

ФАКТОРЫ РИСКА, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И РАЗРАБОТКА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Швырёва Е.А.

ФГУП «Всероссийский НИИ железнодорожной гигиены Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (125438, г. Москва, Пакгаузное шоссе, д. 1 корп.1), e-mail: shvyrev2010@yandex.ru.

Охрана состояния здоровья женского населения относится к одной из актуальных и наиболее значимых проблем не только здравоохранения, но и государства в целом, поскольку именно женщины являются основой здорового поколения в будущем. Несмотря на то что доля женщин в общей структуре населения достаточна велика и составляет 53,1%, тем не менее, по данным официальной статистики, в возрасте до 55 лет их удельный вес не превышает 50% и составляет 49,9%, в возрасте максимальной гинекологической заболеваемости (40-50 лет) – 49,7%, а в молодых производительных возрастных группах (до 35 лет) – 49,1%. В связи с этим возрастает необходимость мониторинга за здоровьем женщин, выявлением основных факторов риска и их нивелирования.

Ключевые слова: женщины, мониторинг, факторы риска, гинекологическая заболеваемость.

RISK FACTORS, QUALITY OF LIFE AND DEVELOPMENT OF MEDICAL AND SOCIAL INTERVENTIONS FOR THE PREVENTION OF CHRONIC GYNECOLOGICAL DISEASES

Shvyrjova E.A.

Russian Scientific Research Institute of Railway Hygiene (build.1, Pakgauznoye shosse, 1, Moscow, 125438, Russia), e-mail: shvyrev2010@yandex.ru

Protection of the health of the female population is one of the most relevant and significant issues not only health, but also the state as a whole, because it is women who are the Foundation of a healthy generation in the future. Although the proportion of women in the total population was sufficiently large and is, 53.1%, however, according to official statistics, at the age of 55 years, their share does not exceed 50%, 49.9%, to the maximum age of gynecological morbidity (40-50 years) - 49.7%, and in young productive age groups (under 35 years) - 49.1 per cent. This further increases the need for monitoring women's health, identifying the key risk factors and address them.

Keywords: women, monitoring, risk factors, gynaecological morbidity.

Обеспечение здоровья населения определяется положительной динамикой основных показателей, характеризующих заболеваемость, смертность, инвалидность отдельных групп населения. Анализ опубликованных материалов свидетельствует, что в последнее время в стране отмечается ухудшение этих показателей в целом и особенно среди женщин. По мнению ведущих ученых в области охраны материнства и детства России основными резервами повышения рождаемости, кроме материального стимулирования являются: улучшение здоровья женщин детородного возраста, снижение уровня их соматических и гинекологических заболеваний.

По данным официальной статистики (Росстат, 2002-2012 гг.) за последние 10 лет среди женского населения имеет место рост показателей общей заболеваемости (с 1009,9% до 1345,6%). Анализ показателей общей заболеваемости женского населения

трудоспособного возраста по причинам показал, что увеличение уровня заболеваемости болезнями органов дыхания произошло в 1,2 раза, болезнями сердечно-сосудистой системы – в 1,4 раза, болезнями органов пищеварения – в 1,5 раза, гинекологическими заболеваниями – в 2,1 раза, болезнями крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, в частности, железодефицитными анемиями, – в 1,8 раз» [1, 2, 3].

К сожалению приходится констатировать, что кризисная ситуация в различных сферах нашей жизни негативно отражается на состоянии здоровья женщин всех возрастных групп, поскольку показатели здоровья женщин являются особенно чувствительным индикатором социально-экономического развития общества. В ряде эпидемиологических исследований выражается беспокойство по поводу неуклонного роста заболеваемости женщин. Ухудшение состояния здоровья женского населения страны подтверждается данными официальной статистики, ежегодно публикуемой в материалах министерства здравоохранения Российской Федерации “Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения” [4, 5].

Результаты и их обсуждение

Детальный анализ различных аспектов производственно-трудовой деятельности женщин показал, что у 50,2% место работы и занимаемая должность соответствует полученному образованию, а в каждом третьем случае (27,1% женщин) этого соответствия не наблюдалось. Между уровнем образования и степенью соответствия месту работы и занимаемой должностью обнаружена прямая слабая достоверная корреляционная зависимость ($r = +0,295$, $m = \pm 0,09$, $p < 0,0001$).

Существенное влияние на состояние здоровья населения оказывает работа, сопровождающаяся производственными вредностями. Среди обследованного контингента в целом у 46,1% женщин имелись неблагоприятные факторы на производстве различного характера. при этом 63,1% женщин основной группы испытывали воздействие их на организм, в то время как в контрольной группе это была лишь третья часть – 29,5%, ($p < 0,0001$). Наиболее часто встречающимся неблагоприятным фактором являлась работа женщины на компьютере, причем в течение длительного времени (более 6 часов в день непрерывной работы), а также когда профессиональная деятельность женщин проходила в условиях интенсивного шума. Многие из опрошенных женщин отметили сочетание различных, как правило, двух-трех факторов, воздействующих на организм. При этом чаще всего ими было отмечено сочетание таких факторов, как работа на компьютере, повышенный шум и монотонность выполняемой работы.

Помимо производственно-трудовой деятельности образ жизни включает в себя внеуродовую активность, в число которой входят: степень удовлетворенности женщин имеющимися жилищными условиями, характер проведения досуга, затраты времени на ведение домашнего хозяйства и досуга, распределение обязанностей между членами семьи, отношение к здоровью, выполнение рекомендаций врача и др. Изучение семейного статуса исследуемого контингента показало, что средний размер семьи изучаемой группы женщин составил $3,2 \pm 0,01$. Основная масса женщин состоит в юридически оформленном браке (56,4%), однако удельный вес таких женщин в основной группе в 1,5 раза достоверно ниже, чем в контрольной группе (48,6% против 71,8%, $p < 0,00001$). Среди женщин основной группы достоверно больше лиц, состоящих в гражданском браке (в 2,1 раза) и разведенных (в 1,7 раза) по сравнению с контрольной группой.

Весьма важной характеристикой биосоциальной активности образа жизни является отношение женщин к слежению за своим весом, поскольку в случае его несоответствия оптимальному значению (как избытка, так и недостатка массы тела в зависимости от роста) могут возникать различные заболевания или возникать осложнения текущего хронического процесса. Установлено, что за своим весом следят чуть меньше половины 48,6% опрошенных, причем достоверно ($p < 0,05$) в 1,5 раза реже следят за своим весом женщины основной группы в сравнении с контрольной (соответственно 42,4% против 61,9%). Ведущей причиной, вынуждающей женщин основной группы следить за своим весом, является ухудшение состояния здоровья (24,3%), а в группе сравнения – стремление сохранить стройную фигуру (41,6%).

Масса тела является не только отражением особенностей питания данного человека, но и свидетельством степени его физической активности. В случае недостаточной физической активности, как правило, имеет место появление избыточной массы тела, что подтверждается рядом исследований. Как свидетельствуют полученные результаты, значительная часть женщин (67,4% основной и 43,3% контрольной, ($p < 0,001$)) ведет малоподвижный образ жизни.

К одному из важнейших аспектов образа жизни, характеризующих медицинскую активность населения и оказывающих непосредственное влияние на здоровье, относится курение, распространенность которого среди обследованного контингента колеблется от 59,3% в основной до 21,6% в контрольной группах, различие статистически достоверно, $p < 0,0001$. Половина опрошенных из числа курильщиц выкуривает в сутки до 20 сигарет (49,3%), 39,1% женщин – до 10 сигарет, 11,6% – более 20 сигарет. Обращает на себя внимание, что среди женщин основной группы выше не только распространенность, но и

интенсивность курения в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). Основная масса женщин (60,3%) имеет стаж курения от 5 до 10 лет, причем среди лиц основной группы он в 1,8 раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,01$). Интенсивность курения и количество выкуриваемых в сутки сигарет находится в прямой зависимости от стажа курения, что нашло свое подтверждение в показателе корреляции, вычисленном методом Пирсона и равном $r = +0,671$, $m = \pm 0,0024$, $p < 0,001$.

Таблица 1

Распределение основных характеристик образа жизни, оказывающих влияние на формирование неблагоприятных показателей здоровья женщин

Характеристики образа жизни	Сила влияния $\eta \pm m$	Критерий достоверности $p <$	Доля влияния фактора в %
Низкий уровень медицинской активности	$0,721 \pm 0,0112$	0,001	34,8
Неудовлетворительный морально-психологический климат в семье и на работе	$0,549 \pm 0,0123$	0,001	28,2
Низкий уровень производственно-трудовой активности	$0,415 \pm 0,0125$	0,001	16,2
Низкий уровень деятельности в быту	$0,366 \pm 0,0116$	0,001	11,6
Низкий уровень социокультурной деятельности	$0,113 \pm 0,0019$	0,001	6,2

Изучение семейно-психологического климата обусловлено в значительной степени тем, что этот фактор имеет существенное влияние на здоровье человека. Полученные данные показали, что в целом в большинстве семей обследованных женщин имеют место хорошие (30,2%) и удовлетворительные (48,9%) взаимоотношения в семье. Выявлено, что наиболее часто на неудовлетворительные и плохие взаимоотношения указывали женщины основной группы в сравнении с контрольной. Так, среди женщин основной группы плохие взаимоотношения отметили только 7,3% опрошенных, что в 2,4 раза больше в сравнении с женщинами контрольной группы (3,1%), ($p < 0,0001$).

С помощью многофакторного дисперсионного анализа была рассчитана и оценена степень взаимосвязи и долевого участие разнообразных характеристик образа жизни в их влиянии на состояние здоровья исследуемой группы женщин (табл. 1).

Выводы

Таким образом, установлено, что наиболее сильное влияние на формирование неудовлетворительных показателей здоровья оказывает низкий уровень медицинской активности (34,8%), в числе которой ведущее место занимают такие факторы, как наличие активного и пассивного курения, избыточного веса и нездорового сна, низкий уровень физической активности.

Учитывая, что более 60% от общего влияния факторов образа жизни приходится на медицинскую активность и морально-психологический климат в семье и на работе, то основной акцент при разработке оздоровительной интерактивной программы среди обследованного контингента женщин был сделан на оптимизацию этих факторов. Реализация системы интерактивного лечения диктует необходимость информирования пациенток о здоровом образе жизни, обучения навыкам и их закреплению, что позволяет быстрее адаптироваться к социальной среде и, кроме того, способствуют ускорению выздоровления.

Совершенствование работы лечебно-профилактических учреждений направлено на достижение оптимальных результатов в состоянии здоровья пациентов и возможно лишь при внедрении инноваций различного характера в их деятельность, в том числе медицинского. Внедрение медицинских технологий диагностического направления позволяет улучшить диагностику инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), невоспалительных, онкологических и нейроэндокринных заболеваний внутренних органов малого таза, что особенно важно при выборе метода терапии (консервативной или хирургической) гинекологическим больным. Результаты настоящего исследования свидетельствуют, что использование лечебно-диагностических инноваций способствовало достоверному снижению средней продолжительности обследования гинекологических пациентов с $3,9 \pm 0,2$ дней до $2,2 \pm 0,3$ дней, $p < 0,001$.

Список литературы

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2013 году. – М.: Минздрав РФ, 2014. – 102 с.
2. Губкина О.А. Влияние уровня образования на образ жизни и возникновение хронической патологии у женщин трудоспособного возраста (на примере женщин, больных железодефицитной анемией) // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - №2. URL: www.science-education.ru.

3. Губкина О.А. Комплексное медико-социальное исследование состояния здоровья женщин с железодефицитной анемией и пути профилактики данной патологии. Диссертация канд. мед. наук. – М., 2013. – 175 с.
4. Комаров Ю.М. Основные пути выхода здравоохранения России из кризиса в 1999-2000 годах. – М., 1998. – 58 с.
5. Суханова В.А., Бонгару Э.М., Каримова А.Х., Островская Р.С., Мельникова В.В. Особенности отклонений в состоянии здоровья женщин, работающих в условиях действия продуктов нефти и некоторых углеводов // Актуальные вопросы гигиены труда пром. токсикологии, проф. патологии и коммунальной гигиены в нефтяной, нефтехимической и химической промышленности: Тез. научн.-практ. конф. – Уфа, 1999. – С. 51-53.

Рецензенты:

Ильницкий А.Н., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и патологии пожилого возраста ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России», г. Москва;

Прощаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва.