ответов;
- выполнение медицинских рекомендаций: 17,7±1,39% ответов;
- прочие: 16,4±1,11% ответов.

Акцентируя внимание на низком рейтинге такого варианта как «выполнение медицинских рекомендаций», следует также отметить, что большинство анкетированных основной группы (50,6%) вообще не смогли определиться с ответом на поставленный вопрос. Все это с учетом возрастных особенностей данного контингента женщин и выявленной склонности большинства из них к самолечению свидетельствует, по нашему мнению, о явной недостаточной активности врачей уровня первичной медико-санитарной помощи, на которых возложено проведение работы по формированию ЗОЖ, в том числе и среди пациенток страдающих онкологической патологией [13].

Как показали результаты проведенных исследований, 70,9±4,26% женщин основной группы при выявлении у них той или иной патологии репродуктивной системы иногда в течение длительного времени (более 6 месяцев) занимались самолечением в надежде на восстановление здоровья без какого-либо медицинского вмешательства (группа сравнения – 15,8±0,37%; $p < 0,0001$, соответственно), отдавая при этом выраженное предпочтение средствам народной медицины (89,9±4,38% ответов), в том числе и по соображениям экономического порядка (10,1±0,92% ответов).

Только 34,2±2,68% анкетированных женщин основной группы прибегали к квалифицированной помощи врачей-специалистов (группа сравнения – 79,5±0,69%; $p < 0,0001$), причем, нередко обращаясь либо в частные медицинские центры, либо

предпочитая платные медицинские услуги в государственных организациях здравоохранения ($10,1 \pm 0,94\%$ ответов). Большинство же опрошенных пациенток ($58,3 \pm 3,37\%$) заставляла обратиться к врачу только необходимость получения документа, подтверждавшего временную нетрудоспособность (группа сравнения – $13,4 \pm 1,54\%$; $p < 0,01$).

Кроме того, абсолютное большинство женщин основной группы ($93,7 \pm 5,33\%$) не считали для себя необходимым находиться под диспансерным наблюдением после выявления как фоновой патологии шейки матки, так и воспалительных заболеваний репродуктивного тракта (в группе сравнения этот показатель составил $17,7 \pm 0,64\%$; $p < 0,0001$), что, к сожалению, однако только лишь повышало у них риск развития РШМ ($p < 0,01$; $\tau = 0,547$).

Выводы

1. В условиях Республики Беларусь РШМ не может быть отнесен к заболеваниям женщин преимущественно позднего репродуктивного возраста.

2. Большинство пациенток репродуктивного возраста, страдающих РШМ и проживающих в Республике Беларусь, не могут быть отнесены к промискуитетной группе и обладают «средним» социальным статусом.

Таким образом, имеются существенные резервы по совершенствованию профилактической деятельности медицинского персонала организаций здравоохранения уровня оказания первичной медико-санитарной помощи по формированию ЗОЖ и проведению диспансеризации среди подлежащих контингентов женского населения репродуктивного возраста.

Список литературы

1. Клинический менеджмент: монография. В 2-х томах / В. А. Лискович, В. А. Снежицкий, Е.Л. Богдан [и др.]. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2014. – Т. 1. – 548 с.
2. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram [et al.] // *CA Cancer J. Clin.* – 2018. – V. 68, № 6. – P. 394–424.
3. Cervical cancer: a global health crisis / W. Jr. Small, M.A. Bacon, A. Bajaj [et al.] // *Cancer.* – 2017. – V. 123, № 13. – P. 2404–2412.

4. Time trends of human papillomavirus types in invasive cervical cancer, from 1940 to 2007 / L. Alemany, S. de Sanjos, S. Tous [et al.] // *Int. J. Cancer.* – 2014. – V. 135, № 1. – P. 88–95.

5. Cervical cancer control in HIV-infected women: past, present and future / R.G. Ghebre, S. Grover, M.J. Xu [et al.] // *Gynecol. Oncol. Rep.* – 2017. – V. 21. – P. 101–108.

6. Denny L. Control of cancer of the cervix in low- and middle-income countries / L. Denny // *Ann. Surg. Oncol.* – 2015. – V. 22. – P. 728–733.

7. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials / G. Ronco, J. Dillner, K.M. Elfström [et al.] // *Lancet.* – 2014. – V. 9916, № 383. – P. 524–532.

8. Андриянов С.В. Социально-демографический портрет российского хирурга / С.В. Андриянов, Е.В. Чернышкова // *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ: Реабилитация, Врач и Здоровье.* – 2017. – № 2(26). – С. 114–118.

9. Лисок Е.С. Впервые выявленная заболеваемость женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста / Е.С. Лисок, И.А. Наумов // *Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины* : сб. науч. ст. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, УО «Гродн. гос. мед. ун-т», каф. общей гигиены и экологии; [гл. ред. И.А. Наумов]. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – Вып. 7. – С. 72–86.

10. Мультипрофильный патронаж на основе интеграции служб первичной медико-санитарной помощи, социальной защиты, общественного здоровья, включая медико-социальную реабилитацию : методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи / Б.Н. Бабаева, Н.Г. Ким, Д.Г. Есимова [и др.]. – Астана: Республиканский центр развития здравоохранения, 2018. – 87 с.

11. Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс] // Режим доступа :

http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN=P3110035

7. – Дата доступа: 28.09.2017.

12. Бриленок Н.Б. Здоровый образ жизни и социальные риски / Н.Б. Бриленок // *Известия Саратовского университета. Новая серия. Философия. Психология. Педагогика.* – 2016. – Т. 16, Вып. 2. – С. 135–139.

13. Потапов С.О. Диспансеризация пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях поликлиники / С.О. Потапов, М.А. Шарафутдинов, Р.З. Султанов // *Вестник Российского университета дружбы народов.* – 2016. – № 2. – С. 146–156.

References

1. Liskovich, V.A., Snezhitskij V.A., Bogdan E.L., Naumov I.A. (2014) *Clinical management.* Grodno: Grodno State Medical University. 2(1). [in Russian]
2. Bray, F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. *Global cancer statistics 2018:*

GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018. 68(6). P. 394–424.

3. Small, W. Jr., Bacon M.A., Bajaj A., Chuang L.T., Fisher B.J., Harkenrider M.M., Jhingran A., Kitchener H.C., Mileskin L.R., Viswanathan A.N., Gaffney D.K. Cervical cancer: a global health crisis // Cancer. 2017. 123(13). P. 2404–2412.

4. Alemany, L., de Sanjos S., Tous S., Quint W., Vallejos C., Shin H.-R., Bravo L.E., Alonso P., Lima M.A., Guimera N., Klaustermeier J.E., Llobart-Bosch A., Kasamatsu E., Tatti S.A., Felix A., Molina C., Velasco J., Lloveras B., Clavero O., Lerma E., Laco J., Bravo I.G., Guarch R., Pelayo A., Ordi J., Andujar M., Sanchez G.I., Castellsague1 X., Munoz N., Bosch F.X.. Time trends of human papillomavirus types in invasive cervical cancer, from 1940 to 2007 // International Journal of Cancer. 2014. 135 (1). P. 88–95.

5. Ghebrey, R.G., Grover S., Xu M.J., Chuang L.T., Simonds H. Cervical cancer control in HIV-infected women: Past, present and future // Gynecologic Oncology Reports. 2017. 21. P. 101–108.

6. Denny, L. Control of cancer of the cervix in low- and middle-income countries // Annals of Surgical Oncology. 2015. 22(3). P. 728–733.

7. Ronco, G., Dillner J., Elfström K.M., Tunesi S., Snijders P.J., Arbyn M., Kitchener H., Segnan N., Gilham C., Giorgi-Rossi P., Berkhof J., Peto J., Meijer C.J. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive

cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials // Lancet. 2014. 9916(383). P. 524–532.

8. Andriyanov, S.V., Chernyishkova E.V. (2017) Socio-demographic profile of the Russian surgeon. Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ: Rehabilitation, Doctor and Health. 2 (26). P. 114–118. [in Russian]

9. Lisok, E.S., Naumov I.A. (2017) Newly diagnosed morbidity of females obstetrics and gynecological doctors of reproductive age. Modern problems of hygiene, radiation and environmental medicine. 7. P. 72–86. [in Russian]

10. Babaeva, B.N., Kim N.G., Esimova D.G., Suhanberdiev K.A., Tihonova L.S., Imanova Zh.A. (2018) Multiprofile patronage based on the integration of primary health care, social welfare services, public health, including medical and social rehabilitation: guidelines for implementation in primary health care organizations. Astana: National Center for Health Development. [in Russian]

11. National program "People's Health and Demographic Security of the Republic of Belarus" for 2016–2020 [Electronic resource] // Access mode: http://www.pravo.by/world_of_law/text.asp?RN=P3110035 7. – Access date: 28.09.2017. [in Russian]

12. Brilenok, N.B. (2016) Healthy lifestyle and social risks. News of Saratov University. New series. Philosophy. Psychology. Pedagogy. 16(2). – P. 135–139. [in Russian]

13. Potapov, S.O., Sharafutdinov M.A., Sultanov R.Z. (2016) Clinical examination of patients with cancer in the polyclinic. Bulletin of the RUDN University. 2. – P. 146–156. [in Russian]

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Гарелік Т.М., Лисок Е.С., Наумов І.А.

Пошта для листування: kge_grgmu@mail.ru

Резюме: Рак шийки матки є одним з поширених захворювань, що роблять негативний вплив на стан репродуктивного здоров'я. Однак медико-соціальні фактори ризику, що провокують розвиток даної патології, все ще недостатньо досліджені.

На підставі аналізу результатів проведеного соціологічного дослідження виявлено найбільш значущі медико-соціальні фактори ризику розвитку і прогресування раку шийки матки.

Так, встановлено, що в умовах Республіки Білорусь рак шийки матки не може бути віднесений до захворювань жінок переважно пізнього репродуктивного віку, так як більшість пацієнток з даною патологією (понад 53%) перебували у віці до 35 років.

Незважаючи на зайнятість в різних галузях народного господарства, група пацієнток, що страждали на рак шийки матки, виявилася досить однорідною за своїм соціальним статусом, який у значній більшості з них (понад 90%) був середнім і відносно стійким.

Соціальне функціонування пацієнток, що страждали на рак шийки матки, істотно не відрізняється від основної популяції жінок репродуктивного віку. Так, для значної більшості з них (86,1±4,46%) виявилася невластивою не тільки рання сексуальна активність (група контролю – 87,3±5,51%, група порівняння – 78,2±3,96%), але і безладність статевих зв'язків, тобто наявність більш ніж одного партнера – 83,5±4,72% (група контролю – 89,1±4,28%, група порівняння – 75,2±2,36%), причому саме для перебували у шлюбі жінок основної групи було характерно найбільш впорядкований статеву поведінку ($p < 0,01$; $\tau = 0,572$), що визначило невисоку поширеність серед них артіфіціальних абортів, включаючи регулювання менс руального циклу (менше 8%).

Однак виявлені у більшості пацієнток основної групи (понад 70%), різні дефекти здоров'язберігаючих поведінок, включаючи недостатній рівень валеологічних знань, широке поширення шкідливих звичок і низька медична активність, свідчать про наявні істотних резервах щодо вдосконалення діяльності медичного персоналу закладів охорони здоров'я рівня надання первинної медико-санітарної допомоги по формуванню

здорового способу життя та проведення диспансеризації серед підлягають контингент в жіночого населення репродуктивного віку з метою профілактики розвитку раку шийки матки.

Ключові слова: жінки репродуктивного віку, рак шийки матки, медико-соціальні фактори ризику

Інформація про авторів

Гарелік Тетяна Михайлівна – Заклад охорони здоров'я «Гродненська обласна клінічна лікарня», онкологічне відділення № 3, завідувач відділенням, 231720, Республіка Білорусь, Гродненський район, д. Наумовичи, вул. Лісова, д. 20. kge_grgmu@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-4242-3047>

Лисок Олена Сергіївна - Установа освіти «Гродненський державний медичний університет», кафедра загальної гігієни та екології, асистент 230025 Республіка Білорусь, м. Гродно, iso. Замкова, д. 5, кв. 24. lisok.elena@yandex.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-2931-2687>

Наумов Ігор Олексійович- Установа освіти «Гродненський державний медичний університет», кафедра загальної гігієни та екології, завідувач д. мед. н., професор, 230020, Республіка Білорусь, м. Гродно, вул. Кабяка, д. 12, корп. 3, кв. 25, kge_grgmu@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8539-0559>

MEDICAL-SOCIAL RISK FACTORS OF CERVICAL CANCER DEVELOPMENT AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Tacciana Harelik, Alena Lisok, Ihar Naumau

Mail for correspondence: kge_grgmu@mail.ru

Summary: Cervical cancer is one of the widespread diseases that have a negative impact on the reproductive health. However, medical-social risk factors which provoke this pathology aren't studied sufficiently yet.

We have identified the most significant medical-social risk factors of cervical cancer's development and progression based on data analysis of a sociological study.

Thus, it was found that cervical cancer can't be associated with predominantly late reproductive age of women in conditions of the Republic of Belarus: most of the patients with this pathology (more than 53%) were under the age of 35 years old.

The group of patients suffered from cervical cancer was quite homogeneous in their social status, which was average and relatively stable in a large majority of them (more than 90%), despite employment in various sectors of the national economy.

Social functioning of these patients wasn't significantly different from the main population of women in reproductive age. Thus, early sexual activity and random early sexual relations weren't characteristic for the majority of them: 86.1±4.46% (the control group – 87.3±5.51%, the comparison group – 78.2±3.96%) and 83.5±4.72% (the control group – 89.1±4.28%, the comparison group – 75.2±2.36%). Moreover, the married patients of the main group had the most ordered sexual behavior ($p < 0.01$; $\tau = 0.572$) which determined the low prevalence of artificial abortions among them, including menstrual cycle regulation (less than 8%).

However, the revealed different defects of health-saving behavior in the main group of patients (more than 70%), including an insufficient level of valeological knowledge, the presence of common harmful habits and low medical activity, indicate that there are significant reserves for improvement of the preventive activities of medical staff in the field of primary medical care for the development of a healthy lifestyle among female population of reproductive age and providing clinical examination among this contingent of females in reproductive age with the purpose of cervical cancer prevention.

Key words: women of reproductive age, cervical cancer, medical-social risk factors

Information about author

Tacciana Harelik, Grodno Regional Clinical Hospital, Oncology Department № 3, Head of the Department 20 Lesnaya St, Grodno District, Naumovichi, 231720 Belarus. E-mail: kge_grgmu@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0003-4242-3047>

Alena Lisok, Grodno State Medical University, Department of General Hygiene and Ecology, assistant lecturer, 20 Lesnaya St, Grodno District, Naumovichi, 231720 Belarus
E-mail kge_grgmu@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-2931-2687>

Naumau Ihar, Grodno State Medical University, Department of General Hygiene and Ecology, Head of the Department Grand PhD in Medical sciences, Professor 230020, Apt 25 12/3 Kabyaka St, Grodno, 230020 Belarus, E-mail kge_grgmu@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8539-0559>

Conflicts of interest: author has no conflict of interest to declare.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Конфликт интересов: отсутствует